



ROBERT BODÉN är professor och överläkare i psykiatri vid Uppsala universitet. Han har arbetat kliniskt inom schizofrenivård både inom slut- och öppenvård och med uppsökande verksamhet. Robert har bland annat forskat på hur det går för patienter på sikt genom att följa upp med intervjuer fem år efter första insjuknande samt med hjälp av svenska register undersökt hur användningen av olika läkemedel påverkar sjukdomen. På senare år har Robert studerat hur man kan försöka påverka hjärnans nervsignaler för att minska schizofrenisymtom genom att ge magnetpulser över olika delar av hjärnan. Han har undervisat om schizofreni på vårdutbildningar och till närstående och allmänhet.

Schizofreni är en kronisk psykossjukdom. Men vad är då psykos? Psykos är för många själva sinnebilden för "galenskapen". De flesta tänker att en psykos är när man har tappat verklighetsförankringen och att det är någonting konstigt och annorlunda.

Vår verklighetsuppfattning bygger på perception och kognition

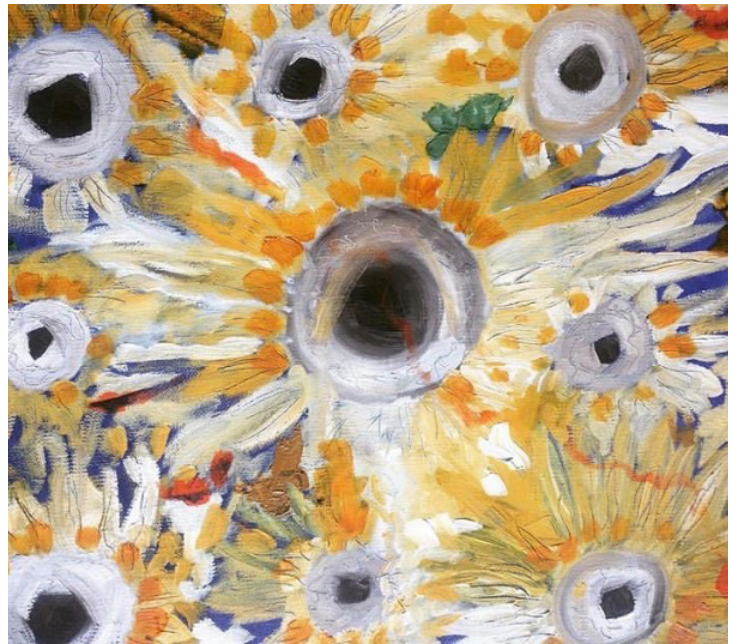
Vi använder alla våra fem sinnen för att ta in verkligheten och vi bombarderas av sinnesintryck både från världen utanför oss och inifrån oss själva. Det är bara en bråkdel av sinnesintrycken som vi blir medvetna om. Det sorteras ut i en automatisk process i hjärnan. När vi blivit medvetna om sinnesintrycken ska vi tolka och värdera dem och försöka göra någonting begripligt av det. Det kallas *kognition*. När tolkningen av sinnesintrycken inte fungerar som det ska får vi något som kallas för vanföreställningar.

Att ta in sinnesintryck kallas för *perception*. När perceptionen inte fungerar som den ska får vi hallucinationer. Hallucinationer är att vi förnimmar någonting fastän det inte finns någonting där. Att korrekt uppfatta omvärldens sinnesintryck och att tolka, värdera och göra någonting rimligt av dem är grundläggande för vår verklighetsuppfattning.

Hallucinationer kan uppkomma i alla fem sinnen, i syn, hörsel, lukt, smak och känsel. Vid schizofreni är det framför allt hörselhallucinationer som är vanligast, oftast i form av röster. Rösterna kan vara hotfulla och ibland även befällande. Om en patient istället beskriver synhallucinationer ska man utesluta att det finns någon annan orsak till psykossymtomen, som kroppslig sjukdom i hjärnan, eller droger eller läkemedel som utlöst symtomen.

Vanföreställningar betyder felaktiga föreställningar, när tolkningen av sinnesintrycken har gått fel. En vanlig vanföreställning är paranoia, att man upplever sig bevakad eller förföljd. Om man bombarderas av sinnesintryck som inte sorteras ut som de ska och man upplever hallucinationer, försöker vi människor ofta hitta sätt att göra det begripligt. Även om en vanföreställning per definition är en "felaktig" tanke så är själva vanföreställningarna i sin form och struktur logiska. Om man försöker förstå patientens upplevelsevärld så finns det ofta en logisk tankeföljd med vanföreställningen. Vanföreställningar kan således vara ett sätt för en människa att göra förvrängda upplevelser begripliga. Vanföreställningar kan vara svåra att diskutera och de går inte att korrigera med hjälp av fakta, det är därför bättre att avleda men man kan fortfarande validera själva känslan; det vill säga att man förstår att personen har det jobbigt

Sammanfattningsvis, om det går fel med perceptionen får man hallucinationer och går det fel med kognitionen, tolkning- en, då får man vanföreställningar.



SOLROS av Mats Konradsson

Positiva och negativa symtom

Schizofreni är en sjukdom med långvariga psykossymtom. I perioder är sjukdomen mer aktiv och i perioder är den lugnare, sjukdomen går i skov.

POSITIVA SYMTOM

Hallucinationer: Upplevelser av att höra, se eller känna saker som inte finns.

Vanföreställningar: Felaktiga föreställningar, en stark tro på saker som inte är verkliga.

Tankestörningar: Oorganiserat tänkande som kan leda till osammanhängande tal.

Dessa symtom kallas "positiva" eftersom de innebär tillägg av beteenden eller upplevelser som inte är normala.

NEGATIVA SYMTOM

Avflackade affekter: Minskad uttrycksförmåga och känslomässig respons.

Alogi: Brist på tankar och ord.

Anhedoni: Oförmåga att känna glädje eller intresse för aktiviteter.

Social tillbakadragenhet: Minskad interaktion med andra människor.

Initiativlöshet: Brist på motivation och initiativ att utföra vardagliga aktiviteter.

Dessa symtom kallas "negativa" eftersom de innebär en förlust eller minskning av normalt förekommande funktioner och beteenden. Det är också dessa symtom som till stor del bidrar till funktionshindren vid schizofreni.

Ett annat symtom vid schizofreni är bristande sjukdomsinsikt, ett vanligt symtom som oftast varierar med graden av positiva symtom i skoven. Ju mer vanföreställningar och hallucinationer man har, desto större är sannolikheten att man inte är medveten om att man är sjuk. Andra symtom som är vanliga vid schizofreni är depression, ångest och tvångssymtom.

För att diagnosen schizofreni ska kunna ställas, ska patienten ha haft positiva och negativa symtom under längre tid och dessa måste påverka funktionen. Det är viktigt att utesluta att det är något annat som ger symtomen, som till exempel

kroppsliga sjukdomar som påverkar hjärnan kan ge psykotiska symtom eller droger eller läkemedel. Det är också viktigt att utsluta att det är någon annan psykiatrisk diagnos, som till exempel bipolär sjukdom (tidigare kallat manodepressiv sjukdom), en djup depression eller ett emotionellt instabilt personlighetssyndrom (tidigare kallat borderline).

Orsaker och riskfaktorer

Mycket talar för att dopaminsystemet i hjärnan är inblandat vid schizofreni. Dopamin är en signalsubstans i hjärnan som ökar nervcellernas förmåga att kommunicera med varandra. Alla verksamma läkemedel mot psykosymtom som vi har idag blockerar dopaminets effekt i hjärnan. Genom att avbilda hjärnan har man kunnat se att man har mindre av vissa dopaminreceptorer i djupa delar av hjärnan vid schizofreni och mer av vissa receptorer i andra, mer ytligt liggande områden i hjärnan. Många andra signalsubstanssystem i hjärnan är troligtvis också inblandade vid schizofreni. Den viktigaste riskfaktorn är ärftlig belastning. En annan viktig riskfaktor är cannabisbruk, framför allt i tonårsperioden och hos unga vuxna, då hjärnan har sin sista mognadsfas. Andra riskfaktorer är sådant som kan påverka hjärnans utveckling, till exempel om mamman har utsatts för svält eller infektioner under fosterstadiet, komplikationer vid förlossningen, eller skallskador i barn- och ungdomsåren. Schizofrenins förlopp brukar beskrivas som kroniskt episodiskt, det vill säga att sjukdomen finns hela tiden men ibland i mer aktiva skov och ibland i lugnare perioder.

Innan man insjuknar första gången, har många en lång fas, ibland i flera år som kallas prodromalfasen. Prodromal betyder det som föregår, det som kommer innan. Under den här fasen får personen tilltagande negativa symtom, drar sig undan, isolerar sig, verkar nedstämd, apatisk, ger inte mycket känslomässig respons. Man ser också en försämrad funktion i skolan eller på arbetet. Först efter flera år kan de första psykosymtomen, det vill säga vanföreställningar och hallucinationer bryta ut. Skoven vid en schizofrenisjukdom är tätare i början och under de första åren av sjukdomsperioden. De negativa, kognitiva symtomen, är mer konstanta över tid, men just skoven med psykos blir ofta lugnare med tiden.

Vid schizofreni har man ökad risk för kroppsliga sjukdomar, framför allt hjärt- och kärlsjukdom och medellivslängden är ungefär 15 år kortare än förväntat. Man tror att den ökade kroppsliga sjukligheten har att göra med läkemedlen som ökar aptiten och gör att man går upp i vikt, vilket i sin tur ökar risken för att utveckla diabetes. Men även ökad förekomst av rökning ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom. Själv mord är vanligare vid schizofreni än i övriga befolkningen. Själv mordsrisken är störst under de första åren av sjukdomen och kan öka igen efter många års sjukdom.

Kontinuerlig läkemedelsbehandling för att uppnå remission

Grundstenen i behandlingen av schizofreni är en kontinuerlig läkemedelsbehandling. De läkemedel vi har i dag blockerar en receptor för dopamin. Den direkta effekten är lugnande och tröttande och kommer inom någon timme. Den antipsykotiska effekten kommer efter några veckors daglig medicinering. Målet med läkemedelsbehandling är varaktig remission, en frånvaro av symtom eller att symtomen inte påverkar funktionen.

En svensk studie har visat hur viktigt det är med läkemedelsbehandling. Patienter som hade depåspruta och ville sluta, fick sluta med sin läkemedelsbehandling och följdes över tid. Inom ett år hade ungefär 80 procent insjuknat och inom två år hade nästan samtliga återinsjuknat (alla utom en). Det är väldigt vanligt, vid kroniska sjukdomar om man har en kontinuerlig läkemedelsbehandling, att man vill prova att sluta med medicinen. Rådet är att patienten alltid ska diskutera med sin doktor innan denne gör ändringar i sin medicinering.

Det finns olika sätt att ta antipsykotiska läkemedel. Vanligast är att man tar tabletter. Det finns också det som kallas depåsprutor eller långverkande injektioner.

Cirka en tredjedel av de patienter som får antipsykotiska läkemedel svarar inte på behandlingen. De får ingen minskning av sina vanföreställningar och hallucinationer. Då kan man använda ett läkemedel som heter klopabin, som ungefär hälften av den här gruppen patienter får en god effekt av. Klopabin är också bra som suicidpreventivt läkemedel och bra om man får motoriska biverkningar av vanliga antipsykotiska läkemedel. Klopabin är ett läkemedel som har en del allvarliga biverkningar, till exempel påverkan på blodbildningen, stor viktökning och ökad risk att utveckla diabetes. Man kan även få påverkan på hjärtrytmen. Vid klopabinbehandling är det mycket viktigt att komma ihåg att man inte får sluta med läkemedlet abrupt. Gör man det finns det stor risk att man återinsjuknar fort med en kraftfull psykos och skovet kan bli långvarigt och svårbehandlat.

Robert säger: *"Schizofreni är en sjukdom som på ett genomgripande sätt påverkar personen och personligheten. Även om det är en allvarlig sjukdom med stor påverkan så kan många patienter, om de sköter om sin sjukdom på bästa möjliga sätt, leva ett bra liv med god livskvalitet".*

MER INFORMATION:

Wistedt B. A depot neuroleptic withdrawal study. A controlled study of the clinical effects of the withdrawal of depot fluphenazine decanoate and depot flupenthixol decanoate in chronic schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1981 Jul;64(1):65–84. doi: 10.1111/j.1600-0447.1981.tb00761.x. PMID: 7032224.

LÄS MER:

Robert Bodén: *Schizofreni, andra psykoser och katatoni.* Kapitel 20 ur **Herlofson m fl** (red): *Psykiatri* (Studentlitteratur, 2024, 3e upplagan)

Elina Arn, Magdalena Lindborg: *Psykos. Förstå, bemöta, behandla* (Natur & Kultur, 2023).

FILM:

Truman Show, 1998, Peter Wier.

Pi, 1998, Darren Aronofski.

SKÖNLITTERÄRA BÖCKER:

Einar Már Guðmundsson: *Universums änglar* (Natur och Kultur, 2004)

Göran Tunström: *Berömda män som varit Sunne* (Albert Bonniers förlag, 1998)

Selma Lagerlöf: *Kejsarn av Portugallien* (Albert Bonniers förlag, 1914)

Beate Grimrud: *En däre fri* (Albert Bonniers förlag, 2010)