



Schizofreni

Uppdaterad 21.10.2020

Schizofreni är en psykisk störning som yttrar sig bland annat som vanföreställningar, hallucinationer, osammanhängande tal, initiativlöshet och socialt tillbakadragande.

Symtomen hos de insjuknade är mycket varierande. Som behandling används psykosläkemedel långvarigt och olika psykosociala terapier.

Vad beror schizofreni på?

Man känner inte ännu till orsakerna till schizofreni så bra att sjukdomen kunde förebyggas.

Den viktigaste **ärftliga** faktorn vid schizofreni är att sjukdomen eller en annan psykos förekommer hos en nära släkting. Då är risken att insjukna tio gånger så hög som hos den övriga befolkningen. I största delen av schizofrenipatienternas familjer förekommer dock inte schizofreni eller andra psykoser.

Man vet också att **stress** spelar en roll, så att schizofreni kan bryta ut som följd av inre eller yttre stress hos personer med benägenhet för sjukdomen.

Riskfaktorer i omgivningen är bland annat stress hos en väntade mamma, komplikationer i samband med graviditet och förlossning samt infektioner i centrala nervsystemet under barndomen.

Ökad risk för schizofreni förekommer också i samband med **trauma** under barndomen och ungdomen samt vid illabehandling, utslagning, fattigdom och användning av **narkotika**, särskilt **cannabis**.

Symtom

Symtom vid schizofreni är hallucinationer (exempelvis hörselhallucinationer), vanföreställningar (såsom ogrundade föreställningar som personen envist håller fast vid eller paranoida tankar) och förändringar i tal och beteende. Symtomen kan vara mycket olika hos olika patienter.

Symtomen vid schizofreni kan indelas i olika stadier.

Symtom under riskstadiet – så kallade prodromalsymtom – kan räcka från några dagar eller månader upp till flera år, och kan emellanåt försvinna.

Man talar om psykos när symtom som påverkar verklighetsuppfattningen blir akuta.

Sena symtom är ofta negativa: dämpat känslouttryck, utarmat tal, viljelöshet, oförmåga att känna välbehag och att dra sig undan mänskliga relationer och sociala kontakter.

En del av schizofrenipatienterna har samtidigt behandlingskrävande ångest- eller sinnesstämningssymtom.

Diagnos

Diagnosen ställs av en specialistläkare i psykiatri (för ungdomar en specialistläkare i ungdomspsykiatri) och grundar sig på noggrann undersökning av patienten.

Ofta görs en psykologisk eller neuropsykologisk undersökning. Symtomen bör ha räckt minst en månad innan diagnosen schizofreni kan ställas.

Dessutom bedöms arbets- och funktionsförmågan, behovet av sociala förmåner utreds och familjens och



barnens situation klarläggs, eftersom sjukdomen inverkar inte bara på patienten utan också på de närstående.

Eftersom schizofrenin kan fördröja behandlingen av övriga sjukdomar, bör man särskilt sörja för att sådana sjukdomar upptäcks och behandlas adekvat.

Behandling enligt en individuell skriftlig behandlingsplan

Behandlingsplanen är grunden för behandlingen av en schizofrenipatient. Den görs upp i samband med patienten och de närstående och uppdateras regelbundet.

I behandlingsplanen antecknas målen för behandlingen och rehabiliteringen och med vilka metoder de ska uppnås.

Psykosläkemedel är en väsentlig del av schizofrenibehandlingen

Behandling av prodromalsymtom

Prodromalsymtom vid psykos behandlas både med psykosläkemedel och med psykoterapi, såsom kognitiv beteendeterapi (KBT). Målet med behandlingen är att förhindra att psykosen bryter ut och att patientens funktionsförmåga försämras, samt att förbättra funktionsförmågan.

Den första psykosen – behandling i akutstadiet

Behandlingen inleds så fort psykossymtomen visar sig. Målet med behandlingen är att effektivt minska psykossymtomen och återställa funktionsförmågan.

Vid behandlingen används både psykosläkemedel och psykosocial behandling (psykoedukation). Under akutstadiet behandlas patienten i öppenvården eller vid behov på en psykiatrisk akutavdelning.

Situationen i patientens närmaste krets och stödbehovet bör på samma gång klarläggas.

När psykosens akutstadium är över hänvisas patienten till tät uppföljning och öppenvård i 2–3 års tid, som omfattar mångsidig rehabilitering.

Att förutse och upptäcka återinsjuknande i psykos

Under utjämningsstadiet återkommer psykosen lätt, och risken för återfall ökar om det sker förändringar i hälsotillståndet, de sociala förhållandena eller andra levnadsomständigheter. Därför är det viktigt att undvika olika stressfaktorer och att fortsätta med psykosmedicineringen.

Patienten och familjen ges utbildande terapi, så att de kan upptäcka eventuella symtom som förutsäger psykos. En krisplan uppgörs och man upprätthåller realistiskt hopp.

Eftersom risken för återfall är stor, bör man fortsätta med psykosläkemedel som förhindrar återfall i 2–5 år efter den första psykosepisoden, beroende på hur kraftiga symtomen har varit och hur känslig patienten är för yttre levnadshändelser.

Vid behandling av en psykos som har återkommit, är de bäst att använda de läkemedel som tidigare har passat för patienten utan betydande biverkningar.



Problem med läkemedels-behandlingen och biverkningar

Psykosläkemedel kan ha biverkningar, och därför planeras läkemedels-behandlingen individuellt och följs regelbundet upp.

Det är viktigt att använda läkemedlen enligt anvisning och att underrätta vårdinstansen om eventuella biverkningar.

Förekomst

Schizofreni är något vanligare hos män än hos kvinnor, och hos dem bryter den ut några år tidigare (vid knappa 30 års ålder). Sjukdomen kan dock börja vid vilken ålder som helst.

Cirka en procent av alla människor insjuknar i schizofreni under sitt liv.

Av befolkningen i Finland lider 0,5–1,5 procent av schizofreni, det vill säga 55 000–65 000 personer.

Mera information om ämnet

Nyttig tilläggsinformation (på finska) finns bland annat i [Terveyskirjasto](#) artiklar

- [Skitsofrenia](#)
- [Schizofreni: att bemästra sjukdomen](#)

I HUS [Psykporten](#) finns närmare information bland annat om

- [Psykos](#)

[Centralförbundet för mental hälsa](#) hjälper och stöder i allt som berör psykisk hälsa (på finska). På olika håll i Finland verkar 150 föreningar för psykisk hälsa, där kärnverksamheten är att stöda välbefinnande och psykisk hälsa och att göra saker tillsammans. En del av medlemsföreningarna verkar lokalt, en del riksomfattande.

De organisationer som omnämns i patientversionen ger mera information i ämnet. Finska Läkarföreningen Duodecims redaktion för God medicinsk praxis svarar inte för kvaliteten eller tillförlitligheten på uppgifter som andra organisationer har gett.

Författare

Patentversionen är uppdaterad utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims rekommendation [God medicinsk praxis](#) av redaktör **Kirsi Tarnanen** som ansvarar för patientversionerna.

Texten har granskats av ordföranden för arbetsgruppen för God medicinsk praxis, professorn emeritus i psykiatri **Raimo K.R. Salokangas** från Åbo universitet och redaktören för God medicinsk praxis, specialistläkaren i psykiatri **Tanja Laukkala** från Finska Läkarföreningen Duodecim.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.

Ansvarsbegränsning

Rekommendationerna God medicinsk praxis och Avstå klokt är sammandrag uppgjorda av experter om effekten av diagnostik och behandling av enskilda sjukdomar. De ersätter inte den bedömning som görs av en läkare eller annan professionell vårdpersonal om en enskild patients bästa möjliga diagnostik, behandling och rehabilitering vid vårdbeslut.