



LEIF LINDSTRÖM är tidigare överläkare i psykiatri vid psykos- och rättspsykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala och professor emeritus vid Uppsala universitet. Han har forskat inom områdena schizofreni och antipsykosläkemedel sedan 1970-talet och har publicerat cirka 170 vetenskapliga artiklar inom dessa områden. Han har lång klinisk erfarenhet av vård och behandling av personer som lider av schizofreni.

Psykos och schizofreni

Psykos är ett samlingsbegrepp för psykiatriska tillstånd där individen har förlorat sin verklighetsuppfattning. Det betyder att han eller hon upplever omvärlden, och ibland även sig själv, som förändrad och annorlunda. Intryck utifrån tolkas fel, och vanligen ter sig omvärlden hotfull och skrämmande.

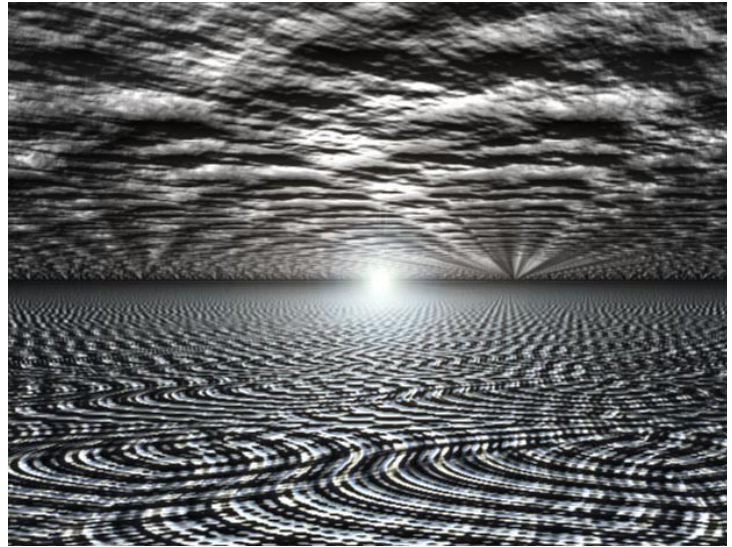
Det här inträffar ofta efter en period med mer allmänna tecken på psykiska problem, som sömnsvårigheter, nedstämdhet, oro och ångest; en sådan period kan vara från några dagar till flera år. När en person väl blivit psykotisk, har han eller hon upplevelser av till exempel hallucinationer, känsla av att vara förföljd eller utvald, och tankestörningar som sätter ned förmågan att tolka verkligheten.

Psykosor kan ha olika orsaker och olika förlopp. Omkring en tredjedel av alla som första gången insjuknar i en psykos, får senare diagnosen *schizofreni*, som är den allvarligaste psykos-sjukdomen. Den är allvarlig för att den i regel debuterar i unga år – ofta i 20–30-årsåldern – och för att den i många fall blir kronisk och kan ge livslånga funktionsstörningar. Båda könen insjuknar lika ofta men män insjuknar tidigare i livet och har sämre prognos.

Risken att drabbas av schizofreni någon gång i livet är strax under en procent, och tämligen lika världen över. Om man har en eller flera släktingar med sjukdomen ökar risken att drabbas, mer ju närmare man är släkt. Man räknar med att det i dag finns 35 000–40 000 personer i Sverige som har schizofreni och behöver någon form av insats från samhället.

”Vi vet inte i dag orsakerna till schizofreni”, säger Leif Lindström. ”Men man anser att det är en kombination av en inre sårbarhet, som sannolikt är ärftlig, och yttre påfrestningar. Vi vet att det föreligger brist eller obalans mellan flera så kallade signalsubstanser i hjärnan: främst dopamin, men även serotonin, glutamat, GABA och endorfiner är förändrade vid schizofreni. Vad de yttre orsakerna är vet vi mindre om, men sannolikt har tidigare negativa upplevelser eller separationer betydelse.”

I de flesta fall är schizofreni en kronisk sjukdom. Cirka 25 procent av de som insjuknar tillfrisknar helt – flertalet med bibehållen medicinering – medan 50 procent förbättras men får kvarstående symtom och funktionsnedsättning. Cirka 25 procent får så allvarliga funktionsnedsättningar att de behöver daglig hjälp och tillsyn, antingen i någon form av gruppboende med personal eller på institution.



UNDER EN PSYKOS upplevs omvärlden som förändrad. Ofta ter den sig hotfull och skrämmande.

DÖDLIGHETEN ÄR KRAFTIGT ÖKAD

Personer som lider av schizofreni har en ökad dödlighet i kroppsliga sjukdomar – främst hjärt-kärlsjukdomar, infektioner och lungsjukdomar – jämfört med befolkningen i övrigt. De har också en kraftigt förhöjd frekvens av självmord. Man räknar med att var tionde patient med schizofreni tar livet av sig, oftast inom de första sex åren efter insjuknandet. Det finns dock tecken på att självmordsfrekvensen kan vara på nedåtgående, kanske beroende på de nyare läkemedlen och på bättre omhändertagande.

Den höga dödligheten i somatiska sjukdomar är en utmaning för psykiatrin. Det är vårt ansvar att upptäcka kroppsliga krämpor och se till att patienterna får adekvat behandling, även om vi inte kan ge den själva.

Studier har visat, att personer som lider av schizofreni lever i genomsnitt 25 år kortare än normalbefolkningen. Det innebär att de förlorar en tredjedel av sina liv – en skrämmande hög siffra.

Beror detta på att våra patienter dör för tidigt på grund av de starka mediciner vi skriver ut? Nej, definitivt inte. Detta undersöks bland annat i en ny studie från Finland. Studien visar, att patienter som tog sina mediciner levde signifikant längre än de som inte tog sina mediciner.

Positiva, negativa och kognitiva symtom

Symtomen vid schizofreni brukar delas in i positiva, negativa och kognitiva. I begreppen positiva och negativa ligger ingen värdering. *Positiva symtom* betyder att något har tillkommit som inte funnits tidigare, till exempel hallucinationer, vanföreställningar eller tankestörningar. *Negativa symtom* är till exempel initiativlöshet, känslomässig avtrubning eller självförsjunkhet; det står för att något har försvunnit eller aldrig utvecklats. I regel har samma person både positiva och negativa symtom.

Med *kognitiva* symtom menas att tankemässiga processer inte fungerar adekvat; det kan gälla till exempel minne, uppmärksamhet och problemlösningsförmåga.

Den här uppdelningen har betydelse för behandlingen, eftersom de vanliga läkemedlen mot psykos har olika bra effekt mot de olika symtomtyperna. Läkemedlen har i regel bra effekt på de positiva symtomen, sämre på de negativa och tveksam effekt på de kognitiva symtomen.

”Det är svårare att behandla initiativlöshet och känslomässig avtrubning än det är att behandla hallucinationer”, säger Leif Lindström. ”Eftersom läkemedlen inte rår på alla symtom, måste den medicinska behandlingen kompletteras med psykologisk och social behandling.”

”Speciellt viktigt är det att uppmärksamma de kognitiva bristerna”, fortsätter han. ”En person som lider av schizofreni kan förefalla ganska adekvat när man för ett samtal, men ändå fungerar han eller hon inte i vardagen. Vanliga brister är försämrat närminne, dålig uppmärksamhet, svårt att sälla information och nedsatt förmåga att planera och organisera sin tillvaro. Till detta kommer bristande motivation och initiativförmåga. Av omgivningen kan det här uppfattas som lathet, men det är det inte. Det är en del av sjukdomen.”

Behandling på tre ben

Behandlingen av schizofreni kan sägas vila på tre ben: medicinering, psykologiska och sociala insatser. Alla dessa tre behövs för en framgångsrik behandling, men medicinering med så kallade antipsykotiska läkemedel är den helt avgörande faktorn. Den är en förutsättning för den psykologiska behandlingen och den sociala träningen.

Därför är det viktigt för prognosen på sikt att patienten tar sina mediciner. Tyvärr slutar majoriteten av patienterna att ta sina mediciner, vilket leder till att de återinsjuknar.

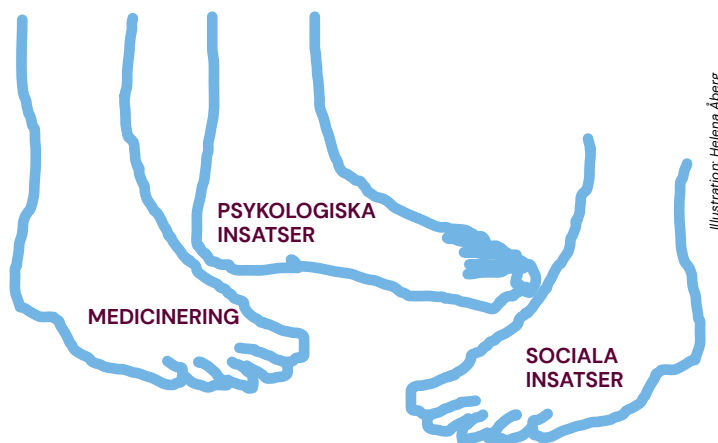
En ganska ny kunskap är att efter varje avbrott i medicineringen tar det längre tid för medicinen att få effekt igen, och ofta når man inte upp till samma funktionsnivå som före återinsjuknandet. Vid upprepade avbrott med återfall i sjukdomen försämras prognosen alltmer, och hjärnan tar skada.

Ett stort problem vid behandling av patienter med schizofreni är att de ofta saknar sjukdomsinsikt. Detta leder till bristande vilja att ta ordinerad medicinering. Man vet att av alla som slutar med sin antipsykotiska medicinering återinsjuknar 80 procent inom två år, och nära 100 procent inom tre år.

Patienter som inte vill ta sin medicin, eller har svårt att komma ihåg att ta den, behandlas ibland med så kallade depåinjektioner. Det är speciella beredningar som injiceras med 2–4 veckors mellanrum; medicinen utsöndras gradvis i blodet och håller jämn koncentration.

ANTIPSYKOTISKA LÄKEMEDEL

- Det första läkemedlet som fungerade mot psykosjukdomar var klorpromazin (Hibernal). Det kom i början av 1950-talet och innebar en revolution inom psykiatin: patienter som varit intagna på mentalsjukhus i årtionden kunde nu skrivas ut. Efter Hibernal kom en rad liknande läkemedel – de flesta används fortfarande.
- Från mitten av 1990-talet har vi fått en helt ny läkemedelsgrupp, och i dag skiljer vi på antipsykotiska läkemedel av första och andra generationen. Till första generationen räknas bland andra Haldol, Trilafon och Fluaxol (Hibernal är numera avregistrerat). Till andra generationen räknas bland andra Leponex, Zyprexa, Risperdal, Seroquel och Abilify.
- Många anser att de nyare antipsykotiska läkemedlen är effektivare än de gamla, men detta är inte helt klarlagt. Vad man säkert vet är att de har en helt annan biverkningsprofil. De äldre läkemedlen medför ofta stelhet, skakningar och ofrivilliga muskelrörelser, men också en känsla av avtrubning av tankeförmågan och känslolivet. Det här ser man inte med de nyare läkemedlen, men de ger i stället en ökad risk för viktökning och diabetes.
- Det finns inga generella rekommendationer om när man ska ge det ena eller andra läkemedlet, utan varje läkares erfarenhet och kunskap får avgöra. Ofta får man pröva sig fram. Till en patient som nyss insjuknat i schizofreni ska man ge något av de nyare preparaten. Dels för att de sannolikt är effektivare, och dels för att man slipper de biverkningar som är svårast för patienterna att acceptera.



Tidiga insatser är avgörande

»När en person insjuknat i en psykos är det viktigt att inleda behandlingen så snart som möjligt«, säger Leif Lindström. »Om sjukdomen kommer smygande har han eller hon i regel haft sjukdomen en längre tid, vilket betyder att prognosen försämrats. Tidiga insatser är av avgörande betydelse, och det gäller både medicinering, psykologiska och sociala insatser. Det är också viktigt att involvera nära anhöriga i behandlingen. Anhörigas inställning är mycket betydelsefull för att den sjuka ska fullfölja sin behandling.»

Något som blivit vanligare på senare år är så kallade psyko-educativa insatser, vilket betyder att man lär ut vad sjukdomen innebär till både patienten och dennes anhöriga. Detta bör göras när den akuta psykosens avklingat och patienten är mer mottaglig för argument.

En viktig punkt att gå igenom är tidiga tecken på återinsjuknande. Dessa tecken är individuella, och både patienten och de anhöriga bör lära sig att känna igen dem, och veta vad de ska göra om de dyker upp.

När en person insjuknar i schizofreni är insatserna under de första fem åren av avgörande betydelse. Det som försummas under de första fem åren kan inte kompenseras senare.

Uthållighet i behandlingen är avgörande. En patient med schizofreni blir nästan aldrig färdigbehandlad. Det visar en intressant studie från Danmark.

I en grupp nyinsjuknade patienter med schizofreni fick hälften intensiv behandling under de första två åren, medan de andra endast fick traditionell behandling. Båda grupperna fick mediciner. Efter två år var det en signifikant skillnad mellan grupperna: de som fick intensiv behandling hade förbättrats betydligt mer.

Därefter avbröts den intensiva behandlingen, och båda grupperna fick samma, traditionella behandling de följande tre åren. Efter fem år gjordes en ny jämförelse, och då var det ingen skillnad alls mellan grupperna.

Det här visar tydligt, att all behandling vid schizofreni är färskvara och måste pågå hela tiden. Lämna man patienten åt sitt öde, faller han eller hon i regel tillbaka.

LÄS MER:

Robert Bodén: *Schizofreni, andra psykos och katatoni. Herlofson m fl (red): Psykiatri* (Studentlitteratur 2016)

Tord Ajanki: *Vanvettets kurer – om schizofreni* (Apotekarsocieteten 1999).

Mark Vonnegut: *Express till paradiset. En personlig berättelse om schizofreni* (Bonnier Alba 1977).

Finns på bibliotek eller som engelsk pocket, *The Eden Express*.

INFORMATION:

Schizofreniförbundet. www.schizofreniforbundet.se