

# Fakta schizofreni

## 1. Psykossjukdomar

I Sverige insjuknar mellan 1 500 och 2 000 personer varje år i psykos varav schizofreni är den vanligaste formen. En psykos kan definieras som ett tillstånd där en persons verklighetsuppfattning är förändrad med symtom som hallucinationer, förföljelsetamani, svårigheter att tänka och bristande sjukdomsinsikt.

Det är oklart vad som orsakar psykos, men sannolikt handlar det om flera samverkande faktorer. Det kan finnas genetiska faktorer som ökad sårbarhet för stress, eventuella fosterskador, livskriser som dödsfall och separationer, traumatiska händelser som krig, kroppslig sjukdom och missbruk av alkohol och narkotika.

Ett psykosutbrott föregås ofta av perioder med tecken på psykiska problem som ångest, oro, sömnsvårigheter, isolering och apati.

Generellt sett kan psykoser delas in i tre grupper:

- psykos som slår till snabbt, har ett kort och häftigt förlopp men ytterst sällan återkommer
- psykos som återkommer med återfall inom några år
- långvarig psykos som oftast medför någon form av personlighetsstörning.

*(Källa: Vård och stöd till patienter med schizofreni. Socialstyrelsen, september 2003).*

## 2. Schizofreni vanligast

Schizofreni är den vanligaste formen av psykos och följderna av en kronisk störning i hjärnan. Nära hälften av dem som första gången insjuknar i psykos får efterhand diagnosen schizofreni. Schizofreni har sämre prognos än andra psykoser.

Sjukdomen påverkar individens förmåga att organisera sina tankar och bete sig rationellt. Uppfattningen och tolkningen av sinnesintryck och omvärlden förvrängs och patienten har svårt att skilja på verkliga och överkliga upplevelser.

Symtomen vid schizofreni kan vara mycket svåra och plågsamma med hallucinationer och vanföreställningar som är verkliga för patienten men inte för omgivningen.

Personlighet, humör och känsloliv förändras och gränsen mellan det egna jaget och andra kan suddas ut. Den sjuka kan bli djupt innesluten i sig själv och sina egna föreställningar och svår att nå för omgivningen. Till bilden hör brist på sjukdomsinsikt.

Den som lider av schizofreni hamnar lätt utanför samhälle och gemenskap. Av omgivningen kan personen ses som ”konstig” och kanske skrämmande i sitt sätt att vara. Arbete och studier är ofta uteslutet.

Schizofreni är i sig ingen dödlig sjukdom men självmord och hjärt- och kärlsjukdom förekommer betydligt oftare än inom normalbefolkningen. Mellan 4 och 15 procent av alla med diagnosticerad psykos begår självmord inom tio år efter det första insjuknandet.

*(Källa: Vård och stöd till patienter med schizofreni, Socialstyrelsen september 2003).*

### **3. Schizofreni i Sverige**

I Sverige får omkring 1 000 personer varje år diagnosen schizofreni och mellan 30 000 och 40 000 personer behandlas för sjukdomen.

Schizofreni är därmed nästan lika vanligt som diabetes typ 1 och reumatoid artrit (kronisk ledgångsreumatism) men en betydligt mindre uppmärksammas sjukdom. Omkring 40 procent av patienterna i den slutna psykiatriska vården har diagnosen schizofreni.

Livstidsrisken för att insjukna i schizofreni är runt 1 procent. Det innebär att en av hundra svenskar någon gång i livet kommer att drabbas av sjukdomen. Förekomsten är densamma i hela världen.

*(Källa: Vård och stöd till patienter med schizofreni. Socialstyrelsen, september 2003).*

### **4. Schizofreni och arv**

Orsakerna till schizofreni är inte helt klarlagda men det handlar uppenbart om ett samspel mellan arv och miljö. Ärftliga faktorer har stor betydelse. Studier av släkter där någon insjuknat i schizofreni visar att en person vars syskon eller förälder har sjukdomen löper tio gånger större risk att själv drabbas.

Inom forskningen har man försökt identifiera enskilda gener som kan tänkas öka riskerna för schizofreni men hittills utan framgång. Nu tror man att det snarare handlar om flera gener i kombination. Schizofreni kan också hoppa över både en och två generationer i en släkt. Samtidigt hittas i omkring hälften av fallen ingen tidigare känd schizofreni i släkten.

*(Källa: Vård och stöd till patienter med schizofreni, Socialstyrelsen september 2003).*

### **5. Schizofreni och miljö**

Om en enäggstvilling får schizofreni är risken att den andra tvillingen drabbas knappt 50 procent. Eftersom enäggstvillingar har identiska arvsanlag krävs det alltså ytterligare något för att sjukdomen ska bryta ut.

Den dominerande teorin går ut på att sjukdomen kan uppstå genom ett samspel mellan faktorer som ärftlig sårbarhet, ökad känslighet för stress, livshändelser, och händelser i fostermiljön som för tidig födsel, syrebrist, infektioner och hjärnskada.

Enligt svenska studier ökar risken för schizofreni om pappan är äldre, om modern har fött många barn, om barnet – i synnerhet pojkar – är nummer fyra eller mer i barnaskaran, om modern hade blödningar under graviditeten och om barnet är fött sent på vintern (*se mer nedan*).

En tämligen stor grupp patienter med schizofreni har vissa typiska avvikelser i hjärnan – omkring 30 procent har ett förstorat ventrikelsystem (hjärnans inre hålrumssystem) och förstorade fåror i hjärnbarken. Vad man ännu inte vet är om avvikelserna beror på en störning av hjärnans utveckling eller om de är en följd av sjukdomen.

(Källa: *Vård och stöd till patienter med schizofreni, Socialstyrelsen september 2003.*)

## 6. Familjen inte utlösande

Åsikter i en tidigare het debatt om att familjen, i synnerhet modern, kan orsaka att en ung människa blir schizofren har inget stöd i forskningen mot bakgrund av den biologiska modellen. Däremot kan troligen risken för återfall öka hos den som redan är sjuk. Socialstyrelsen uttrycker det så här:

”Den kris som familjen kommer i när en medlem insjuknar i schizofreni kan störa relationerna inom familjen på ett sådant sätt att risken för återfall i psykos ökar och att rehabiliteringen motverkas. I interventionsprogram ingår att familjens medlemmar får kunskap om schizofreni och de svårigheter sjukdomen medför för patienten.

Syftet är att minska graden av misstro och kritik gentemot patienten eller överdrivet engagemang i dennes liv. I linje med sårbarhets-stressmodellen leder den förbättrade stresshanteringen till minskad risk för att psykotiska symtom förvärras eller utlöses. En förutsättning för deras framgång är optimal läkemedelsbehandling”.

## 7. Symtom vid schizofreni

Symtomen vid schizofreni brukar delas in i så kallat positiva och negativa symtom.

**Positiva symtom** innebär att något tillkommer i personens föreställningsvärld som:

- hallucinationer, i synnerhet hörselhallucinationer, ”röster”, men även sinnen som syn, hörsel, lukt och känsel,
- paranoia, förföljelsetmani, vanföreställningar som känslan av att vara ”styrd” av någon annan,
- oordnade tankar och oorganiserat beteende.

**Negativa symtom** innebär förlust av sociala och intellektuella färdigheter:

minskat intresse för omgivningen, initiativlöshet, isolering, apati, minskat intresse för hygien och klädsel, brist på glädje och engagemang, känslomässig avtrubbning, minskat intresse för personliga relationer, nedsatt känslomässig förmåga, oro och kraftlöshet samt koncentrationsproblem.

Andra symtom kan vara svårigheter att minnas, ambivalens, bristande livsvilja, sömnproblem, störd aptit, minnesproblem, inlärningssvårigheter. Även depression och ångest kan förekomma samtidigt.

En spridd och felaktig uppfattning är att schizofreni innebär personlighets-klyvning, alltså att man upplever sig vara olika personer med olika personlighetsdrag, kanske en person som är ond och en som är god. Ordet schizofreni kommer från grekiskans ”schizo” för klyva och ”phren” för själ. Men den egenskapen är inte karaktäristisk för sjukdomen.

(Källa: Läkemedelsboken 2003/04, Apoteket AB).

## **8. Insjuknande och prognos**

Schizofreni bryter ofta ut i tonåren och upp till 30 års ålder. För män är insjuknandet högst i åldrarna 20 till 25 år och för kvinnor 25 till 30 år. En av 400 tonåringar i Sverige har vårdats på sjukhus på grund av schizofreni. Det är sällsynt att bli sjuk efter 45 år. Män och kvinnor drabbas i lika omfattning, men män får ofta en svårare form av sjukdomen.

Tiden från de första tecknen på sjukdom tills psykosen bryter ut kan variera från några månader till flera år. Prognosen är sämre vid ett tidigt och smygande insjuknande än om sjukdomen drabbar hastigt och senare i livet.

Schizofreni är en kronisk sjukdom där psykotiska skov (återfall) kan varvas med lugnare perioder. Omkring hälften får återfall första året efter diagnos. För varje skov ökar risken för ett nytt och en allvarligare utveckling av sjukdomen.

Studier visar att omkring var fjärde patient med schizofreni kan bli helt eller delvis återställd. Ungefär lika många får bestående symtom och svåra funktionshinder och varannan patient får kvarstående symtom som kräver långtidsbehandling.

(Källa: Läkemedelsboken 2003/04, Apoteket AB).

## **9. Diagnos**

För diagnosen schizofreni krävs att sjukdomstecken, definierade med hjälp av internationellt accepterade skalor, har funnits i minst sex månader.\* Av den tiden ska minst en månad ha präglats av minst två för schizofreni klassiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, desorganiserat tal och tankestörningar.

Utöver det ska mer ospecifika tecken som ändrad dygnsrytm, isolering, sämre hygien och social funktion ha funnits under hela perioden.

Om tillståndet går över inom sex månader kallas det schizofreniform psykos.

\* Amerikanska psykiatriska föreningens riktlinjer (DSM-IV) och Världshälsoorganisationen (ICD-10).

## 10. Olika former

Det finns olika former av schizofreni. Indelningen bygger främst på vilken typ av symtom som dominerar sjukdomsbilden. En vanlig uppdelning är i paranoidea och icke- paranoidea former.

Ytterligare en indelning är psykotisk, desorienterad och negativ schizofreni. Den psykotiska formen omfattar främst hallucinationer och vanföreställningar, vid den desorienterade typen är de främsta symtomen tankestörningar av olika slag och vid den negativa formen symtom som isolering, apati och förlorad intellektuell kapacitet. Här emellan finns olika övergångsformer.

Schizoaffektiva syndrom är en psykotisk sjukdom med symtom som påminner om schizofreni men med maniska och depressiva inslag.

*Källa: Schizofreniförbundet.*

## 11. Behandling av schizofreni

De första läkemedlen mot psykos, däribland schizofreni, kom i början av 1950-talet. Läkemedel kan i de flesta fall lindra symtomen och ge patienten en god livskvalitet. Om behandlingen avbryts är risken stor för återfall. I dag läggs också stor vikt vid att patienterna även får starkt psykologiskt och socialt stöd. I de riktlinjer som tagits fram av Svenska Psykiatriska Föreningen framhålls att behandlingen vid schizofreni ska vara individuellt anpassad och följa en plan som gjorts upp i samråd med patienten och familjen.

## 12. För mycket dopamin

Signalsubstansernas uppgift är att förmedla signaler mellan nervcellerna i hjärnan. Vid schizofreni är signalsubstansen dopamins aktivitet förhöjd i vissa delar av hjärnan. Bakom upptäckten av dopamin och dess betydelse står den svenske Nobelpristagaren Arvid Carlsson (2000). Denna upptäckt har lett till nya infallsvinklar för behandling av bland annat psykisk sjukdom och Parkinsons sjukdom.

Antipsykotiska läkemedel (neuroleptika) kan variera kemiskt sinsemellan men har som gemensam nämnare att de dämpar dopaminets aktivitet genom att blockera hjärnans dopaminreceptorer.

Överaktiviteten minskar och symtomen lindras.

De flesta patienter med schizofreni behöver lång och kontinuerlig behandling med neuroleptika. Dosen ska anpassas för att ge så få biverkningar som möjligt. Patienter kan också samtidigt behandlas med läkemedel mot depression, oro och sömnproblem om det anses befogat.

*(Källa: Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Svenska Psykiatriska Föreningen och SPRI, 1997)*

### 13. Nya och gamla läkemedel

Antipsykotika för behandling av schizofreni delas in i två typer: äldre (typiska) och nyare medel (atypiska). De är i stort sett likvärdiga för behandling av positiva symtom som hallucinationer och vanföreställningar, men de typiska läkemedlen har begränsad eller dålig effekt på negativa symtom som initiativlöshet, apati och känslomässig avtrubning.

De äldre läkemedlen blockerar bindning till dopaminreceptorer. Men eftersom dopamin också har betydelse för motorisk aktivitet och känsloliv kan dopaminblockad till följd av medicinerna ge allvarliga biverkningar som dålig kontroll av musklerna, kramper, stelhet, ofrivilliga rörelser, krypningar i kroppen och hormonstörningar. Även viktuppgång är vanligt vilket ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom och diabetes.

De atypiska läkemedlen infördes på 1990-talet. Förutom att de blockerar upptaget av dopamin påverkar de även receptorerna för andra signalsubstanser t ex serotonin. De positiva symtomen lindras, de motoriska biverkningarna blir mindre och effekten på de negativa symtomen blir bättre. Men även de atypiska läkemedlen kan ge biverkningar som viktuppgång, sexuella störningar och slöhet.

*(Källa: Läkemedelsboken 2003/04, Apoteket AB).*

### 14. Några läkemedel vid psykos

De antipsykotiska läkemedlen fungerar även vid andra typer av psykos än schizofreni.

**Äldre, ”typiska”, antipsykotiska läkemedel** (generiskt namn inom parentes):

Fluanxol (flupentixol)

Haldol (haloperidol)

Siqualone (flufenazin)

**”Atypiska” antipsykotiska läkemedel:**

Leponex (klozapin)

Risperdal (risperidon)

Seroquel (quetiapin)

Zeldox (ziprasidon)

Zyprexa (olanzapin)

Abilify (aripiprazol) är det senast godkända atypiska läkemedlet.

### 15. Nytt verkningsätt

Vid schizofreni är dopaminaktiviteten ojämnt fördelad i hjärnan; i vissa områden för liten och i andra för hög. Därför är det önskvärt att kunna reglera dopaminsystemet så att både positiva och negativa symtom lindras utan svårare biverkningar.

Abilify är ett läkemedel med annorlunda verkningsmekanism. Läkemedlet verkar genom att dämpa aktiviteten av dopamin i hjärnan om den är för hög och stimulera aktiviteten av dopamin om den är för låg. På motsvarande sätt blockeras eller stimuleras serotoninreceptorerna. Jämfört med haloperidol har aripiprazol likvärdig effekt på såväl positiva som negativa symtom.

*(Burris KD et al. Aripiprazole, a novel antipsychotic, is a high-affinity partial agonist at human dopamine D2 receptors. J Pharmacol Exp Ther. 2002;302 (1):381-9).*

Abilify behöver bara tas en gång dagligen, när som helst under dagen och med eller utan mat.

Rekommenderad start- och underhållsdos är 15 milligram per dag.

I fem placebokontrollerade korttidsstudier på fyra till sex veckor med 1 228 schizofrena patienter visade aripiprazol statistiskt signifikant större förbättringar av både positiva och negativa psykotiska symtom jämfört med placebo.

I en 26-veckors placebokontrollerad studie på 293 stabila patienter med kronisk schizofreni blev återfallsfrekvensen signifikant mindre för aripiprazol, 34 procent, mot 57 procent för placebo.

(Källa: McQuade et al. Journal of Clinical Psychiatry 2004;65 (Suppl 18):47-56)

I en studie med 1 294 patienter där effekten av aripiprazol jämfördes med haloperidol var andelen som fick god klinisk effekt efter 52 veckor ungefär densamma i båda grupperna med 77 respektive 73 procent. Andelen patienter som fullföljde behandlingen var dock betydligt högre bland dem som fick aripiprazol med 43 procent mot 30 procent för haloperidol.

(Källa: Kasper et al. Int Journal Neuropsychopharmacol.2003 Dec; 6(4):325-37)

## **16. Gynnsam biverkningsprofil**

Genom Abilifys annorlunda verkningsmekanism kan flera vanliga och svåra biverkningar som motoriska störningar, viktökning och hormonella störningar i stor utsträckning undvikas.

*(Potkin S et al. Aripiprazole, an antipsychotic with a novel mechanism of action and risperidon vs placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder, Arch Gen Psych. 2003;60:pp. 681-90.*

*Kane et al. Efficacy and Safety of aripiprazole and haloperidol in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry. 2002;63:pp. 736-771).*

Just viktökning är en av mest besvärande biverkningarna vid traditionell behandling av schizofreni. Det försämrar patienternas livskvalitet och ökar riskerna för komplikationer som hjärt-kärlsjukdom och diabetes.

I en ny studie med 555 patienter med schizofreni, varav 43 vid tretton svenska sjukhus, behandlades de i ett halvår med antingen Abilify eller med traditionella preparat. Vid studiens slut hade de som fick Abilify gått ner i genomsnitt 1,3 kilo i vikt medan de övriga gått upp med i snitt drygt 2 kilo. Från början vägde de ungefär lika mycket. Blodfettsnivåerna förbättrades framförallt hos den grupp som fick Abilify.

Signifikant fler av dem som behandlades med Abilify uppgav att läkemedlet var ”mycket bättre” än deras tidigare medicinering. De rapporterade också signifikant bättre livskvalitet enligt en internationell skala för relationer, sexualitet, fysisk funktion, aktivitet och självkänsla.

Studien var en så kallad naturalistisk studie vilket innebär att man studerar hur deltagarna klarar vardagen utan att försöka påverka deras tillvaro.

*Källa: Kerwin R et al. Schizophrenia Trial of Aripiprazole: Star study, presenterad vid 14th European Congress of Psychiatry, AEP, Nice, 2006.*

Till rapporterade vanliga biverkningar med aripiprazol hör bland andra huvudvärk, yrsel, sömnproblem, rastlöshet, skakningar, dimsyn, illamående, förstoppning och ovanlig trötthet. Se även produktresumén.

Aripiprazol (Abilify) godkändes i USA, november 2002 och av det Europeiska läkemedelsverket EMEA för den europeiska marknaden inkl. Sverige i juni 2004 för behandling av schizofreni.

## **17. Stödande behandling**

Förutom behandling med läkemedel understryks i dag betydelsen av psykologiskt och socialt stöd runt patienten. Även anhöriga kan behöva hjälp eftersom schizofreni är en sjukdom som i hög grad berör familjen. Parallellt med den medicinska behandlingen är det viktigt med rehabilitering eftersom många schizofrena patienter får nedsatt funktion på många områden. Syftet med rehabilitering är att göra det möjligt för dem att så långt möjligt delta i samhället och i samspelet med andra människor.

## **18. Svenska studier om schizofreni**

Sverige ligger långt framme i forskningen om schizofreni. I en ny studie vid Karolinska Institutet visar docent Finn Rasmussen att ju äldre pappan är, desto större är risken för att barnet utvecklar schizofreni. Studien omfattar över 700 000 barn födda i Sverige mellan 1973 och 1980. Analysen baseras på journaler över personer som togs in på sjukhus mellan 1989 och 2001 med diagnosen schizofreni eller någon annan långvarig psykos.

Man fann ett starkt samband mellan hög ålder hos fadern vid befruktningen och risken för att barnet skulle utveckla schizofreni. Totalt kan 15,5 procent av schizofrenifallen i gruppen förklaras av att patientens pappa var över 30 år när patienten föddes. Risken ökar ju äldre fadern är. Sambandet fanns

kvar även när man tog hänsyn till andra riskfaktorer som födelsevikt, syrebrist under förlossningen och schizofreni i släkten.

Forskarna anser att det stöder teorin om att hos äldre fäder ackumuleras ärftliga förändringar (mutationer) som kan bidra till ökad risk för schizofreni hos avkomman.

*(Studien publicerad i nätupplagan av British Medical Journal 2004-10-22).*

### **19. Blödning och många barn ökar risken**

En annan studie omfattar svenska barn födda mellan 1973 och 1979. Forskarna analyserade bakgrunden för patienter mellan 15 och 21 år gamla som behandlats på sjukhus för schizofreni (167), annan långvarig psykos (198), eller reaktiv psykos (292) vilket är en psykos utlöst av stark känsloupplevelse. De jämfördes med en frisk kontrollgrupp.

Schizofreni visade sig ha ett samband med att modern fött många barn (odds ratio 2,0), att hon haft blödningar under graviditeten (odds ratio 3,5) och att barnet fötts sent på vintern (odds ratio 4,1).

För pojkar var risken att utveckla schizofreni tre till fyra gånger högre om de hade låg födelsevikt (odds ratio 3,2), om modern hade blödningar under graviditeten (odds ratio 4,0) och om de var nummer fyra eller mer i barnaskaran (odds ratio 3,6). Sambandet var starkare för schizofreni än för övriga psykoser.

*(Christina Hultman et al. Prenatal och perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis and reactive psychosis of early onset: case control study. British Medical Journal 1999;318:421-426, 13 febr).*

### **20. Oro hos syskon**

Om någon anhörig får schizofreni berörs i hög grad den sjukes familj. En studie vid Karolinska Institutet och Uppsala universitet har undersökt hur syskon till patienter med schizofreni upplever att ha ett sjukt syskon. I studien har man intervjuat 16 personer med en bror eller syster med sjukdomen.

De flesta syskon var mycket rädda för att själva utveckla schizofreni, en sjukdom med starkt ärftligt inslag, och detta påverkade deras relation till syskonet. Det kunde handla om känslor som kärlek, sorg, ilska och skam. Samtidigt kunde man känna medlidande med det sjuka syskonet och skuld över att vara den som skonats från sjukdom. Många såg sig själva som bärare av "dåliga gener".

Forskarnas slutsats är att syskon till patienter med schizofreni bör ges möjlighet att få tala om sin situation så att behandling och stöd både till dem själva och till den sjuke kan förbättras.

*(Källa: Ståhlberg et al. Siblings with schizophrenia: sibling bond, coping patterns and fear of possible schizophrenia heredity. Schizophrenia Bulletin, 2004, vol 30 (2). 445-58).*

## 21. Hubin-projektet

I Sverige pågår ett stort projekt runt schizofreni, det så kallade Hubin-projektet som står för Human Brain Informatics där Karolinska Institutet, Tekniska högskolan, Swedish Institute for Computer Science, universiteten i Göteborg, Lund och Umeå ingår tillsammans med ett antal utländska universitet. Som underlag har forskarna tillgång till världens största syskonparsstudie kring schizofreni, andra patienter med sjukdomen och deras friska syskon. Syftet är att identifiera och eventuellt också kлона både riskgener och skyddande gener för schizofreni.

I studien ingår 600 av de omkring 1 200 svenska familjer där det finns två syskon som vårdas för schizofreni. Genom att jämföra genomet (arvsmassan) hos de sjuka syskonens med föräldrarnas ökar möjligheten att identifiera riskgener.

## 22. Kontaktadresser

För patienter och anhöriga finns flera möjligheter att få veta mer om sjukdomen och knyta kontakter med andra i en liknande situation. Nedan följer ett urval adresser:

Schizofreniförbundet

Hantverkargatan 3

112 21 Stockholm

08-545 55 980

[office@schizofreniforbundet.org.se](mailto:office@schizofreniforbundet.org.se)

Schizofreniförbundets hemsida [www.schizofreniforbundet.se](http://www.schizofreniforbundet.se)

Här finns även länkar till de lokala föreningarna i landet.

En träffpunkt för dem med intresse och erfarenhet av schizofreni [www.viska.se](http://www.viska.se)

[www.hubin.org](http://www.hubin.org) med nyheter och forskning om schizofreni, patientberättelser, länkar och mycket annat.

Bakom den står bland andra forskare vid Karolinska Institutet i samarbete med utländska forskare. Hubin står för Human Brain Informatics.

Även Karolinska Institutets egen hemsida har mycket information på sökordet ”schizofreni” [www.ki.se](http://www.ki.se)

Riksförbundet för social och mental hälsa [www.rsmh.se](http://www.rsmh.se)