

ET BEDRE LIV – AT LEVE MED SKIZOFRENI



Lundbeck 

Forord:

- At leve med skizofreni

Formålet med dette hæfte er at informere patienter med skizofreni og deres pårørende om sygdommen og dens behandling.

Der er flere årsager til, at oplysning om skizofreni er vigtigere, end når det drejer sig om andre sygdomme. Der er mange fordomme om denne alvorlige psykiatriske lidelse. Samarbejde mellem patienter og pårørende er endnu vigtigere end for legemlige sygdommes vedkommende.

Behovet for information veksler fra patient til patient og fra pårørende til pårørende. Nogle foretrækker en kort beskrivelse, andre en mere detaljeret forklaring. Hæftet indeholder den mest nødvendige information om sygdommen og er skrevet i en letlæselig form. Ved behov for yderligere information henvises til mere omfattende litteratur og til samtaler med medpatienter, pårørende, læger eller andre behandlere. Ofte er patient- og pårørendeorganisationer til stor gavn.

Et tæt samarbejde mellem patient, pårørende og professionelle behandlere er en forudsætning for et godt

behandlingsresultat. En betingelse for, at det lykkes, er en åben dialog og forståelig information til alle implicerede.

Af sproglige årsager er der brugt ordene han/hans i teksten. I det følgende dækker det også hun/hendes.

Nogle fagord og udtryk er i teksten fremhævet med rødt. Dette betyder, at der findes en ordforklaring bagerst i hæftet.

Det er Lundbeck Pharma A/S' håb, at hæftet må bidrage til, at patienter med skizofreni og deres pårørende får en bedre livskvalitet og forståelse for sygdommens årsager, symptomer og behandling.

Lundbeck Pharma A/S
2008

Indhold

Om sygdommen og behandling	5
Skizofreni og kognitive forstyrrelser	9
Tilbagefald, tilbagefaldsforebyggelse og skizofreni	12
Om stoffer og alkohol	14
Code råd til patienter og pårørende – hvad kan patienter og pårørende selv gøre?	17
Skizofreni og jura	19
Hvad betyder ordene?	22
Patient- og pårørendeorganisationer	24
Supplerende litteratur	25
Egne notater	25

Om sygdommen og behandling

Overlæge, Ph.d. John Teilmann Larsen, Psykiatrisk afdeling P, Odense Universitetshospital

Hvad er skizofreni?

Skizofreni har traditionelt været betragtet som en af de mest gådefulde sygdomme. Der er mange myter om sygdommen, og de har desværre i nogle tilfælde bidraget til at kaste skam over patienter og pårørende.

De nye landvindinger inden for kortlægningen af menneskets arvemateriale (DNA) og hjernens struktur og funktion har imidlertid haft en stor betydning for udforskningen af skizofreni, og der forskes nu intenst i sygdommens årsager og behandling.

Selvom mange spørgsmål fortsat er ubesvarede, står det imidlertid klart, at skizofreni skal betragtes som en hjernesygdom, der er resultatet af et samspil mellem genetisk sårbarhed og miljømæssige belastninger. Sygdommen grundlægges formentlig i de fleste tilfælde allerede i fosterstadiet som en defekt i udviklingen af nervesystemet. Det indebærer, at kommunikationen mellem forskellige centre i hjernen er forstyrret, og mennesker med skizofreni vil derfor tænke anderledes, føle anderledes, opleve verden anderledes og handle anderledes end andre mennesker.

Sygdommen findes i alle grader. Nogle vil komme sig helt. Mange vil være nogenlunde velfungerende i lange perioder, men indimellem have tilbagefald af sygdommen. Få vil vedvarende have betydelige symptomer.

Hvordan diagnosticeres skizofreni?

Der findes ingen blodprøve, hjerneskanning eller anden form for test, der med sikkerhed kan anvendes til at stille diagnosen skizofreni. Lægen må derfor diagnosticere sygdommen på baggrund af de symptomer, patienten har.

Tidligere tillagde man forløbet af sygdommen stor betydning for diagnosen, fordi man mente, at det var den stadige forværring af tilstanden, som var typisk. Man var derfor længe om at stille diagnosen og kunne først efter årelange forløb iværksætte den rette behandling. Prognosen var derfor nærmest per definition dårlig.

I dag anvender man særlige redskaber, hvormed man allerede

efter en måneds sygdom med karakteristiske symptomer kan stille diagnosen skizofreni. Det har haft stor betydning for at kunne give den rette behandling tidligt. Sygdommen har nu et mindre invaliderende forløb hos mange, og man antager, at op mod 15-20% af patienterne vedvarende kan være helt symptomfri - med eller uden medicinsk behandling.

Hvad er de typiske symptomer ved skizofreni?

Symptomerne kan opdeles i **positive**, **negative** og kognitive **symptomer**.

Ved positive symptomer forstås, at patienten har oplevelser og udviser en adfærd, der normalt ikke er til stede. Negative symptomer er til gengæld fravær af normale funktioner. Kognitive symptomer omfatter forskellige forstyrrelser i hukommelsen og evnen til at planlægge og udføre opgaver. Forekomsten af negative og kognitive symptomer har en særlig betydning for patientens evne til at fungere i dagligdagen.

De hyppigste positive symptomer er **hallucinationer**, **vrangforestillinger** og tankeforstyrrelser. Hallucinationer er sanseoplevelser, der ikke er reelle. De kan forekomme på alle sanser (hørelse, syn, lugt, smag, berøring), men optræder oftest i form af hørelseshallucinationer, hvor patienten hører stemmer eller andre lyde, som ikke bemærkes af andre i samme situation. Særlig karakteristisk for skizofreni er 3. person stemmehøring, hvor patienten hører stemmer, der kommenterer, eller indbyrdes diskuterer hans tanker og adfærd. Sådanne sanseindtryk er naturligvis meget generende for patienten og de kan udløse en adfærd, som er uforståelig for andre.

Vrangforestillinger er ubegrundede og urealistiske overbevisninger, som patienten fastholder på trods af logik og fornuft. Det kan være forfølgelsesforestillinger, hvor patienten føler sig forfulgt. Det kan være religiøse vrangforestillinger, hvor patienten f.eks. tror, han er Jesus, eller det kan være storhedsvanvid, hvor patienten opfatter sig som havende særlige, storslåede evner. Patienten er i alle tilfælde ude af stand til at forstå, at hans forestillinger er forkerte, og hans adfærd er derfor ofte uforståelig for omgivelserne.

Tankeforstyrrelser er ændringer i tankemønstret, så talen f.eks. bliver ulogisk, springende og forplumret. Der kan også forekomme dannelse af "nye" ord.

De hyppigste negative symptomer er manglende energi, afladigelse af følelser, social tilbagetrækning og **depression** - heraf udspringer den tidligere danske betegnelse for skizofreni, ungdomssløvsind. Den manglende energi betyder, at patienten mangler handlekraft og interesse for omgivelserne. Evnen til at opfylde sociale, uddannelses- og arbejdsmæssige forpligtelser forringes, og patienten kan virke forsømt og med dårlig hygiejne. Patienten kan miste evnen til at glædes og udtrykke følelser og får derfor en mat fremtræden. Den sociale **tilbagetrækning** viser sig ved, at patienten undgår kontakt med andre og isolerer sig på sit værelse eller i sin lejlighed.

Depression kan også ses i forbindelse med skizofreni. Den kendetegnes ved tristhed, tab af selvværd og manglende energi og kan være det første tegn på et begyndende tilbagefald. Depression er en alvorlig tilstand, da der er øget risiko for selvmordsforsøg. Ca. 10% af patienter med skizofreni begår selvmord. Det ses særligt i forbindelse med, at patienten får diagnosen og skal lære at affinde sig med nye livsomstændigheder.

De kognitive symptomer består af problemer med arbejdshukommelse, opmærksomhed og evnen til at planlægge og udføre opgaver. Kognitive symptomer ses hyppigt hos patienter med skizofreni og kan være en stor hindring for f.eks. at kunne genoptage et uddannelsesforløb.

Almen befolkning	1
Forældre til patient med skizofreni	10-15
Børn af en forælder med skizofreni	10-15
Børn af to forældre med skizofreni	40-50
Søskende til patient med skizofreni	10-15
Tvægget tvilling til patient med skizofreni	10-15
Enægget tvilling til patient med skizofreni	40-50

Tabel 1.
Livstidsrisiko for at udvikle skizofreni (%)

Hvor hyppig er skizofreni?

Undersøgelser fra forskellige verdensdele viser, at sygdommen er nogenlunde lige hyppig i alle lande. Omkring et ud af 200 mennesker (0,5%) lider af skizofreni. I Danmark menes

ca. 25.000 mennesker at lide af sygdommen. Skizofreni forekommer lige hyppigt hos kvinder og mænd, men der er en tendens til, at forløbet af sygdommen er alvorligere hos mænd. Hos mænd diagnosticeres sygdommen som regel fra sent i teenageårene til først i 20'erne. Hos kvinder først fra midten af 20'erne til starten af 30'erne. Det kan være forklaringen på at prognosen er bedre hos kvinder. De kan have etableret sig socialt, inden sygdommen sætter ind.

Hvad er årsagen til skizofreni?

Skizofreni betragtes i dag som resultat af en genetisk sårbarhed og miljømæssige belastninger. Det arvelige aspekt har været kendt længe.

Hvor den almene befolkning har en livstidsrisiko på 1% for at udvikle skizofreni, er risikoen mangedoblet i familier, hvor sygdommen allerede eksisterer - især hvis man har en enægget tvilling med sygdommen. Der forskes meget for at kortlægge hvilke gener, der har betydning for arvegangen. Flere "sårbarhedsgener" med funktioner inden for nervesystemets udvikling og regulering af hjernens signalstoffer har vakt interesse. Der er formentlig tale om, at sygdommen kun udvikles, hvis personen har arvet flere af disse gener samtidig. Kendskab til, hvilke gener det drejer sig om, kan medføre en større indsigt i sygdommen og dermed muliggøre bedre behandling.

At der kun er 50% risiko for at udvikle skizofreni, hvis ens enæggede tvilling (der jo har nøjagtig identiske gener) har sygdommen, må betyde, at også andre forhold spiller en rolle for risikoen for at få sygdommen. Påvirkning af fostret (virusinfektioner, underernæring m.m.) samt fødselskomplikationer øger risikoen for at blive ramt af skizofreni. Voldsomme belastninger under opvækst og voksenliv synes også, at være forbundet med øget risiko for at udvikle skizofreni - således forekommer skizofreni hyppigere blandt flygtninge og indvandrere.

Ved skizofreni er overførslen af signaler mellem hjernens nerveceller forstyrret. Man kan sammenligne hjernen med et omstillingsbord. Når den fungerer normalt, sendes nerveimpulserne gennem de rigtige linier, omstillingen går glat, og tanker, følelser og handlinger sendes rationelt tilbage til den verden, de kom fra. I den skizofrene patients hjerne kommer sanseindtrykkene ind (eller opstår spontant), bliver ledt ad gale veje, bliver blokeret eller ender på forkerte bestemmelsessteder, og kommunikationen med omverdenen går galt.

Et af hjernens signalstoffer - **dopamin** - er særligt interessant i relation til skizofreni. På grund af sygdommen er der områder af hjernen, der i perioder overstimuleres med dopamin. Hjernen kan da ikke længere bearbejde den store mængde information og kan ikke længere skelne

vigtigt fra uvigtigt. Som en konsekvens heraf opstår positive symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger. Omvendt er der områder af hjernen, der vedvarende har underskud af dopamin, og det er årsagen til de tidligere beskrevne negative og kognitive symptomer.

Hvordan er fremtidsudsigterne ved skizofreni?

Når sygdommen diagnosticeres, er det ikke muligt på forhånd at forudsige, hvordan den vil udvikle sig. Den bedste garanti for et godartet forløb er vedligeholdelsesbehandling med **antipsykotisk medicin**. Uden behandling med antipsykotisk medicin vil 75% af patienterne få tilbagefald inden for det første år efter, at sygdommen er startet. Forebyggende behandling med antipsykotisk medicin kan reducere tallet til 25%. Det er vigtigt at undgå tilbagefald, fordi det ofte har alvorlige sociale konsekvenser (f.eks. at patienten mister sit arbejde), og patienten ofte ikke genvinder det funktionsniveau, han havde før tilbagefaldet.

Ca. 25% af patienterne kommer sig fuldstændigt efter en sygdomsepisode, ca. 50% kommer sig delvist, og ca. 25% vedbliver med at have betydelige positive eller negative symptomer. Ofte stabiliseres tilstanden ca. 10 år efter sygdommens udbrud.

Hvordan behandles skizofreni?

De bedste resultater opnås med en kombination af antipsykotisk medicin, psykologisk og social behandling samt oplysning om sygdommen. Noget tyder også på, at sygdommen får et mildere forløb, hvis behandling påbegyndes tidligt i forløbet.

Behandling med medicin: Antipsykotisk medicin er en hjørnesten i behandlingen af skizofreni, for selvom den ikke helbreder sygdommen, så dæmper den symptomerne og gør det muligt at sætte ind med psykologiske og sociale behandlingsformer.

Behandling med antipsykotisk medicin bedrer sygdomsforløbet betydeligt. Som tidligere nævnt vil 75% af patienterne uden behandling få tilbagefald inden for 1 år, mens kun 25% får det, hvis de er i vedvarende behandling med antipsykotisk medicin. Når den medicinske behandling suppleres med **psykosocial behandling** og **psykoedukation**, falder risikoen for tilbagefald til 10-15%.

Hvordan virker antipsykotisk medicin: Antipsykotisk medicin virker primært ved at blokere nerveimpulser, der overføres med dopamin fra én nervecelle til en anden. Blokaden sker

Bivirkninger	Forholdsregler
Bevægeforstyrrelser: Stivhed, rysten, rastløshed Muskelkrampe Ufrivillige bevægelser med mund og tunge	Dosisreduktion, medicin, bivirkningsmedicin Bivirkningsmedicin Skift til atypisk antipsykotisk medicin
Autonome: Mundtørhed, synsforstyrrelser, forstoppelse, vandladningsbesvær, lavt blodtryk, hjertebanken, svimmelhed	Dosisreduktion, medicinskift
Psykiske: Sløvhed og træthed	Dosisreduktion, medicinskift
Hormonændringer: Brystspænding, mælkedannelse, menstruationsforstyrrelser, mindsket sexlyst, impotens	Dosisreduktion, medicinskift
Vægtøgning: Forhøjet kolesterol og/eller blodsukker	Motion, kostvejledning, medicinskift

Tabel 2.
Almindelige bivirkninger ved antipsykotisk medicin

I, at den antipsykotiske medicin sætter sig på de steder, hvor dopamin påvirker cellen, de såkaldte receptorer, således, at dopaminen ikke kan påvirke receptorerne. Dette mindsker, at der fjernes positive symptomer.

Angstforestillinger, hallucinationer og tankeforstyrrelser aftager, og samtidig dæmpes angst og depression. Negative symptomer bedres ligeledes. Patienterne bliver mindre bange over for stresspåvirkninger. Det nedsætter antallet af tilbagefald og indlæggelser.

Andre bivirkninger er der ved antipsykotisk medicin end alle andre lægemidler kan antipsykotisk medicin give anledning til bivirkninger. De vigtigste er nævnt på side 11. De fleste bivirkninger opstår i sygdommens akutte faser, hvor der ofte anvendes højere doser. Oftest sker generne under behandling, og når dosis sænkes i efterbeholdelsesbehandlingen.

Det er vigtigt at veje fordele op mod ulemper og ikke blot rydde behandlingen, hvis der opstår bivirkninger. Herunder det vigtigt at skelne mellem symptomer fra sygdommen og bivirkninger, hvilket ofte kan være vanskeligt.

Over de bivirkninger der er nævnt på side 11, kan der være meget sjældne tilfælde opstå to alvorlige bivirkninger: et såkaldt malignt neuroleptikasyndrom er en tilstand med muskelstivhed, feber, hurtig puls og forvirring. Ved anulocytose falder antallet af hvide blodlegemer drastisk. Derfor stiger risikoen for alvorlige infektioner.

Bivirkninger kan i vidt omfang undgås ved at tage hensyn til den enkelte patients "følsomhed", når man vælger præparat, og ved at indstille medicinen på den "laveste effektive dosis".

Hvilken medicin skal man behandles med, hvordan og hvor længe?

Patienter reagerer forskelligt på behandling med antipsykotisk medicin, både med hensyn til den ønskede virkning og bivirkninger. Det er derfor ofte nødvendigt at søge med flere typer medicin, før man har fundet den behandling, der passer bedst til den enkelte patient. Målet med behandlingen er at bedre symptomerne mest muligt med et minimum af bivirkninger.

De første antipsykotiske lægemidler blev lanceret i 1950'erne og betød et stort gennembrud i behandlingen af skizofreni. Imidlertid gav disse lægemidler ofte anledning til væbgeforstyrrelser (se side 11), hvilket var til stor gene for patienterne. Med udviklingen af såkaldt atypisk antipsykotisk medicin har man formået at nedsætte væbgeforstyrrelserne uden at gå på kompromis med effekten på positive symptomer. Desuden synes den atypiske medicin, at have

en lidt bedre effekt på negative og kognitive symptomer. Den atypiske medicin foretrækkes derfor til behandling af skizofreni i dag.

Den antipsykotiske medicin kan gives på forskellige måder: Som tabletter, mikstur, dråber eller injektion - en særlig form er depotinjektion, hvor den mængde medicin, patienten har brug for over de følgende 2-4 uger, sprøjtes ind i en muskel. På grund af depotmedicinens særlige sammensætning bliver medicinen afgivet langsomt og konstant til blodbanen. Depotbehandlingen medfører normalt færre bivirkninger end tabletbehandling med tilsvarende medicin og er især hensigtsmæssig i de tilfælde, hvor patienten ikke tager den ordinerede medicin.

Ophør med antipsykotisk medicin er den vigtigste årsag til tilbagefald hos patienter med skizofreni. Årsagerne til, at patienterne holder op med medicinen, kan være manglende sygdomserkendelse, manglende erkendelse af medicinens gunstige virkning, bivirkninger eller almindelig glemsomhed.

Da længerevarende, ubehandlede psykotiske episoder forværrer prognosen, er behandling med antipsykotisk medicin afgørende i sygdommens akutte faser, når patienten er psykotisk med hallucinationer, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser.

Uden behandling med antipsykotisk medicin er der en meget stor risiko for tilbagefald. Tilbagefaldet forringer patientens tilstand, ikke alene under selve tilbagefaldet, men også senere. Der kan gå lang tid, før patienten opnår samme funktionsniveau som før tilbagefaldet, og der er risiko for, at det slet ikke sker.

For at undgå tilbagefald anbefales det, at patienterne fortsætter med antipsykotisk medicin i 1-2 år efter den første sygdomsepisode. Efter anden og følgende episoder bør behandlingen fortsætte i mindst 5 år - ofte længere - afhængigt af forløbet af sygdommen. I tilfælde med hyppige eller alvorlige tilbagefald bør behandlingen være livslang.

Bruges der anden medicin i behandlingen af skizofreni?

Hvis patienten er forpint, angst, urolig eller har problemer med at sove, kan behandlingen suppleres med et beroligende middel af benzodiazepin-typen.

Får patienten en depression, kan der behandles med antidepressive midler. Oftest vil man vælge et af de nyere antidepressiva.

Skizofreni og kognitive forstyrrelser

Psykolog, Ph.d. Torben Østergaard Christensen, Århus Universitetshospital, Risskov

Forestil dig, at du sidder i et klasseværelse og skal modtage undervisning. Læreren står ved tavlen og taler og giver instruktioner. Du sidder på din plads og prøver at lytte efter, men oplever hele tiden, at dine tanker er andre steder. Du er ufokuseret og kan ikke samle dig om undervisningen i mere end kort tid.

På et tidspunkt kan du mærke, at både læreren og dine studiekammerater bliver irriterede på dig, fordi du sinker undervisningen. Du oplever, at dine klassekammerater begynder at drille dig. Hjemme forsøger du at samle dig om lektierne, men her har du også problemer med at koncentrere dig, og når du kommer i skole kan du ikke huske det, du faktisk fandt ud af derhjemme.

Du beslutter dig for at droppe din uddannelse og får et arbejde. På arbejdspladsen er der forskellige personer, der giver dig beskeder og opgaver. Du kan sagtens høre beskederne, men det er svært for dig at huske dem, lige når du har fået dem. Det forventes af dig, at du prioriterer opgaverne, at du løser de vigtige opgaver før de mindre vigtige, men det falder dig meget svært at overskue. Efter få dage på arbejdspladsen bliver du irettesat af din chef, som antyder, at jobbet måske ikke er det rigtige for dig. Dine problemer og kritikken gør dig bange og nedtrykt.

Når du skal købe ind, er det ofte overvældende, og selv på dage, hvor du har overskud, kan det være svært at komme af sted til supermarkedet. Kigger du i køleskabet er det svært at overskue, hvad du mangler, og du kan ikke huske, hvor du har lagt bogen med opskrifter. Når du kommer ned i supermarkedet, er du helt afhængig af en indkøbsliste, og det er svært at få overblik over, hvor varerne er. Når butikken flytter rundt på varehylderne, giver det dig en følelse af at skulle starte helt forfra.

Du tænker, at du ikke er så begavet som andre, at du ikke kan finde ud af noget, at du ikke er noget værd.

Omfang og karakter af kognitive forstyrrelser ved skizofreni,
Alle mennesker har erfaringer med kognitive forstyrrelser, ikke mindst fra perioder med stress. Lider man af skizofreni er

kognitive forstyrrelser imidlertid ofte mere gennemgribende og en blivende del af hverdagen, og som eksemplet viser, har forstyrrelserne ofte store konsekvenser for patientens praktiske formåen, kontakt med andre mennesker og selvforståelse.

Inden for det sidste årti er den kliniske psykiatri blevet stadig mere opmærksom på de kognitive symptomer ved skizofreni. Det skyldes blandt andet, at man i dag ved, at behandling af sygdommens psykotiske symptomer sjældent alene bedrer patientens funktionsevner og livskvalitet.

Undersøgelser af patienter med skizofreni har vist nedsat funktion inden for alle de kognitive områder, man kan undersøge med neuropsykologiske test. Ofte ser man resultater, som ligger markant under det normale. De alvorligste forstyrrelser ses inden for opmærksomhed, **eksekutive funktioner**, verbal indlæring og hukommelse. Intelligensen er for de fleste patienters vedkommende normal.

Udvikling og forløb af kognitive forstyrrelser ved skizofreni

De fleste patienter har første psykotiske episode i sidste del af ungdomsårene, og en del har lette til moderate kognitive vanskeligheder forud herfor. Hos de patienter, der har deres første psykotiske symptomer allerede i børnealderen, er de kognitive forstyrrelser generelt værre.

Kognitive forstyrrelser er et af de symptomer, der kan forudsige noget om senere udvikling af sygdommen. Den aktuelle viden om forstyrrelsernes udvikling er imidlertid ikke stor nok til, at den kan bruges til målrettet forebyggelse. Trods det har alle børn og unge med kognitive vanskeligheder i sagens natur et både kort- og langsigtet behov for hjælp og støtte.

På det tidspunkt hvor sygdommen opstår, har flere patienter en forværring af deres kognitive funktioner. Efter sygdommens opståen finder funktionsniveauet et leje, som det bliver på i flere år. I en sen alder kan der hos nogle patienter forekomme en markant forværring af de kognitive funktioner. Den ringe sammenhæng med de øvrige symptomer betyder blandt andet, at bedring i psykotiske

symptomer som regel ikke følges af bedring i de kognitive funktioner.

Kognitive forstyrrelser og andre symptomer

Der er kun ringe sammenhæng mellem kognitive forstyrrelser og sygdommens øvrige symptomer.

Nogle eksekutive funktioner har muligvis forbindelse til psykotiske symptomer, men størstedelen af de kognitive forstyrrelser er uafhængige af de psykotiske symptomer. Patienter med hallucinationer og vrangforestillinger, men ingen eller få og svage negative symptomer, klarer sig almindeligvis bedre end andre patienter inden for de fleste kognitive områder.

Disorganiserede symptomer ser ud til ofte at hænge sammen med problemer med forskellige aspekter ved opmærksomhed og arbejdshukommelse. Vanskeligheder med opmærksomhed og arbejdshukommelse gør det svært at overskue egne tankerækker såvel som input fra omgivelserne. Patienter med svære og længere varende negative symptomer har ofte store kognitive vanskeligheder, som regel med koncentration og opmærksomhed.

Konsekvenser af kognitive forstyrrelser ved skizofreni

De kognitive symptomer har ofte stor indflydelse på, hvordan patienten tackler sin sygdom og sin hverdag.

Problemer med hukommelse og eksekutive problemer kan bevirke, at patienten ikke tager sin medicin som ordineret. Det kan være, at han glemmer at hente sin medicin på apoteket, glemmer hvor han har lagt pakningen med medicin, eller ikke kan overskue at tage sine tabletter.

Problemer med at koncentrere sig kan gøre, at udbyttet af samtalebehandling bliver mindre, fordi patienten ikke kan bearbejde den information, han får, og ikke kan fastholde opmærksomheden i den tid, samtalen varer.

En nedsat evne til at indlære og huske mundtlig information har afgørende betydning for, hvordan man fungerer på arbejdsmarkedet. For eksempel er det vanskeligt at beholde et arbejde, hvis man ikke kan lære kollegaernes navne og ikke kan huske, hvordan computere og andre maskiner skal betjenes, selvom man har læst manualen flere gange.

Mange patienter med opmærksomheds- og hukommelsesproblemer har svært ved at overskue indkøb og madlavning, at huske hvor de har lagt ting og at møde op til vigtige aftaler. De kognitive forstyrrelser kan også gøre det vanskeligt at leve og bo selvstændigt uden hjælp og støtte.

Hvordan undersøger man for kognitive forstyrrelser?

Graden og mængden af kognitive symptomer bør resultere

i tilbud om forskellige former for behandling. Patienter med hukommelsesvanskeligheder har i deres kontakt med behandlere for eksempel brug for hyppige gentagelser.

De kognitive symptomer beskrives bedst ved hjælp af en neuropsykologisk undersøgelse. Den neuropsykologiske undersøgelse består af et interview og en række test. De fleste neuropsykologiske test består af mundtlige spørgsmål, ord eller billeder, som patienten skal reagere på, indlære, genkalde og/eller tolke. Testene kan være udformet som papir- /blyant- og/eller computeropgaver. Afhængig af formål, behov for pauser og patientens udholdenhed kan en undersøgelse vare mellem en og tre timer.

Hvordan behandles kognitive forstyrrelser?

Man fortager endnu ikke systematisk behandling af de kognitive symptomer ved skizofreni. Der er imidlertid fire forskellige metoder, som kan anvendes i kombination eller hver for sig: Behandling med medicin, miljøforandring, ændringer i den måde man gør ting på og genoptræning.

Behandling med medicin: De ældre antipsykotiske præparater har ingen sikker virkning på kognitive symptomer. Medicin med anticholinerg virkning, der hyppigt gives ved behandling af bivirkninger i bevægeapparatet, har imidlertid negativ effekt på flere kognitive funktioner. Det er muligt, at visse af de nyere antipsykotiske præparater har en gavnlig virkning på nogle kognitive symptomer. Der er dog ingen af de antipsykotiske præparater, der findes i dag, som er i stand til at normalisere kognitive symptomer.

Miljøforandringer: Disse ændringer vedrører både sociale og praktiske forhold. Ofte er andre menneskers forståelse nødvendig for at reducere den stress, som kan følge af at have kognitive forstyrrelser. Arbejdsgivere skal være opmærksomme på, om arbejdstider og -opgaver står i rimeligt forhold til patientens kognitive styrker og problemer. Pårørende skal være opmærksomme på, at patienten kan have svært ved at huske familiesammenkomster og ved at koncentrere sig sammen med andre, og bør derfor ikke tolke adfærden som udtryk for dovenskab og ligegyldighed.

Både i hjemmet og på arbejdet kan det arrangeres således, at man får lettere ved at leve med sine kognitive symptomer. Køkkenskab og arbejdsbord kan ofte arrangeres på en mere overskuelig måde, for eksempel ved at give de forskellige ting en fast plads. Har man svært ved at koncentrere sig, skal man være opmærksom på at nedsætte støjniveauet (for eksempel ved at skrue ned for CD-afspilleren og PC'en) i hjemmet.

Kompensationsstrategier: De kognitive symptomer kan også indebære, at man må gøre ting på en anden måde. Hvis man bedre kan koncentrere sig og lære nye ting om morgenen

end om aftenen, kan man indrette sin lektielæsning efter det. Har man problemer med at huske, hvad man skal, og hvad man har lavet, er en kalender ofte et godt redskab. Kalenderen kan være i bogform, men man kan også anvende den kalender, der findes i mobiltelefonen. Mobiltelefonens alarmfunktion kan også anvendes, hvis man har problemer med at huske, for eksempel kan den indstilles til at give signal, når man skal tage sin medicin. Hvis man har svært ved at planlægge sine aftaler, kan en dag- og ugeplan gøre dagligdagen mere overkommelig.

Genoptræning: Meget tyder på, at koncentration og opmærksomhed kan bedres med computertræning. Det er mere uklart, om det samme gør sig gældende ved eksekutive-, indlærings- og hukommelsesmæssige problemer.

Sandsynligvis kan effekten af kognitiv træning øges, hvis træningen kombineres med andre former for psykosocial behandling, for eksempel arbejdst træning. Det er vigtigt, at de kognitive træningsopgaver har den rette sværhedsgrad i forhold til patientens ressourcer og problemer, således at opgaverne ikke er for lette eller for krævende. Tager man ikke højde for opgavens sværhedsgrad, kan træningen blive demotiverende.

Uanset hvordan man arbejder med at behandle de kognitive vanskeligheder, er det vigtigt, at der er et godt samarbejde mellem patienten, de pårørende og behandlerne.

Tilbagefald, tilbagefaldsforebyggelse og skizofreni

Overlæge Gertrud Krarup, Århus Universitetshospital, Risskov

Hyppighed af tilbagefald

Det er desværre ikke sjældent, at patienter med skizofreni får tilbagefald, dvs. at der igen opstår psykotiske symptomer. Langt den hyppigste årsag til tilbagefald er, at patienten er holdt op med at tage sin medicin.

Hvis patienten ophører med medicin, vil der inden for det første år være en risiko på ca. 75% for tilbagefald.

Men selv med medicinsk behandling er der en risiko på ca. 15% for tilbagefald. Årsagerne hertil kan være forskellige belastninger, f.eks. start på nyt arbejde eller ny uddannelse, stressende begivenheder i familien, parforhold der brydes m.m. Også misbrug af alkohol eller stoffer medfører ofte tilbagefald.

Ophør med medicin er den hyppigste årsag til tilbagefald

Mange patienter og deres pårørende spørger om, hvor lang tid behandlingen med antipsykotisk medicin skal vare. En tommelfingerregel er, at behandlingen skal fortsætte i 1-2 år efter første psykotiske episode er overstået. Hvis der har været flere psykotiske episoder, anbefales det, at behandlingen fortsætter i minimum 5 år, efter de psykotiske symptomer er forsvundet. Udtrapning af medicin skal ske langsomt og i samråd med en læge.

Hvorfor er det så vigtigt at undgå tilbagefald?

Den vigtigste grund til at undgå tilbagefald er, at et tilbagefald øger risikoen for nedsat social funktion.

For en del af patienterne gælder det, at jo længere tid de har været psykotiske, jo dårligere bliver deres sociale funktion. Det betyder, at de får sværere og sværere ved at klare deres hverdag og personlige hygiejne, klare rengøring, oprydning og indkøb, at passe deres arbejde eller uddannelse og være sammen med andre mennesker.

Derfor er det vigtigt hele tiden at være opmærksom på tegn på tilbagefald, så der kan gribes ind så hurtigt som muligt.

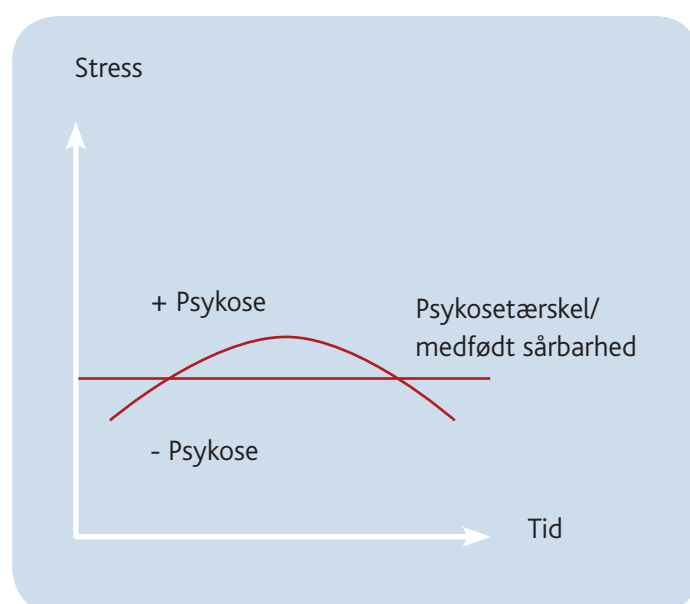
Et tilbagefald giver også andre problemer. Det tager lang tid at komme sig efter et tilbagefald.

Undertiden går der op til et helt år, inden man helt har genvundet den funktion, man havde, inden man blev syg. I den tid har patienten måske været indlagt på psykiatrisk afdeling, har måttet afbryde sin uddannelse, eller er holdt op med at arbejde, og der er risiko for, at patienten ikke har kunnet bibeholde kontakten med venner, mens han har været syg.

Forebyggelse af tilbagefald

Det er vigtigt, at patienten lærer sin sygdom godt at kende. Jo mere han kender til sygdommen, desto bedre bliver han til at passe på sig selv. Patienten skal opmuntres til at tage imod psykoedukation. Psykoedukation kan gives til den enkelte patient, men det bedste resultat opnås, når flere patienter undervises sammen. Erfaringer viser, at **psykoedukation i grupper** giver en større accept af og indsigt i sygdommen.

I behandlingen arbejdes med stress-sårbarhedsmodellen, figur 1



Figur 1.
Stress-sårbarhedsmodellen

Modellen viser, at alle har en vis sårbarhed for at kunne blive psykotiske. Den enkeltes sårbarhed afhænger af, hvor høj eller lav psykosetærsklen er, og hvilken form for stress man er udsat for. Hvis en patient får tilbagefald, dvs. kommer op over psykosetærsklen, skal man hurtigst muligt sørge for, at patienten igen kommer under psykosetærsklen. Det gøres enten ved at hæve psykosetærsklen, typisk ved at øge dosis af medicinen eller genoptage medicinbehandling, hvis den har været stoppet - eller ved at nedsætte stressniveauet, eksempelvis ved at nedsætte antallet af aktiviteter i dagligdagen.

I forebyggelsen af tilbagefald arbejder man også med *tidlige advarselstegn*.

Tidlige advarselstegn er de symptomer, der optræder umiddelbart, dvs. i dage til uger, før det egentlige psykotiske tilbagefald bryder igennem. Tabel 3 er en liste over typiske tidlige advarselstegn.

Søvnløshed
Irritabilitet
Isolationstendens
Mindre kontakt til venner
Rastløshed
Koncentrationsbesvær
Tankemylder
Depression
Anspændthed og nervøsitet
Manglende livsglæde
Manglende appetit
Manglende interesse for ting
Hukommelsesbesvær
Følelse af at være forfulgt
Følelse af, at andre taler om én
Følelse af at blive latterliggjort
Dårligt tilpas uden grund
Følelse af opstemthed
Stemmer, syner
Mindreværdsfølelse

Tabel 3.
Tidlige advarselstegn

Patient og behandler gennemgår listen og finder ud af, hvilke symptomer = tidlige advarselstegn patienten havde op til sidste psykotiske episode. Man finder ud af, om der også var andre advarselstegn, ud over dem der er anført i tabellen. Der sættes et kryds ved de tegn, som var til stede og de andre tegn tilføjes. Typisk er det således, at hver ny psykotisk episode forudgås af de samme tidlige advarselstegn. Ved at være opmærksom på disse advarselstegn ved patienten, om der er risiko for at han er ved at få et tilbagefald.

Det er specielt vigtigt at være opmærksom på tidlige advarselstegn, hvis medicindosis reduceres, eller hvis man helt er holdt op med at tage medicin.

Kriseplan

Sammen med behandleren opstilles en kriseplan.

Mine tidlige advarselstegn er følgende:

Når der optræder tidlige advarselstegn, skal jeg gøre følgende:

Jeg skal også kontakte min behandler

Navn:

Tlf. nr.:

Pårørende, jeg kan kontakte:

Navn:

Tlf. nr.:

Navn:

Tlf. nr.:

Figur 2.
Kriseplan

Ved et truende tilbagefald kan der f.eks. være brug for at få sovet nogle timer ekstra eller melde afbud til en aktivitet og holde en fridag.

Det er en god idé at informere de nærmeste pårørende om kriseplanen og udlevere et eksemplar til dem.

Ved at være meget opmærksom på forebyggelse af tilbagefald og tidlige advarselstegn kan tilbagefald undgås i mange tilfælde - også når der foregår en planmæssig nedtrapning af medicin, eller når patienten af en eller anden grund ikke ønsker medicin længere.

Om stoffer og alkohol

Overlæge Henrik Rindom, Psykiatrisk Center, Hvidovre

Lad det være sagt en gang for alle: Et dagligt forbrug af rusmidler er ikke godt for kroppen som helhed - eller for hjernen i særdeleshed – uanset om man er syg eller rask. Er man sindslidende, bør man i endnu højere grad undgå rusmidler, selv om virkningen kan være tillokkende.

Hjernen og rusmidlerne

Den normalt fungerende hjerne kan sammenlignes med et symfoniorkester. Ligesom de enkelte musikinstrumenter skal være afstemt harmonisk i forhold til hinanden for at frembringe den ønskede melodi, så skal hjernens forskellige områder være i stand til at kommunikere på en afbalanceret måde, for at man får en naturlig sanseoplevelse.

Når man indtager rusmidler, ændres den måde, hjernens forskellige områder kommunikerer med hinanden på. Nogle områder svækkes, andre forstærkes i aktivitet, og derved opleves virkeligheden anderledes. Det svarer til, at man i et symfoniorkester indsætter ti gange så mange trompeter og fjerner halvdelen af violinerne. Det kan godt være, man vil kunne genkende musikken, men den vil lyde anderledes.

Når man tager rusmidler, er det netop for at bringe hjernen ud af balance. Nogle stoffer fremkalder vellyst og fjerner hæmninger, andre stimuler hjernen på en måde, som giver hallucinationer, og atter andre får en til at slappe af og blive ligeglad.

En anden egenskab ved rusmidlerne er den fysiske og psykiske afhængighed, som de giver.

Ved fysisk afhængighed forstår man, at personen får det fysisk dårligt, når han ikke får sit rusmiddel. Den psykiske afhængighed eller trangen til rusmidlet er derimod noget, der er langt sværere at forstå. At trangen eller lysten til eksempelvis at ryge en cigaret er til stede, også mange år efter at man er holdt op med at ryge, er en vigtig del af begrebet psykisk afhængighed.

Den fysiske afhængighed

Den fysiske afhængighed – abstinenserne – vil typisk være overstået én til otte uger efter, at man er holdt op med at

tage rusmidlet. Det står i skærende kontrast til den psykiske afhængighed, som for de fleste rusmidlers vedkommende vil være til stede i meget lang tid - måske resten af livet. Det er den psykiske trang til stoffer, der ofte medvirker til at en person, der ellers gennem længere tid har været stoffri, får et tilbagefald.

Den psykiske afhængighed

Det er den psykiske afhængighed, der gør det svært at komme ud af misbruget. For nogen så umuligt, at de til sidst dør af det. Skal vi derfor gøre en fornuftig indsat over for brugen af rusmidler, bør vi arbejde for, at så få som muligt bliver psykisk afhængige.

Vi ved i dag ganske meget om, hvorfor man bliver psykisk afhængig af rusmidler. Fælles for disse stoffer er, at de mere eller mindre er i stand til at aktivere det område i hjernen, som kaldes for hjernens belønningscenter. Hjernens belønningscenter har noget med vores psykiske afhængighed af mad at gøre. Når man bliver sulten, oplever man dels et fysisk ubehag ved at være sulten, men man føler også en psykisk trang til at få noget at spise.

Når man så får noget at spise, aktiveres hjernens belønningscenter, og belønningen falder nu i form af psykisk ro og velvære. Man får det godt, når man får noget at spise. Det er de samme positive følelser, rusmidler kan udløse - blot meget kraftigere. At der er en sammenhæng mellem rusmiddel og sult ses ved, at de fleste rusmidler er gode slankemidler. Når f.eks. amfetamin først har aktiveret belønningscenteret, forsvinder trangen til at spise.

Det, der kan ske, når man har taget et rusmiddel tilstrækkeligt mange gange, er, at den samme psykiske trang som den, man har til at ville have noget at spise, udløses over for rusmidlet. Det er så at sige den samme psykiske trang, der får mennesker til for enhver pris at ville have noget at spise, der driver den, der er afhængig af et rusmiddel til at gøre hvad som helst for at få det.

Rusmidler og antipsykotisk medicin

Når rusmidler aktiverer hjernens belønningscenter, fører det

til øget frigivelse af dopamin. Det, der kendetegner rusmidler er at stofferne - mere eller mindre voldsomt - kan sætte gang i de områder af hjernen, hvor dopamin indgår.

Dopamin bruges som signalstof i fire vigtige områder af hjernen. Det bruges i belønningscenteret og i det område af hjernen, som frembringer psykotiske symptomer. Et tredje område er pandelapperne, hvor de mange følelser udgår fra, og hvor for lidt dopamin er årsag til de negative symptomer. Endelig som det fjerde og sidste område bruges dopamin i et af de områder i hjernen, som koordinerer kroppens bevægelser.

Al antipsykotisk medicin er kendetegnet ved, at det blokerer virkningen af dopamin. Formålet med behandling med antipsykotisk medicin er at dæmpe eller allerhelst helt fjerne de positive symptomer. Rusmidler virker modsat antipsykotisk medicin og øger dopaminets virkning i hjernen. Vi har altså at gøre med to grupper af stoffer, der har modsatrettet virkning i de områder af hjernen, som bruger dopamin som signalstof.

Tager man f.eks. amfetamin, vil de fire områder i hjernen, som bruger dopamin som signalstof, aktiveres. Man oplever for det første, at belønningscenteret stimuleres. Det medfører psykisk mæthed, og trangen til mad forsvinder. For det andet bliver effekten af dopamin i pandelapperne øget. Det gør, at man bliver i godt humør, føler sig selvssikker og får masser af energi. Det tredje område - der hvor de positive psykotiske symptomer er lokaliseret - bliver også stimuleret, dopaminaktiviteten stiger, og man bliver psykotisk. For det fjerde påvirkes koordinationen af kroppens bevægelser. Amfetaminet gør, at der kan opstå ubehagelige, sitrende sammentrækninger af kroppens muskler.

Tager man derimod antipsykotisk medicin, som blokerer virkningen af dopamin, optræder i store træk den modsatte effekt. Belønningscenteret blokeres, og den psykiske mæthed indtræder ikke. Resultatet bliver, at man kan blive ved med at spise uden rigtig at blive mæt. En vigtig bivirkning ved mange antipsykotiske præparater er, at nogle patienter tager på i vægt.

Hvis man tager meget på i vægt af et antipsykotisk præparat, bør man skifte til et andet. Patienter, der tager på i vægt af et præparat, gør det nødvendigvis ikke af et andet. Overvægt er og bliver en sundhedsrisiko. Derfor er det en god ide at undgå de unødvendige kilo.

Dopaminets virkning i pandelapperne dæmpes også, og patienten med skizofreni klager over at føle sig sløv og til tider endnu mere inaktiv. Det tredje område i hjernen hvor dopaminet blokeres, er det område, hvor de psykotiske symptomer opstår. Det er netop den virkning, man ønsker

at opnå - at hørehallucinationerne forsvinder, at man ikke føler sig forfulgt osv. Endelig bliver der også uorden i det område af hjernen, der står for koordinationen af kroppens bevægelser. Nogle personer får bivirkninger i form af uro i bevægeapparatet og ufrivillige bevægelser i arme og ben, mens der hos andre opstår krampelignende symptomer, der som regel starter i kæbemusklerne.

Nogle får et misbrug

Det er i teenageårene, at lysten til at eksperimentere med rusmidler er størst. Det kræver dog, at de er til at få fat på. Inden for visse grænser er der en sammenhæng mellem antallet af unge der har prøvet et givent rusmiddel, og hvor tilgængeligt stoffet er. Hash, som er det mest udbredte ulovlige rusmiddel i Danmark, er også det stof, de fleste unge har prøvet at tage.

Første gang man prøver et ulovligt rusmiddel, får man det i langt de fleste tilfælde af en ven. Den typiske situation er, at nogle af vennerne har rusmidlet med, når der festes. Efter at have set de andre have det sjovt den ene weekend efter den anden, får den unge også selv lyst til at prøve stoffet.

De lovlige såvel som de ulovlige rusmidler virker forskelligt fra person til person. Nogle unge oplever et betydeligt ubehag ved indtagelse af et givent rusmiddel, mens andre synes "det er da meget sjovt" men ikke noget særligt. Endelig er der de unge som hurtigt bliver meget glade for rusmidlets virkning. Det kan enten skyldes at de reagerer anderledes på rusmidlet, eller at de på grund af særlige psykiske problemer, oplever en bedring af deres symptomer. Denne gruppe af unge har en betydelig risiko for at udvikle afhængighed, fordi de gennem "selvmedicinering" får noget helt særligt ud af rusmidlet sammenlignet med andre.

Et dagligt forbrug af et givent rusmiddel - måske nikotin undtaget - bør opfattes som et symptom på, at der er noget, der ikke fungerer. Det gælder typisk for mange af de unge, som ryger hash dagligt.

Rusmidlerne

De lovlige og ulovlige rusmidler kan inddeles i sløvende og stimulerende midler. De sløvende rusmidler, der omfatter stoffer som alkohol, benzodiazepiner, hash og morfinpræparater, har den egenskab, at man falder i søvn, hvis man tager store doser, og at man til sidst kan holde op med at trække vejret.

De stimulerende rusmidler, som f.eks. amfetamin, kokain og ecstasy, øger aktiviteten i hjernen. Hvis man tager store doser, kan det føre til, at man bliver psykotisk. Ikke dermed sagt at man ikke kan blive psykotisk af de sløvende stoffer, men det går hurtigere på de stimulerende.

De sløvende rusmidler

Benzodiazepinerne bliver i vid udstrækning brugt til at give personen en vis ro og velvære. Disse præparater kan også nedsætte dosis af antipsykotisk medicin. For det første skal man gøre sig klart, at mange bliver psykisk afhængige og har svært ved stoppe forbruget. Man bør derfor tilstræbe at tage medicinen over længere tid, men kun i en periode hvor man har det rigtigt dårligt.

For det andet reagerer benzodiazepiner med alkohol. Det skyldes, at benzodiazepiner virker det samme sted i hjernen som alkohol, hvorfor de to grupper af stoffer delvist kan erstatte hinanden.

Som ved alle andre rusmidler opstår der abstinenser, hvis man holder op med at bruge benzodiazepiner. De mest almindelige abstinenssymptomer er indre uro, angst, søvnløshed, rastløshed, rysten, hovedpine og nedsat appetit. I de mere alvorlige tilfælde kan der optræde kramper.

Alkohol

Alkohol er det mest udbredte lovlige rusmiddel i Danmark. De helbredsmæssige konsekvenser af alkoholforbruget her i landet er ganske store.

Alkohol er et organisk opløsningsmiddel. Det påvirker alle celler i kroppen. To til tre genstande har en begyndende sløvende effekt på alle hjernens funktioner. Det er de mest intellektuelle funktioner i hjernen, der sløves først, og det kan derfor være vanskeligt at opføre sig ordentligt, løse komplicerede matematikopgaver eller følge med i en kriminalfilm med mange detaljer, når man har drukket alkohol. Når de intellektuelle funktioner svækkes, er der ikke noget til at styre de mere primitive egenskaber. Det betyder, at man bliver mere kærlig, ked af det eller aggressiv.

Den psykiske stemning, man er i før indtagelse af alkohol, bliver typisk forstærket, når man begynder at drikke. Derfor er det ikke hensigtsmæssigt at indtage større mængder alkohol, når man har det psykisk dårligt, endsige når man er psykotisk. Typisk vil man mærke en forværring af symptomerne og få det dårligere. I den tilstand kan man risikere at foretage handlinger, man senere fortryder.

Hash

Halvdelen af alle unge på 20 år har prøvet at indtage hash. Hvor mange der får et egentligt misbrug af hash, findes der ikke tal på, men blandt unge, som har et dagligt forbrug af hash, er omkring ti procent psykisk syge.

Mange har den opfattelse, at man ikke kan få skizofreni af at ryge hash. Derimod er der flere, der mener, at hash kan fremprovokere symptomer på skizofreni hos mennesker, der er særligt sårbare over for at udvikle sygdommen. Skizofreni

optræder hyppigere hos personer, der ryger meget hash. Dette er dog ikke noget bevis for, at man får skizofreni af at ryge hash. Personen kunne først have fået skizofreni og derfor være begyndt at ryge hash som en form for selvmedicinering.

Patienter med skizofreni, som ryger hash, giver især udtryk for to ting. For det første oplever de at kunne slappe af, og for det andet gør rusen, at de bedre kan koncentrere sig. Medaljen har dog en bagside. De fleste oplever, at de går i stå og ikke får gjort de ting, de gerne vil. Det er derfor ikke tilrådeligt at ryge hash, hvis man er psykisk syg.

Gode råd til patienter og pårørende – hvad kan patienter og pårørende selv gøre?

Overlæge Gertrud Krarup, Århus Universitetshospital, Risskov

Samarbejde om behandlingen

En vellykket behandling opnås bedst, hvis der er et godt samarbejde mellem patienten, behandlingssystemet og de pårørende. De pårørende er vigtige samarbejdspartnere, og det er dem, der har det største kendskab til patienten. Jo mere de pårørende er inddraget i behandlingen, des bedre klarer patienten sig.

Det er vigtigt for udfaldet af sygdommen, at både patient og pårørende samarbejder med behandlingssystemet og tager imod tilbud om psykoedukation.

Jo mere viden patienter og pårørende har om sygdommen og om de behandlingsmuligheder, der findes, desto bedre er de klædt på til at løse de problemer, der måtte opstå.

Nogle psykiatriske afdelinger tilbyder deltagelse i flerfamiliegrupper. Her er flere patienter og deres familier samlet i en gruppe, hvor der arbejdes med redskaber til at løse hverdagens problemer. Hvis det tilbud findes, hvor patienten bliver behandlet, kan det stærkt anbefales at deltage.

Forskellige faser af skizofreni

Skizofreni optræder i forskellige faser. Akut fase er den fase, hvor patienten har mange psykotiske symptomer. Stabiliseringsfasen er den fase, hvor de psykotiske symptomer efterhånden svinder, og patienten gradvist genvinder sin sociale funktion. Denne fase kan godt vare et år. Vedligeholdelsesfasen er den fase, hvor tilstanden er stabil, og hvor behandlingen skal vedligeholde tilstanden.

Akut fase: Når man rammes af skizofreni, betyder det næsten altid, at den beskæftigelse eller uddannelse, patienten var i gang med, afbrydes, udsættes eller ændres. Man kan ikke arbejde eller studere, mens man er mest psykotisk. I denne fase er det vigtigt at få skabt ro, få opretholdt de basale funktioner, især mht. søvn og mad, og at få startet en behandling med medicin. I den fase skal der ikke stilles andre krav. En regelmæssig hverdag med faste aftaler er god for patienten. Der kan være behov for indlæggelse, hvis der ikke kan opretholdes tilstrækkeligt trykke rammer om patienten

i hjemmet, eller hvis han plages af selvmordstanker og har behov for større sikkerhed.

De pårørende kan have stort behov for aflastning, for at kunne tale med nogen med forstand på sygdommen og for at blive beroliget.

Stabiliseringsfase: I denne fase begynder det igen at gå bedre. Patienten kan klare mere og mere og kan genoptage sit arbejde i et vist omfang. Patienten skal opmuntres til at tage på arbejde igen og til at tage kontakt med venner og familie.

I behandlingen kan der arbejdes med bearbejdning af det, der er sket, med sygdomsindsigt og accept, og patienten kan nu have glæde af at møde andre patienter, f.eks. til psykoedukation. De pårørende vil også kunne have glæde af at deltage i undervisning og i at udveksle erfaringer med andre pårørende, eksempelvis i flerfamiliegrupper.

Vedligeholdelsesfase: Der er nu faldet ro over situationen. Patientens tilstand er stabil, og der er mulighed for at genoptage beskæftigelse i et større omfang. Der er stadig mulighed for, at tilstanden kan bedres yderligere over måneder til år.

Det er vigtigt at fortsætte behandlingen. Det, der er lært ved psykoedukation eller i familiegrupper, skal med mellemrum repeteres og overindlæres. Der lægges vægt på forebyggelse af tilbagefald.

Kontakten med behandlingssystemet er ikke længere så hyppig, og der er for nogle patienter mulighed for at nedsætte medicindosis.

I denne fase vil både den syge og de pårørende som oftest have accepteret sygdommen og lært at leve med den, om end der hos begge parter stadig kan være en sorg over, at familien er blevet ramt af en af de alvorlige psykiske lidelser.

Hvordan skal man tale med den syge?

De fleste mennesker med skizofreni har forskellige kognitive vanskeligheder. Hvis patienten udsættes for mange indtryk eller overstimuleres, bliver han meget træt og forvirret. Derfor er det vigtigt, især i de akutte faser, at prøve at holde sig til nogle særlige kommunikationsregler, og enkel kommunikation.

Tal i enkle og klare vendinger: For mange detaljer og for megen abstrakt tale forvirrer.

Undgå tankelæsning: Lad være med at gætte på, hvad patienten tænker. Spørg, og lyt til svaret.

Respekter hinanden: Tal kun for din egen regning og respekter det svar, du får.

Hjælp hinanden med at forstå, hvad der bliver sagt. Spørg igen, hvis du er i tvivl, i stedet for at gætte på, hvad der menes.

Undgå krav om større fortrolighed: Respekter patientens ret til at bestemme, hvor meget du må få at vide.

Undgå at diskutere vrangforestillinger:

Vrangforestillingerne opleves ofte som meget virkelige af patienten, og det vil kun medføre unødvendige konflikter, hvis man forsøger at korrigere dem.

Giv tydelig opmuntring, støtte og positive kommentarer:

Giv støtte til det, der går godt, og undlad at kritisere, det der går mindre godt.

Støt patienten i at holde kontakt med behandlingssystemet og i at følge behandlingen.

Hvordan omgås man et menneske med skizofreni

Vær støttende og opmuntrende, men undgå overinvolvering. Det er som forældre naturligt at være bekymrede, når ens barn får en psykisk lidelse. Respekter at patienten er voksen og gerne selv vil klare så meget som muligt.

Undgå at være kritisk over de ting, som patienten ikke magter: Giv i stedet for opmuntring og ros, når det går godt.

Når man får en psykisk sygdom, er det næsten umuligt at undgå nederlag. Det er vigtigt at begrænse nederlagene og at styrke selvtilliden hos patienten.

Sørg for tid til jer selv: Hold kontakten med venner og familie ved lige. Dyrk jeres fritidsinteresser. Det er vigtigt, at I som familie passer på jer selv og sørger for at få andre oplevelser end dem, der har forbindelse med sygdommen. I skal have kræfter til at blive ved med at være pårørende.

Sæt klare grænser: For at skabe rum til jer selv og for at støtte patienten er det vigtigt med klare grænser. Det gælder f.eks. grænser for, hvor meget I kan hjælpe med praktiske ting. Det kan være med økonomi, eller hvor meget I kan være til rådighed. Tolerér aldrig vold. Tolerér heller ikke misbrug.

Sænk forventningerne: Et psykotisk gennembrud sætter hjernen på hårdt arbejde, og det tager tid at komme sig igen. Gå derfor langsomt frem, tag ét skridt ad gangen, og lad være med at stille de samme krav som til raske jævnaldrende.

Brug en anden målestok: Prøv at sammenligne med, hvad patienten kunne for en måned siden eller for et år siden og se så på, hvad han har opnået i mellemtiden.

Søg hjælp: Der kan opstå uventede situationer, hvor I ikke kan overskue, hvordan I kommer videre. Søg hjælp - hos behandleren, hos bostøtten, i selvhjælpsgrupper eller lignende.

Skizofreni og jura

Tidligere ledende overlæge Kjeld Reinert, Retspsykiatrisk afd., Aalborg Psykiatriske Sygehus.

De allerfleste indlæggelser på en psykiatrisk afdeling foregår frivilligt og i et nært samarbejde mellem patient og afdelingen ud fra det overordnede princip, at enhver voksen borger frit kan tage stilling til, om han vil undersøges eller behandles. Det er nyttigt, hvis også de pårørende med patientens accept kan orienteres om og evt. inddrages i behandlingsforløbet.

Visse psykiske sygdomme, herunder skizofreni, kan i nogle perioder medføre, at patienten mister erkendelsen af at være syg. Dette kan også være tilfældet, hvis der samtidig er tale om et stofmisbrug. Patienten føler ikke noget behov for den nødvendige behandling og vil derfor undertiden direkte modsætte sig den.

I sådanne situationer kan patienten blive til fare for sig selv eller andre, eller han kan påføre sig selv unødvendige lidelser som følge af sin sygdom. Dette er en umenneskelig og uholdbar situation for patienten. Lovgiverne har derfor besluttet, at samfundet i sådanne tilfælde, mod den syges vilje, skal have mulighed for at gribe ind.

Regler om anvendelse af tvang i psykiatrien findes i "Bekendtgørelser om lov om anvendelse af tvang i psykiatrien" fra november 2006.

Loven omhandler frihedsberøvelse, der omfatter tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse på de psykiatriske afdelinger. Herudover gives der i loven regler for tvangsbehandling med medicin, indgivelse af beroligende medicin, evt. bæltefiksering, regler for personlig skærmning eller skærmning i særlige afsnit i den psykiatriske afdeling samt om visitation af personer og post, husordener for den enkelte afdeling m.v.

Loven gælder kun under indlæggelse i psykiatriske afdelinger. Den gælder ikke for ambulant behandling eller behandling i daghospital i en psykiatrisk afdeling. Loven gælder heller ikke, hvis man opholder sig i en socialpædagogisk institution, bor på et psykiatrisk plejehjem, i bofællesskab eller lignende.

Til loven er der knyttet en række bekendtgørelser, og såvel

patienter som pårørende kan få vejledning om loven og andre regler for behandlingen hos egen læge og på de psykiatriske afdelinger, ligesom disse er beskrevet i brochurer, som udleveres de samme steder.

Hvornår må man bruge tvang?

Før man må bruge tvang, skal man i videst muligt omfang have prøvet at opnå samarbejde mellem patienten og lægen og opnå patientens frivillige medvirken til behandling.

For at tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse kan finde sted, skal følgende betingelser være opfyldt:

Patienten skal være sindssyg eller i en tilstand, der helt svarer til sindssygdom, og:

- Det skal være uforsvarligt at undlade at tvangsindlægge/tvangstilbageholde patienten for at få ham behandlet. Det betyder, at hvis patienten ikke indlægges og behandles, så vil hans mulighed for helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden blive væsentligt forringet, eller:
- Patienten, frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

En patient, der lider af skizofreni, betragtes i lovens forstand som sindssyg.

De fleste patienter med skizofreni er imidlertid frivilligt i et velfungerende behandlingsforløb og vil derfor ikke kunne tvangsindlægges. Kun hvis tilstanden forværres, kan tvangsindlæggelse komme på tale. Forværring sker hyppigst, fordi patienterne ophører med den nødvendige medicin eller på grund af et stofmisbrug.

Hvordan foregår en tvangsindlæggelse?

Hvis en sindssyg person ikke selv søger læge for at få den nødvendige behandling, er det efter loven de nærmestes pligt at tilkalde en læge. De nærmeste kan være familien eller andre nært tilknyttede, men også politiet kan tilkalde en læge. Det vil som oftest være en praktiserende læge, der så tager stilling til, om tvangsindlæggelse er nødvendig.

Læger ansat på den psykiatriske afdeling må ikke skrive under på en anmodning om tvangsindlæggelse.

Tvangsindlæggelse forudsætter, at den syge har modsat sig frivillig indlæggelse.

En tvangsindlæggelse kræver foruden lægeerklæringen godkendelse af politimesteren og overlægen på den psykiatriske afdeling. Politiet skal medvirke ved en tvangsindlæggelse, som skal gennemføres så skånsomt og diskret som muligt.

Behandling under indlæggelsen

Behandlingen af en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, patient foregår normalt på samme måde som for frivilligt indlagte og med samme muligheder for eksempelvis besøg.

Selvom en patient er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt vil der være mulighed for udgang, såfremt den psykiske tilstand i øvrigt tillader det. I starten af en tvangsindlæggelse må patienten dog almindeligvis opholde sig på lukket afdeling.

En tvangsindlæggelse varer gennemsnitlig ikke længere tid end andre indlæggelser.

En overlæge kan afgøre, at en frivilligt indlagt patient, som er i en tilstand, som svarer til betingelserne for tvangsindlæggelse (se ovenfor), kan tvangstilbageholdes til behandling. Betingelserne for at tvangstilbageholde og tvangsbehandle med medicin er de samme som ved tvangsindlæggelse, men det er her alene overlægen, som i første omgang afgør dette.

I de fleste tilfælde - også ved tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse - gennemføres selve behandlingen frivilligt.

Et gennemgående tema i Psykiatriloven er "mindste middels princip", som også gælder i tilfælde af tvangsbehandling. Det betyder f. eks., at behandling med tabletter bør tilbydes inden behandling med medicin som injektion. Tvangsbehandling med medicin i langtidsvirkende depotform kommer sjældent på tale.

Loven siger, at der i tvangstilfælde skal bruges afprøvede lægemidler i sædvanlig dosis og med færrest mulige bivirkninger.

Hvis lægerne skønner, at en patient med sin adfærd er til nærliggende fare for sig selv eller andre eller forulemper medpatienter, kan det være påkrævet at bæltefikse den pågældende for en kortere periode eller at indgive en beroligende injektion. En patient i bælte skal have "fast vagt", dvs. at et medlem af personalet konstant opholder sig hos patienten.

Ved den seneste revision af "psykiatriloven" i 2006 er der præciseret en række retssikkerhedsmæssige regler, såfremt en indlagt patient udsættes for tvang. Loven indeholder nu regler om, at en patient, eller dennes stue i afdelingen, kan visiteres eller ransages, såfremt der er begrundet mistanke om, at patienten er i besiddelse af eller til afdelingen vil indbringe farlige genstande eller misbrugsmidler. I lignende tilfælde kan personalet også undersøge en patients post, men må selvfølgelig ikke læse denne.

Der er i disse regler intet nyt i forhold til, hvad der har været sædvane under indlæggelse i især en lukket psykiatrisk afdeling, men loven præciserer nu såvel afdelingens som patienternes rettigheder. Det samme gælder, hvad angår, at der i enhver psykiatrisk afdeling skal være en nedskreven "husorden", som skal udleveres til alle patienter ved indlæggelsen. De psykiatriske afdelinger skal føre protokol over enhver anvendelse af tvang.

Behandlingsplan

Lægen har pligt til, sammen med det øvrige personale og patienten, at udarbejde en behandlingsplan. Efter psykiatriloven skal patienten have udleveret en kopi af sin behandlingsplan. Han har herudover ret til at se sin journal, gerne sammen med en læge.

Udskrivning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Som princip gælder, at en patient til enhver tid kan forlange at blive udskrevet. Hvis betingelserne for tvangstilbageholdelse ikke er til stede, skal patienten udskrives.

I særlige tilfælde vil man kunne forudse, at en patient efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for hans helbred. Overlægen har i så fald ansvar for, at der indgås en "udskrivningsaftale" mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt kommunen, hjemmeplejen, praktiserende læge m.fl. om de nødvendige behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Hvis en patient ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, har overlægen i disse ganske særlige tilfælde alligevel pligt til at sikre den nødvendige efterbehandling. Dette kaldes en "koordinationsplan", og det betyder, at nødvendige oplysninger kan udveksles mellem afdeling og kommunen, hjemmeplejen, praktiserende læge m.fl. uden patientens samtykke.

Patientrådgiver

Efter loven skal alle patienter, som udsættes for tvang, have beskikket en patientrådgiver. For retslige patienter gælder det, at bistandsværger fungerer som patientrådgiver.

En patientrådgiver, som ikke må være ansat på hospitalet, skal vejlede og rådgive patienten, som udsættes for tvang,

og hjælpe med evt. klager (se nedenfor). Patientrådgiveren fungerer kun i forbindelse med tvangsforanstaltninger og er ikke "værge" eller socialrådgiver for patienten.

At klage er en ret i forbindelse med tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling og i øvrigt enhver form for tvang, som en patient måtte blive udsat for under indlæggelse i en psykiatrisk afdeling.

Der udleveres efter ethvert tvangsindgreb til patienten en skriftlig begrundelse for tvangsindgrebet, og der foretages en eller flere eftersamtaler med patienten.

Eftersamtalerne har til formål at medvirke til at give patienten en større forståelse for årsagen til, at det i situationen blev vurderet nødvendigt at anvende tvang, samt at belyse hvad personale og patient i fællesskab kan gøre for at undgå fremtidige lignende situationer som den, der udløste den aktuelle tvangssituation.

Heldigvis lykkes det i langt de fleste tilfælde at skabe et sådant samarbejde mellem patienten, de pårørende og det behandlende personale, at klager undgås. De fleste patienter, som udsættes for tvang, erkender bagefter, at et indgreb var nødvendigt.

Hvis patienten ønsker at klage, er det personalets pligt at fortælle indlagte patienter om Psykiatrilovens regler og patienternes rettigheder. Der findes brochurer og vejledninger, som patienterne kan få udleveret, hvis de ønsker det.

Patientklagenævnet

- Klage over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling eller anden tvang, herunder bæltefiksering, kan forelægges Patientklagenævnet. Klager over afdelingens husorden, visitation, undersøgelse af breve m.v. rettes til sygehusmyndigheden

Patientrådgiveren har som sin væsentligste funktion at hjælpe patienten med en eventuel klage. Patientklagenævnet er uafhængigt af den psykiatriske afdeling, men afholder sædvanligvis sine møder på denne

- Hvis man er utilfreds med Patientklagenævnets afgørelse, kan spørgsmål om frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse) samt tvangsfiksering ankes til domstolene
- Klager over tvangsbehandling kan indbringes for et centralt patientklagenævn
- Klager over "forholdene", herunder husorden m.v., på hospitalet skal, som tidligere anført, indgives til den myndighed, der driver hospitalet (regionen)

- Man kan indgive klage til alle de hospitalsansatte, der har med behandlingen at gøre
- Såfremt man ønsker at klage over sagsbehandlingen i klagesystemet, kan der klages til Ombudsmanden

Straffeloven

I forbindelse med skizofreni og jura bør der slås fast, at patienter med skizofreni almindeligvis ikke er kriminelle. Det kan dog ske, at en patient med skizofreni under sygdomsforværring, eller som er påvirket af alkohol eller som oftest af andre stoffer, begår straffelovsovertrædelser, som i enkelte tilfælde kan være meget alvorlige.

I disse situationer kan tvangsindlæggelse blive nødvendig, idet en patient med skizofreni ikke bør være i varetægtsarrest eller fængsel.

Hvis der rejses tiltale, vil dommen - efter forudgående mentalobservation - som hovedregel lyde på, at en skizofren person er straffri, men at patienten skal behandles i psykiatrisk afdeling, evt. ambulant. Efter nogle år med behandling og efter bedring kan dommen som regel ophæves. Behandlingen foregår i øvrigt efter de samme retningslinier som anden psykiatrisk behandling.

De seneste år har der i Danmark været en stigning i antallet af patienter med skizofreni, som bliver dømt for kriminalitet. Dette understreger nødvendigheden af forsvarlig og hensigtsmæssig udbygning af den samlede behandling i samarbejde mellem patienten, de pårørende og psykiatrien.

Hvad betyder ordene?

<i>Akut:</i>	Pludselig opstået.
<i>Antipsykotisk medicin:</i>	Kaldes også neuroleptika. Medicin, der virker mod sindssygdomme.
<i>Blodbanen:</i>	Karsystemet. Arterier og vener.
<i>Depotinjektion:</i>	Antipsykotisk medicin, der gives som indsprøjtning. En injektion har effekt i 1-6 uger.
<i>Depression:</i>	Nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og træthed. Forekommer i let, moderat eller svær grad.
<i>Disorganiserede symptomer:</i>	Samlebetegnelse for symptomer som svær forstyrret tænkning og tale samt bizar/uforudsigelig adfærd.
<i>Dopamin:</i>	Signalstof i hjernen der overfører nerveimpulser fra en nervecelle til den næste.
<i>Eksekutive funktioner:</i>	Mentale processer/kapacitet der er nødvendig for at kunne formulere et mål, planlægge hvordan det opnås og udføre de nødvendige handlinger.
<i>Hallucinationer:</i>	Falske sanseindtryk, der opstår uden ydre påvirkning. Kan optræde i form af hørehallucinationer, hvor patienten hører lyde eller stemmer, som ikke fornemmes af raske. Kan også optræde i form af lugthallucinationer, hvor patienten kan lugte ting, som andre ikke kan, og taktile hallucinationer, hvor patienten fornemmer berøring.
<i>Injektion:</i>	Indsprøjtning.
<i>Mikstur:</i>	Tyktflydende væske. Kaldes også saft.
<i>Negative symptomer:</i>	Samlebetegnelse for symptomer som mangel på energi, følelsesaffladigelse, depression og tilbageslækning.
<i>Positive symptomer:</i>	Samlebetegnelse for symptomerne hallucinationer, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og ændret selvopfattelse.
<i>Psykoedukative grupper:</i>	Grupper af skizofrene patienter eller pårørende, hvor en professionel behandler underviser i sygdommen, dens årsager, symptomer og behandling.
<i>Psykoedukativt program:</i>	Det program der benyttes til patient - og pårørendeundervisningen om sygdommes årsager, symptomer og behandling.

<i>Psykosocial behandling:</i>	Psykoterapi: Behandlingsform, hvor man igennem samtale søger at fremme indsigt og ændre uhensigtsmæssig adfærd.
<i>Serotoninsystemet:</i>	System af nerveceller i hjernen, hvor stoffet serotonin fungerer som signalstof.
<i>Tardiv dyskinesi:</i>	Bivirkning. Sent optrædende bevægeforstyrrelse i form af ufrivillige bevægelser i mund, tunge og læber. Ses også sjældnere i lemmer og krop.
<i>Tilbagetrækning:</i>	Undgåelse af kontakt med andre.
<i>Vrangforestilling:</i>	Forkerte eller usandsynlige forestillinger som fastholdes på trods af logisk modargumentation. Det kan dreje sig om forfølgelsesforestillinger, depressive eller hypokondre forestillinger.

Patient- og pårørendeorganisationer

Landsforeningen SIND
Jernbane Allé 45, 3. sal
2720 Vanløse
Tlf: 35 24 07 50

Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI
Livjærgade 20
2100 København Ø
Tlf: 35 25 46 00
Fax: 35 25 46 01

Pårørendeforeningen af 1998
De sindslidendes netværk
Ryesgade 17
2200 København N
Tlf: 70 20 06 09
Fax: 35 35 07 41

Ovenstående henviser til nærmeste kontaktperson og mødested

Supplerende litteratur:

Jan Olav Johannessen
Psykosser – hvad er det?
PsyInfo 1999 (61.643)

Bent Brok
Samvær med mennesker med psykoseproblemer
– vejledning for pårørende og andre interesserede
Landsforeningen SIND

Claus Conrad
Den begyndende skizofreni
Munksgaard 2006

Henrik Day Povlsen et al
Psykiatri – en grundbog
Munksgaard 2004

Psykiatrifonden
Skizofreni – hvad vi i dag ved om en af de alvorligste sindslidelser
Psykiatrifondens Forlag 1997

Egne notater

[illegible]

Lundbeck Pharma A/S

Dalbergstrøget 5 · 2630 Taastrup

Telefon 43 71 42 70

Telefax 43 71 42 74

www.lundbeck-pharma.dk

