

Schizofreni: upplevelsevärld, funktionsnedsättning, bemötande



Karolinska
Institutet



LENNART LUNDIN är leg psykolog och specialist i klinisk psykologi. Han har deltagit i ett flertal expertgrupper inom ämnet psykos och schizofreni på bland annat Socialstyrelsen, SKR, SBU och SPF. Lennart är författare och bidragsgivare i ett flertal böcker. Han har arbetat inom psykosvård på flera olika nivåer och i olika befattningar och är medgrundare till Schizofreniförbundet där han nu är förste vice ordförande.

Xavier Amador är en amerikansk psykolog som hade en bror med schizofreni. Brodern blev ofta inlagd på psykiatriska sjukhus och hävdade varje gång att han var frisk och inte behövde vare sig hjälp eller mediciner. Xavier försökte resonera med honom och förklara att han var sjuk och behövde mediciner, men detta ledde ständigt till konflikter.

Amador tog hjälp av ett begrepp från neurologin, *anosognosi*, som kan översättas till symtomblindhet och förstod att det inte gick att övertala sin bror om att han var sjuk, eftersom det var broderns verklighet. I stället började han lyssna på sin bror och försöka förstå hans perspektiv. Genom att inte försöka rätta eller förklara bort vanföreställningarna, utan fokusera på vad de kunde samarbeta kring, förbättrades deras relation. Att lyssna på någon med genuint intresse är aldrig skadligt och är ett första steg till samarbete.

Kognitiva funktionsnedsättningar

När man talar om en funktionsnedsättning bör den vara tydligt definierad och mätbart förändrad. Det ska finnas en klar funktion och en mätbar nedsättning. För att kunna utforma ett stöd och arbeta med att träna eller kompensera måste man förstå vad nedsättningen består av.

Många undersökningar visar att de kognitiva nedsättningarna kommer tidigt i sjukdomsförloppet. Innan de första psykosymtomen, innan någon hör sin första röst eller ser sitt första meddelande i TV, har de flesta mätbara kognitiva nedsättningar. Man kan se det på förändrade skolbetyg. Signifikanta kognitiva nedsättningar syns i undersökningar när personer testas i inledningen av sin kontakt med psykiatri. Nedsättningarna syns redan innan man börjat medicinering mot positiva psykossymtom. Man kan se att psykosåterfall ökar risken för sämre kognitiv funktion. Tyvärr verkar inte heller de kognitiva nedsättningarna förbättras med tiden men man kan lära sig leva med funktionsnedsättningar.

Den språkliga förmågan är vanligtvis ganska opåverkad. Man kan ofta berätta om sina planer och om vad man ska göra, men man är oförmögen att handla därefter. Det här kan feltolkas som bristande motivation.

Graden av funktionsnedsättning påverkas av stress. Man kan fungera i en lugn, strukturerad, vänlig miljö där rollerna är klara, där vad som förväntas är klart. Men utsätts man för stress, aggressivitet, eller extrem tidsnöd, då kan funktionsnedsättningarna bli uppenbara. Kognitiva nedsättningar förekommer inte bara vid schizofreni utan även vid till exempel djup, obehandlad depression och bipolär sjukdom.



VÅDSJÖN av Mats Konradsson

Exekutiva funktioner är förmågan att organisera och planera och att kunna handla och genomföra saker. Till funktionsnedsättningarna kommer ofta en *initiativstörning*. Man kan veta precis vad man vill och vad man är intresserad av, ha planer, men man får det inte gjort. Man reser sig aldrig ur soffan och sätter i gång. Det handlar inte om dålig motivation utan om en störning i initiativförmågan.

De exekutiva funktionerna handlar om att få saker gjorda, att få vardagen att fungera. De kognitiva nedsättningarna försvårar vardagen. Många människor som hör röster eller har vanföreställningar kan leva med dem och leva ganska bra. Men det som förstör ett vardagsliv är ofta de kognitiva nedsättningarna.

En annan typisk funktionsnedsättning vid schizofreni är *uppmärksamhetsstörning*, det vill säga att man har svårt att koncentrera sig, är lätt distraherad och har ett kort uppmärksamhetsspann. Många som har en schizofrenidiagnos har lika allvarliga uppmärksamhetsstörningar som personer som har en ADHD-diagnos. Många av tipsen eller stöden som hjälper människor med ADHD kan också användas för att hjälpa och stödja människor med en schizofrenidiagnos.

Central coherence, förmågan att se sammanhang, att inte fastna i detaljer utan att kunna se helheten är ofta påverkad vid schizofreni. Att förstå sammanhanget är viktigt för att kunna tolka andra människors kroppsspråk och sinnesstämningar.

Theory of mind, mentalisering, är också en del av vår sociala förmåga som ofta är påverkad vid schizofreni. Det handlar om att förstå att andra människor har känslor och tankar, och att man genom att säga saker kan sår andra människor eller tvärtom göra dem glada. *Central coherence* och *Theory of mind*, utgör stor del av vår sociala förmåga, vår förmåga att samspeja och få kontakt med andra människor. Unga människor som har en schizofrenidiagnos och unga som har en autismsdiagnos har ofta liknande grad av sociala svårigheter. Många har också ett konkret språk och tänkande vilket till exempel kan göra det svårare att förstå ironi.

En annan funktion som ofta är påverkad är *minnesfunktionen*, framför allt det som kallas arbetsminne, *working memory*. Arbetsminne är ett korttidsminne som gör det möjligt att hålla tråden i ett samtal, att minnas vad som sades för någon minut sedan och vad det är man håller på att göra. Arbetsminnet är en av de kognitiva förmågor som verkar gå att träna upp. Det finns idag datoriserade träningsprogram för arbetsminne. Andra exekutiva funktioner, som initiativförmåga, verkar inte gå att träna upp. Dessa får man kompensera för på olika sätt.

Det är inte bara ps psykologiska funktioner som är påverkade hos personer med schizofreni. Även *kroppsuppfattning och kroppslig stresstålighet* förefaller vara påverkade. Man har svårt att lugna ner sig, man har svårt med det som kallas habituering (att man reagerar mindre starkt allteftersom ett stimulus upprepas, man vänjer sig).

Man kan också vara *överkänslig för sinnesintryck* och bli oerhört störd på ett litet ljud som någon annan knappt märker, eller ha känslan av att vattenstrålarna i duschen känns som piskrapp.

Att kompensera eller att träna

När man ska hjälpa människor med kognitiva svårigheter så finns det två huvudstrategier, *komensation och träning*. De flesta kognitiva nedsättningar låter sig inte tränas upp särskilt mycket, då får man arbeta med att kompensera, till exempel med en studie- eller arbetsmiljö som underlättar. Miljön ska präglas av tydlighet och struktur men också av värme och stöd.

Psykiatrisk rehabilitering för återhämtning och remission

Den viktigaste behandlingen vid schizofreni är en kontinuerlig läkemedelsbehandling. Utöver medicinering finns det andra saker att ta till för att arbeta med att rehabilitera personer med schizofreni som psykologiskt stöd, vissa terapier på KBT-grund, kognitiv träning, boendestöd och stöd i arbetet, ofta enligt IPS-modellen (Individual Placement and Support). Det är också viktigt att erbjuda stöd till närstående och anhöriga.

Eftersom schizofreni medför många olika problem och svårigheter så måste man erbjuda olika former av insatser och stöd. Idag finns evidensbaserade insatser för många av de problem som en person med schizofreni har.

Återhämtning brukar man se som den enskilda människans personliga resa mot en nyorientering och ett nytt, personligt mål.

Remission handlar om sjukdom under kontroll, och man kan använda skattningsskalor för att mäta graden av förbättring. Många skiljer mellan återhämtning och remission, där återhämtning innebär en mer holistisk syn på individens välbefinnande och livskvalitet, medan remission främst fokuserar på att minska eller eliminera symtom. Genom att förstå dessa begrepp kan man bättre stödja patienter i deras resa mot ett meningsfullt och tillfredsställande liv, trots de utmaningar som funktionsnedsättningar kan innebära.

Idag finns stor kunskap om hur man ska designa och genomföra god behandling och bra rehabilitering, både för personer med schizofreni och för deras anhöriga och närstående. Det är viktigt att kontinuerligt utvärdera insatserna för att säkerställa att de verkligen gör skillnad.

Lennart säger att: *"Något som Schizofreniförbundet har drivit i många år är att vi måste fokusera på resultat. Vi måste veta hur vår behandling går och hur vårt stöd fungerar."*

MER INFORMATION:

Socialstyrelsen: manual till IPT-k:

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/ipt-k-integrerad-psykologisk-terapi-kognitiv-traning/>

LÄS MER:

Lennart Lundin, Zophia Mellgren m fl: *Psykiska funktionshinder. Stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar.* (Studentlitteratur, 2012)

Sten Friberg, Åsa Konradsson Geuken, Ylva Wächter: *Schizofreni. Livet med en psykosjukdom.* (Gothia kompetens, 2021)

Psykos och andra psykosliknande tillstånd. (Läkartidningens förlag, 2022)

Xavier Amador: *Jag är inte sjuk och behöver ingen hjälp.* (Borell förlag, borellme.se, 2019)

Eva-Lotta Eriksson: *Där ljus och mörker möts.* (Ekström & Garay, 2021)

Alan S. Bellack, Kim T. Mueser, Susan Gingerich, Julie Agresta, *Social färdighetsträning vid schizofreni.* (Borell förlag, borellme.se, 2021)

Beck et al: *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research and Therapy.* (The Guildford Press, 2008)