

5. Christensen TØ. Kognitive og psykosociale dysfunktioner ved skizofreni. Psykologisk ph.d.-skriftserie. Aarhus Universitet, Psykologisk Institut, Århus 2006.
6. Rathod S, Kingdon D, Weiden P et al. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: a review. *J Psychiatr Pract* 2008;14 :22-33.
7. Tarrier N. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia – a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom* 2005;74:136-44.
8. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1514-24.
9. Bachmann S, Resch F, Mundt C. Psychological treatments for psychosis: history and overview. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003;31:155-76.

Psykosociale interventioner ved debuterende psykoser i skizofrenispektret

Professor Merete Nordentoft & cand.psych. Mette Bertelsen

Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Center Bispebjerg

I det danske fandt OPUS-projekt (tidlig intervention ved psykose) fandt man, at halvdelen af patienterne havde været syge med vrangforestillinger og/eller hallucinationer i mere end et år (medianværdi 48 uger) [1], og tilsvarende tal er fundet i andre vestlige lande. Der er formuleret den hypotese, at en ubehandlet psykose involverer neurodegenerative processer, som er mest aktive i begyndelsen af sygdommen, og som medfører ringere prognose [2, 3]. Ved systematisk litteraturgennemgang har *Marshall et al* [4] og *Perkins et al* [5] fundet en klar sammenhæng mellem lang varighed af ubehandlet psykose og psykotiske og negative symptomer og remission efter 6-12 måneders opfølgning. Efterfølgende har analyser af data fra OPUS-projektet vist, at lang varighed af ubehandlet psykose er forbundet med større risiko for fortsatte psykosesyntomer og mindre socialt netværk ved to års opfølgning [1].

Med sætningen »*At first admission, half the story is told*« påpegede den amerikanske psykiater *Ezra Sussler* det store fore-

byggelsespotentiale, der ligger i at kunne identificere og behandle psykotiske tilstande, inden de kompliceres af social isolation, social deroute, selvmordshandlinger, misbrug, somatisk sygdom og kriminalitet.

Det er lykkedes i det dansk-norske tidlige intervention ved psykoser (TIPS)-projekt at mindske varigheden af ubehandlet psykose ved brug af oplysningskampagner [6, 7] og derved mindske niveauet af positive og negative symptomer og selvmordsadfærd ved debut sammenlignet med debuterende patienter fra et område, hvor der ikke var iværksat opsporingskampagner [8, 9].

Intensiv, specialiseret, assertiv behandling i den tidlige psykosefase

Penn et al konkluderede i et *review*, at interventioner, der kombinerede flere psykosociale interventioner, medførte symptomreduktion, remission, bedre kognitiv funktion, livskvalitet, indsigt og brugertilfredshed, mindre misbrug og færre sengedage [10].

Patienter med skizofreni har ofte svært ved selv at opsøge den behandling og sociale støtte, som de har brug for. Opsøgende psykoseteam (*assertive community treatment* (ACT)) er udviklet i erkendelse af, at den svært psykisk syge har brug for en opsøgende behandling, praktisk støtte og ledsagelse for at kunne følge behandlingen og udnytte mulighederne i lokalsamfundet. Der er sikker dokumentation fra et *Cochrane-review* [11] for, at behandling ved opsøgende psykoseteam af patienter med svær skizofreni fastholder flere patienter i behandling, øger deres tilknytning til arbejdsmarkedet, hjælper flere til at klare sig i selvstændig boform, mindsker hjemløshed og øger patienters og pårørendes tilfredshed med behandlingen. Desuden nedsættes antallet af indlæggelser og det samlede forbrug af sengedage. Der er en signifikant positiv effekt på niveauet af symptomer i et stort antal studier, der samlet inkluderer mere end to tredjedele af de patienter, der indgår i metaanalysen.

Behandling ved opsøgende psykoseteam til patienter med

Faktaboks

Evidensen for effekt af psykosociale interventioner stammer fortrinsvis fra kroniske patientpopulationer.

Familieintervention og intensiv, specialiseret assertiv behandling har sikker effekt ved debuterende psykose i skizofrenispektret.

Der er behov for randomiserede undersøgelser, der undersøger effekten af kognitiv terapi, træning af kognitive funktioner og erhvervstræning ved debuterende psykose i skizofrenispektret.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

debuterende psykose i skizofrenispektret er afprøvet i OPUS-projektet, hvor man anvendte manualer for teambehandlingen, der inkluderede psykoedukativ familiebehandling og social færdighedstræning. Den eksperimentelle behandling blev afprøvet over for standardbehandling. Resultatet af et og to års opfølgningen viste en signifikant positiv effekt på symptomer, andel patienter i uddannelse og patienters og pårørendes tilfredshed. Desuden var der en reduktion af det samlede forbrug af sengedage og et mindsket frafald fra behandlingen. [12, 13]. Tilsvarende resultater er opnået i det engelske *Lambeth early onset* (Leo)-projekt [14]

I referenceprogrammet for skizofreni [15] er det anbefalet at indføre opsøgende psykoseteam, som er specialiserede til patienter med førsteepisodeskizofreni.

Psykoedukativ familiebehandling

Tidligere blev den »skizofrenogene mor« og et dysfunktionelt familiemønster tillagt ætiologisk betydning, men denne forståelsesramme var uden empirisk grundlag, og i dag betragtes familien som en vigtig resurse i behandlingen af skizofreni.

Familieintervention er en vigtig del af den samlede behandling og ikke et alternativ til farmakologisk behandling. Formålet er at sikre et netværk af personer, der drager omsorg for patienten, at reducere stress, vrede og skyldfølelser, at medvirke til at familien udvikler realistiske forventninger til patientens funktionsniveau, og at øge familiens og patientens mulighed for mere hensigtsmæssigt at mestre sygdommen og dens konsekvenser. Programmer, der retter sig mod både patienter og pårørende, inkluderer både undervisning, hjælp til problemløsning, hjælp til at justere forventninger til den syge og træning i struktureret problemløsning.

Kontakten til familien skal være personlig og omfatte oplysning, undervisning, vejledning og bearbejdning igennem samtaler med familien alene eller i grupper, hvor flere familier deltager.

Evidensen for inddragelse af pårørende som led i den samlede behandling af skizofreni kommer fra et *review* og to metaanalyser [16-18]. Resultaterne viser, at tilbagefaldsraten og antallet af hospitalsindlæggelser kan reduceres betragteligt (helt op til 50%), og kompliance med medicinsk behandling kan øges, når familien bliver inddraget sammenlignet med medicinsk behandling og case management alene. Frafaldet fra familiebehandlingen er meget lavt, hvilket tyder på, at denne behandling opleves som tilfredsstillende og givende for patienter og pårørende [19].

Hverken OPUS-studiet fra Danmark eller LEO-studiet fra England er inkluderet i de oven for nævnte metaanalyser. Begge studier er randomiserede og har testet en pragmatisk intervention, hvor familieinddragelse er et af de primære behandlingselementer, og i begge studier fandt man en bedre effekt på fastholdelse i behandling, misbrug og symptomniveau [13, 14].

Det må anbefales, at pårørende tilbydes klar og velfun-

deret information fra en erfaren professionel behandler om skizofreni og om familiens muligheder for at påvirke sygdomsforløbet i gunstig retning. Pårørende bør tilbydes mulighed for at deltage i et længevarende psykoedukativt familieprogram.

Social færdighedstræning

Social færdighedstræning sigter på at udvikle de færdigheder, der sætter patienten i stand til at klare sig i en given social sammenhæng, dvs. at løse praktiske problemer, engagere andre mennesker i en relation, mobilisere et støttende netværk, bo selvstændigt og klare et arbejde.

Der er evidens fra flere randomiserede undersøgelser for, at social færdighedstræning har effekt på sociale færdigheder målt ved rollespil. Den største effekt på social funktion er opnået ved programmer af to års varighed og for patienter med tidlig sygdomsdebut, som ofte har dårlig præmorbid social funktion. I referenceprogrammet for skizofreni anbefales, at patienter med skizofreni og nedsatte sociale færdigheder tilbydes social færdighedstræning i gruppe [15].

Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi (*cognitive behavioural therapy* (CBT)) er en forholdsvis ny terapiform, der kombinerer adfærdsterapi og kognitiv terapi. Ved skizofreni har terapiformen hovedvægt på at mindske patientens psykotiske symptomer. Patienten opfordres til at undersøge beviser og argumenter for og imod deres følelsesmæssigt belastende, irrationelle forestillinger. Der arbejdes med udvikling af alternative strategier til at håndtere symptomerne.

To metaanalyser [18, 20] samt fire efterfølgende randomiserede kliniske forsøg bidrager til evidensen. Der er sikker dokumentation for, at kognitiv adfærdsterapi, der fokuserer på psykotiske symptomer, har effekt på symptomernes sværhedsgrad sammenlignet med standardbehandling. Der er næsten udelukkende gennemført undersøgelser blandt patienter med langvarige, svært behandlelige symptomer.

Træning af kognitive funktioner

I en lang række undersøgelser er det vist, at kognitiv dysfunktion spiller en vigtig rolle for patienternes evne til at klare sig i hverdagen. Kognitiv dysfunktion ved skizofreni omfatter opmærksomhedsforstyrrelser, informationsbearbejdning, hukommelse og evne til planlægning og problemløsning. Forstyrrelserne er typisk tilstede inden debut af de første psykotiske symptomer, og forstyrrelserne er relativt stabile over tid. De kognitive forstyrrelser anses som en væsentlig barriere for vellykket rehabilitering. Kognitive funktioner kan trænes, og en metaanalyse har vist effekt af træningsprogrammer både direkte på de kognitive funktioner og på det deraf afledte sociale funktionsniveau [21]. Der er ikke endnu gennemført undersøgelser af effekten af kognitiv træning specielt ved debuterende psykose, men ra-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 1. Evidens for psykosocial behandling ved skizofreni. Baseret på litteraturgennemgang ved Marder & Jones [19].

Behandling	Format	Evidens	Kommentarer
Psykoedukation	Individ	1a	Nedsætter tilbagefald og genindlæggelse
Psykoedukation ^a	Familie	1a	Nedsætter symptomer og mindsker belastning af familien
Kognitiv terapi	Individ	1a	En vis midlertidig effekt på psykotiske symptomer, nogen effekt på negative symptomer
Kognitiv træning	Individ eller gruppe	1b	Nogen bedring af kognitiv funktion
Intensiv, specialiseret assertiv behandling (OPUS) ^a	Individ og gruppe	1a	Nedsætter sengedagsforbrug, komorbide misbrug, psykotiske og negative symptomer og frafald fra behandling. Bedrer brugertilfredshed
Social færdighedstræning	Gruppe	1b	Nogen effekt på socialt funktionsniveau
Miljøterapi	Gruppe	IV	Vanskeligt at undersøge effekten i eksperimentelt design. Ingen evidens for positiv effekt af langvarig indlæggelse
Fysisk aktivitet	Gruppe eller individ	1a	Mindsker risikoen for hjerte-kar-sygdom og sukker-syge. Ingen dokumentation for effekt på psykiske symptomer
Erhvervstræning	Individuel eller gruppe	1a	Bedre social funktion, flere i arbejde

a) Specielt undersøgt ved debuterende psykose.

tionelt forekommer det rimeligt at antage, at der er størst chance for effekt ved en tidlig indsats.

Erhvervstræning

Mange patienter har et stort ønske om at kunne finde en plads på arbejdsmarkedet og på den måde indgå i det samfundsmæssige fællesskab. Langtidsopfølgingsundersøgelser viser, at det er muligt for 20-30 procent at klare et fuldtidsarbejde på det almindelige arbejdsmarked.

Der findes to principielt forskellige metoder til afklaring af en patients formåen i forhold til arbejdsmarkedet. Den ene kaldes *pre-vocational training* og den anden kaldes *supported employment*. *Pre-vocational training* indebærer en fase med træning i beskyttede omgivelser. Dette foregik oprindeligt inde i de store psykiatriske asyler og i mere moderne tid i rehabiliteringscentre. *Supported employment* indebærer, at patienten umiddelbart søges indplaceret på det almindelige arbejdsmarked i en passende niche og med fleksibelt tilpasset støtte, som kan aftrappes. Resultaterne af et Cochrane-review tyder på, at *supported employment* er mest effektiv mht. at sikre patienten indplacering på arbejdsmarkedet [22]. Specielt programmer for tidlig intervention ved skizofreni bør indeholde ekspertise med hensyn til understøttelse af muligheder for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Konklusion

Der er evidens for positiv effekt af psykosociale interventioner ved psykose. De vigtigste er resumeret i denne artikel og oplistet i **Tabel 1**.

Korrespondance: *Merete Nordentoft*, Psykiatrisk Center Bispebjerg, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: mn@dadlnet.dk

Antaget: 15. september 2008
Interessekonflikter: Ingen

Artiklen bygger på et større antal referencer. En fuldstændig litteraturliste kan findes sammen med artiklen på www.ugeskriftet.dk

Litteratur

- Jeppesen P, Petersen L, Thorup A et al. The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. *Psychol Med* 2008;38:1157-66.
- Marshall M, Lewis S, Lockwood A et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:975-83.
- Melle I, Larsen TK, Haahr U et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:143-50.
- Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:762-71.
- Petersen L, Jeppesen P, Thorup A et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005;331:602.
- Craig TK, Garety P, Power P et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ* 2004;329:1067.
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J et al. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;Issue 4. Art. No.: CD000088.
- Marder SR, Jones PB. Schizophrenia. In: Tyrer P, Silk KR, eds. *Effective treatments in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008: 459-79.
- Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, et al. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000524. DOI: 10.1002/14651858.CD000524.pub2.
- Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003080. DOI: 10.1002/14651858.CD003080.