



## Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som årlig rammer 500-600 nordmenn.

### Hva er schizofreni?

Sykdommen debuterer vanligvis tidlig i livet (15 – 35 år), og fører ofte til problemer med utdanning, arbeid og sosialt liv.

Lidelsen er vanligvis kronisk og kjennetegnes av:

- tankeforstyrrelser
- hallusinasjoner
- vrangforestillinger
- uvanlig tale eller oppførsel

Schizofreni er en kompleks sykdom som trolig skyldes både arv og miljø. Også andre elementer ser ut til å ha betydning.

### Symptomer

Schizofrene har en virkelighetsoppfatning som avviker fra andres. Mange lider av skremmende symptomer som det å høre stemmer som ingen andre hører, se ting andre ikke ser og oppleve at andre mennesker leser eller kontrollerer tankene deres. Noen føler seg forfulgt eller at de er offer for en sammensvergelse. De sliter med angst, bekymring og forvirring.

Tale og atferd kan være så uforståelig at schizofrene personer blir oppfattet som rotete, utilregnelige og iblant skremmende. Noen ganger kan de virke fjerne, likegyldige eller åndsfraværende og se stivt framfor seg i timevis uten å si noe. Andre ganger er de rastløse, aktive og virker våkne og oppmerksomme.

Man deler symptomene inn i *positive* og *negative symptomer*. Dette betyr ikke at symptomene er positive eller negative i den betydning vi vanligvis legger i ordene, men hvorvidt symptomene er spesifikke for schizofreni.

### **"Positive symptomer"**

Dette er psykologiske trekk som er et resultat av lidelsen og som vanligvis *ikke* finnes hos friske mennesker.

- hallusinasjoner
- vrangforestillinger
- uorganisert tenking
- uro

#### *Hallusinasjoner*

Opplevelser uten forankring i den virkelige verden. Den vanligste formen for hallusinasjon hos schizofrene er å høre stemmer. Stemmene kan beskrive pasientens aktiviteter, føre en samtale med vedkommende, advare mot farer, eller til og med gi ordre.

#### *Vrangforestillinger*

Irrasjonelle, personlige overbevisninger som fastholdes til tross for motstridende bevis og som ikke kan forklares ut fra en persons kulturelle bakgrunn. Pasienter som lider av en paranoid form for kan ha vrangforestillinger om forfølgelse, at de blir lurt, plaget, forgiftet eller utsatt for sammensvergelse.

#### *Uorganisert tenking*

Schizofreni kan virke inn på en persons evne til å tenke fornuftig, organisert og logisk. Tankene kan komme og gå i raskt tempo og uten logisk rekkefølge. Pasienten kan ha vansker med å konsentrere seg om en tanke særlig lenge og blir lett distraheret.

#### *Uro*

Dette kan komme ganske plutselig. Vedkommende blir svært aktiv, og har repeterende bevegelser, rask tale og meningsløs oppførsel.

### **"Negative" symptomer**

Dette er symptomer som også kan finnes hos friske mennesker, men i mindre grad enn hos pasienter med schizofreni.

- manglende pågangsmot eller initiativ
- sosial tilbaketrekking
- apati

- følelsesavflating ("sløvhet")

En person som lider av schizofreni snakker gjerne med monoton stemme, har få ansiktsuttrykk og virker nærmest apatisk. For utenforstående kan det synes som om den syke har et avflatet følelsesliv. Det kommer av en redusert evne til å uttrykke følelser.

Pasienten kan trekke seg tilbake sosialt og unngå kontakt med andre. Evnen og viljen til gjennomføre handlinger er nedsatt i likhet med interessen for og gleden over livet.

### Schizofreni og rusmidler

Narkotika- og medikamentmisbruk kan gi symptomer som ligner på schizofreni. Schizofrenipasienter kan derfor feilaktig mistenkes for å være ruset.

Misbruk av alkohol- og legemidler forekommer imidlertid ofte hos denne pasientgruppen som kan få svært uheldige reaksjoner på visse medisiner og rusmidler.

### Schizofreni og selvmordsfare

Rundt ti prosent av schizofrene (spesielt unge menn) tar sitt eget liv.

Dessverre kan det være vanskelig å forutsi selvmord hos en person som lider av denne sykdommen.

### Diagnostisering av schizofreni

De fleste psykiatriske lidelser er vanskelige og tidkrevende å diagnostisere. Schizofreni er intet unntak. Det finnes ingen enkelt test som kan fastslå at en person lider av denne sykdommen.

Diagnosen stilles ved å utelukke andre årsaker som kan gi schizofrenilignende symptomer som for eksempel legemiddelmisbruk, epilepsi, hjernesvulst og skjoldbruskkjertelforstyrrelse. Pasienten blir derfor grundig undersøkt før man eventuelt konkluderer med at vedkommende lider av schizofreni.

Når andre årsaker er utelukket, vil en psykiater basere diagnosen på symptomer som er observert hos pasienten, og symptomer rapportert av familien og pasienten selv. Symptomene skal være til stede i minst seks måneder før man kan stille en formell diagnose.

### Behandling

Behandlingen er sammensatt og består av flere tiltak, men alle pasienter med schizofreni må i kortere eller lengre perioder ta antipsykotiske medisiner. Den behandlende legen vil tilpasse medisineringsen for å sikre best mulig effekt og minimalt med bivirkninger.

#### *Konvensjonelle antipsykotiske medikamenter*

De konvensjonelle antipsykotiske medikamentene var grunnlaget for medisinsk behandling av

schizofreni og ble tatt i bruk i 1952 da klorpromazin ble introdusert.

Det finnes en rekke antipsykotiske legemidler, som:

- haloperidol
- klorpromazin
- flufenazin
- droperidol
- pimoqid
- sulpirid

Medikamentene har en rekke ubehagelige bivirkninger. Mer enn 50 prosent av pasientene som bruker disse medisinene får bivirkninger som skjelving og stivhet i kroppen, ufrivillige bevegelser i munn- og ansiktsmusklene og indre uro.

### *Atypiske/nye antipsykotiske medikamenter*

Introduksjonen av det første atypiske antipsykotiske medikamentet, klozapin, i 1990 var en milepæl.

Klozapin viste seg å være effektiv hos pasienter som ikke hadde nytte av konvensjonelle nevroleptiske medikamenter. I tillegg reduserte klozapin såkalte negative symptomer.

Listen over nye antipsykotiske medikamenter omfatter også risperidon, olanzapin, quetiapin og ziprasidon. De viser seg å være minst like virksomme og mer akseptable enn konvensjonelle medikamenter, og anses for å være en bedre behandling for pasienter med schizofreni.

### *Psykologisk behandling*

Psykologisk behandling er først og fremst nyttig for pasienter med mindre alvorlige symptomer eller psykotiske symptomer som er under kontroll.

### *Rehabilitering*

Rehabilitering omfatter et vidt spekter av ikke-medisinsk behandling for personer med schizofreni. Rehabiliteringsprogrammer legger vekt på sosial og yrkesrettet trening for å gi mestring.

### *Familieopplæring/psykoedukasjon*

Schizofrenipasienter som skrives ut av sykehuset overlates ofte til familien. Det er derfor viktig at de pårørende har gode kunnskaper om sykdommen.

Undervisning i ulike strategier for å takle og løse problemer kan hjelpe familier med å støtte det syke familiemedlemmet slik at vedkommende får et bedre liv.

## **Hva bør du forvente deg av legene som er ansvarlige for behandlingen?**

For å stille diagnosen og behandle den som lider av schizofreni bør psykiateren:

- innhente en detaljert sykehistorie
- undersøke om symptomene kan være relatert til andre sykdommer
- være godt informert om antipsykotiske medikamenter
- følge grundig opp
- tilpasse behandlingen etter behov
- gjennomgå medisineringsregelmessig
- være interessert i og kartlegge pasientens totalsituasjon
- gi pasienten tydelig og god informasjon
- involvere familien i behandlingsprosessen

### **Prognose**

Prognosen for mennesker som lider av schizofreni er bedre i dag enn den var for noen år tilbake. Tidlig behandling tilpasset hver enkelt har vist seg å være viktig.

Som er hardest rammet har behov for langvarig behandling i sykehus, mens mange greier seg bra med god behandling og grundig ettervern.