

Neurokognition och psykologisk behandling vid schizofreni

Roger Carlsson
leg psykolog, leg psykoterapeut,
specialist i neuropsykologi

Sveriges Neuropsykologers Förenings riksstämman, Göteborg, 16/11 2005

Neurokognition och psykologisk behandling vid schizofreni

- Schizofreni: en sjukdom eller ett syndrom?
- Kognitiva störningar vid schizofreni
- Social kognition och psykos
- Psykosociala behandlingsmetoder
- Konklusion

Schizofreni: en sjukdom eller ett syndrom?

Epidemiologi

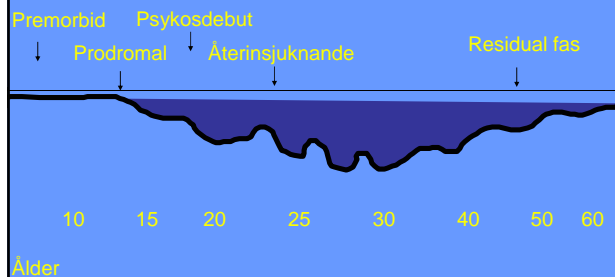
- Incidens 0,4 - 0,5 %, i Sverige cirka 40000
- Prevalens 0,5 - 1 %

Outcome

- Fullständig återhämtning - 10%
- Flera återfall men återhämtning - 30%
- Flera återfall, successiv försämring - 50%
- Ej återhämta sig efter första insjuknandet - 10%

Murray 2005

Förlopp vid psykosjukdom



Vanliga prodromal symtom

- Minskad förmåga till koncentration och uppmärksamhet
- Minskad motivation och förmåga till initiativ "drive"
- Depressiv stämning
- Sömnstörningar
- Ängest
- Social tillbakadragenhet
- Försämrade förmåga att etablera och vidmakthålla relationer
- Misstänksamhet
- Irritabilitet

Fortsatt psykosutveckling mot schizofreni

- DSM IV och ICD 10, smärre skillnader
- Minst två av nedanstående symtom:
 - Vanföreställningar
 - Hallucinationer
 - Desorganiserat tänkande och tal
 - Påtagligt desorganiserat eller katant beteende
 - Negativa symtom
- Försämringar i social och arbetsmässig funktion
- Varaktighet, > 6 månader (DSM), > 1 månad (ICD)
- Uteslutning av annan diagnos
- Komorbiditet andra diagnoser, schizotypal personlighet, ängest, depression
- Kognitiva störningar är vanliga

Schizofreni argument för biologiska, genetiska och psykologiska orsaker

- Störningar i hjärnans utveckling
- Prenatal, perinatal, trauma
- Störningar i neurotransmittorer
- Volymminskning av neocortikala och limbiska strukturer
- Hypofrontaltitet
- Mest konklusivt fynd, P 300
- Genetiska faktorer
- Psykosociala faktorer

Kognitiva störningar vid schizofreni 1:

- Observerade redan under barndom. *Amninger 2000*
- Ofta under prodromalperioden. *Amninger 2002*
- IQ 1-2 sd lägre, jämfört med friska (matchade för ålder, kön och utbildning). *Levander 2001*
- Låga resultat i icke-verbala deltest. *Iverson 2001*
- Neuropsykologiska funktioner, stabila i ett livsperspektiv. *Maritz 2002, Heaton 2001*
- Kognitiva störningar predicerar reducerad social funktion och arbetsförmåga. *Green 1996, Brekke 1997*

Kognitiva störningar vid schizofreni 2:

- Stor variation mellan individer i graden av nedsättningar som kan påvisas med standardiserade test
- Vanligast vid schizofrena syndrom men förekommer också vid affektiv psykos och kortvarig psykos.

- Påfallande ofta problem med social kognition, igenkänning av affekter, ansikten.

Heinrich & Zakarias 1998, Rund 2004, Bilder 2001, Hoff 1996, Gur 2002

Metaanalyser har visat på:

- Försämringar i IQ, minne, språk, uppmärksamhet och exekutiva funktioner. *Fiszbein et al 2005*
- Genomgång av 204 studier visade på att många (alla?) kognitiva funktioner kan drabbas. *Heinrich & Zakarias 1998*

Kognitiva störningar vid schizofreni 3:

- MATRICS (Measurement and Treatment Research To Improve Cognition in Schizophrenia) NIMH

1. Speed of processing
2. Attention/vigilance
3. Working memory
4. Verbal learning
5. Visual learning
6. Reasoning and problem solving
7. Social cognition

Green et al 2005

- Kognitiva störningar, orsak till eller följd av tillståndet?

Kognitiva störningar vid schizofreni: - Konklusion:

- Nedsättningar i såväl generella (tex. uppmärksamhet) som specifika (tex. episodiskt minne) neuropsykologiska funktioner.
- Patienter som senare utvecklar en kronisk psykos har sämre resultat i test vid det första insjuknandet. Stor variation i symptom och förlopp
- Aktuella diagnossystem
 - Deskriptiva, ej funktionsrelaterade
 - Säger inget om orsaker till sjukdomen
- Varierande resultat av behandling
- Stress-sårbarhetshypotesen och en multifaktoriell etiologi
 - betydelse för behandling?

Social kognition och psykos 1:

- Social mognad och frontallobernas mognad. *Schore 1999, 2001*
- Successivt ökande litteratur som visar på samband mellan nedsättningar i sociala funktioner och i social kognition. *Lee et al 2004, Mah et al 2004, Brune 2005*

Social kognition och psykos 2:

- MATRICS
 - Forskningsplan (5-10 år) för olika aspekter på social kognition vid schizofreni *Green et al 2005*
 - Emotional processing
 - Theory of mind
 - Social perception
 - Social knowledge
 - Attributions
 - Satsning på experimentella djurstudier, modeller för social kognition som kan generaliseras till människor

Social kognition och psykos 3:

- Nedsättningar i sociala funktioner som kan relateras till störningar i social kognition tyder på att det är främst förmågan som fallerar, inte nödvändigtvis motivationen.
- Patienter med schizofreni:
 - försämringar i test avseende emotionell perception och Theory of mind. *Abdi 2004*
 - Primär försämring i social kognition eller följd av generella kognitiva störningar?

Främjande faktorer för återhämtning efter psykos:

- Samband, minskning av negativa symtom samt förbättrad uppmärksamhet och förmåga till verbalt flöde *Schuepbach 2002*
- Förekomst av disorganiserade och negativa symtom samt sänkt arbetsminne och korttidsminne försvårar återhämtning av sociala funktioner *Smith 2002*
- Förbättringar i uppmärksamhet, minne och exekutiva funktioner predicerar ökad social funktion och arbetsförmåga *Green 1998*
- Prel fynd, förmåga till affektiv igenkänning predicerar arbetsmässig funktion och förmåga att klara ett självständigt liv *Kee 2003*

Behandling av specifika kognitiva funktioner har visat på olika resultat:

- Träning av minneförmågor visade på positivt resultat år 1 men inte år 2. *Liberman & Green 1991*
- Förmåga till inläring och minne korrelerar till förekomst av symtom och global funktion *Compton & Penn 1995, Green 1998*
- Datoriserade träningsprogram främjar verbalt minne *Wood 2001, Fiszbein et al 2004*
 - och uppmärksamhet samt minskar negativa symtom *Belucci et al 2002*
- Svårigheter att generalisera förbättringar som mäts med test till verkligt liv.

Psykosocial intervention vid schizofreni

- metastudie, Univ of York, 2000 (1)

- Problem/symtomfokuserade terapier
 - Kognitiv beteandeterapi – färre återfall och förbättring av patientens mentala tillstånd
 - Kognitiv rehabilitering – några positiva resultat
 - Psykodynamisk terapi – få dokumenterade effekter
 - Token economy – positiva resultat dokumenterade, minskning av negativa symtom

Psykosocial intervention vid schizofreni

- metastudie, Univ of York, 2000 (2)

- Stödjande och pedagogiska metoder
 - Individuell psykoedukativ behandling – minskad frekvens av återfall
 - Familjeintervention – minskad frekvens av återfall

Psykosocial intervention vid schizofreni

- metastudie Univ of York, 2000 (3)

- Samhällsbaserad case management - minskad frekvens och längd av sjukhusinläggning, ökad social funktion och förbättrad livskvalité.
- Liknande resultat har påvisats i fler metastudier
bla Pilling et al 2002a, 2002b, Glynn 2003, Krabbendam & Aleman 2003, Zimmerman 2005, Fiszdon 2005
- Men resultatet visar inte på någon konklusiv bild
"The golden standard" saknas ännu

MBT

Mentalization-based treatment

Peter Fonagy & Anthony Bateman (2004, mfl)

Jon Allen et al (2003)

- Epidemiologisk och etiologisk approach (bio-psycho-social)
- Referens till evidensbaserad psykologisk behandling
- Modell för behandling (metafor, minnen, verbalisera, relation, mm)
- "Mentalisering"
- Dokumenterad behandling vid depression, ångest, personlighetsstörningar mfl.
- Samma principer möjliga vid psykosbehandling. (?)
(personlig kontakt med P Fonagy)

Metodproblem

- Psykologisk behandling = psykoterapi?
- Psykoterapi: "The medical model" vs "the contextualmodel"
- Psykoterapiforskning visar på små skillnader mellan terapiformer – terapeutens anpassning till patienten avgörande för att skapa en kurativ kontext
Sandell 2003
- Psykosociala terapier har få dokumenterade resultat – konsekvens av brister i design och diagnostik?
- Terapi bygger vanligen på antagandet att patienten har tillräckliga kognitiva förmågor, tex. inlärning och minne
- Problem, generalisera behandlingseffekter till verkligt liv.

Konklusion (1)

- Schizofreni har en multifaktoriell etiologi och därför bör även behandlingen vara multifaktoriell
- Argument för en primär kognitiv störning i vissa fall (utvidgning av stress-sårbarhetsmodellen)
- Nuvarande psykiatrisk diagnostik otillräcklig, behov av metoder för funktionsdiagnostik.
- Sjukdomsmodell och ett handikapperspektiv.

Konklusion (2)

- Resultat från neuropsykologisk undersökning kan ge värdefulla bidrag till planering av behandling vid psykos

Text:

- pedagogiska insatser kan kompensera för exekutiv dysfunktion.
- specifik träning av arbetsminne och uppmärksamhet har visat ge goda resultat.
- en realistisk insikt om funktionshinder kan främjas.

Konklusion (3)

- Bristande compliance ofta beroende på bristande förståelse för patientens neoroknitiva svårigheter.
- Symtomriktad behandling otillräcklig.
- Psykofarmakologisk behandling oftast nödvändig.
- Psykosociala behandlingsinsatser nödvändiga men inte tillräckliga.
- Psykoedukativa inslag kan minska återfall.
- Case management värdefull för att öka social funktion och motverka kronicitet.
- Ökad förståelse för frontallobernas betydelse för social kognition pekar på en möjlig utveckling av nya behandlingsmetoder vid schizofreni.