

Schizofreni har relativt sjelden vært omtalt i Tidsskriftet de siste årene. Redaksjonen har derfor utfordret forskjellige fagmiljøer til å oppdatere norske leger om denne viktige sykdommen. Resultatet presenteres i dette og de tre kommende numre av Tidsskriftet.

Schizofreni er samfunnsmessig den mest alvorlige sinnslidelsen. Årlig rammes 400–500 personer i Norge, ofte er det unge mennesker på terskelen til voksenlivet. Schizofreni er karakterisert ved en mangfoldighet av symptomer og varierende forløp. Det er fortsatt uavklart om vi står overfor flere ulike sykdommer eller om det dreier seg om ulike fremtredelsesformer av samme sykdom. Derfor brukes gjerne betegnelser som schizofreniene, det schizofrene syndrom eller det schizofrene spektrum. Den menneskelige lidelsen og de økonomiske kostnadene er store. I mange tilfeller blir pasientene invalidisert i en årrekke. Jan Olav Johannessen anslår de direkte og indirekte kostnadene ved sykdommen til 5 milliarder kroner per år (1).

Forskning innen flere disipliner har brakt kunnskapsfronten fremover de siste årene, likevel finnes det fortsatt ingen kurativ behandling for sykdommen. Kombinasjonen av antipsykotiske medikamenter, psykoterapi, familiepedagogiske tiltak og sosial ferdighetstrening ansees i dag for å være den beste behandling. Men det er behov for ytterligere forbedring av behandlings- og omsorgsmetodene.

Studier av den tidlige fasen av sykdommen har tiltrukket seg mye interesse. Norske forskere yter her et bidrag gjennom en multiserundersøkelse, det såkalte TIPS-prosjektet (tidlig intervensjon ved psykose), (1–3). Kan det tenkes at prognosen blir bedre dersom man setter inn tiltak på dette tidlige stadiet? Det virker rimelig. Sykdom som oppdages tidlig, f.eks. kreft, har bedre prognose enn om den oppdages sent. I de fleste tilfeller utvikles schizofreni gradvis. Det går ofte lang tid fra psykosen setter inn til pasientene kommer i behandling. Tiden som pasientene har en slik ubehandlet psykose, er i flere studier i gjennomsnitt 1–2 år (4). Å redusere denne tiden er den mest lovende strategien for tidlig intervensjon. TIPS-prosjektet har vist at det er mulig. I seg selv er dette en gevinst med tanke på de uheldige psykiske og sosiale virkningene av å gå med en ubehandlet psykose. Men fortsatt er det uavklart om prognosen av selve grunnlidelsen bedres. Dette spørsmålet vil forhåpentligvis bli besvart i løpet av de neste årene.

Genetisk og nevrobiologisk forskning spiller nå en stor rolle i feltet. Det har lenge vært klart at genetiske forhold bidrar ved schizofreni. En arvelig disposisjon er sann-

synligvis nødvendig for å utvikle sykdommen. Siden de fleste pasienter ikke har noen i nær slekt med schizofreni, må miljømessige faktorer også stå sentralt. Pasienter med schizofreni er f.eks. oftere født i de sene vintermånedene og er oftere født og oppvokst i byer enn friske kontrollpersoner. Det er fortsatt ikke avklart hva slike funn er uttrykk for. Både infeksjoner, ernæringsmessige, hygieniske, toksikologiske eller livsstilsmessige forhold kan være av betydning.

Da de første antipsykotiske medikamentene ble introdusert i 1950-årene, var det en revolusjon i psykiatrien. Endelig fikk man muligheter til å behandle akutte psykotiske symptomer og forebygge tilbakefall. Men å forebygge tilbakefall krever lang tid, kanskje livslang, behandling. Dette stiller strenge krav til medikamentene, og bivirkningene har vært et stort problem. Etter mange år med nesten stillstand i utviklingen, er det de siste ti år kommet en rekke nye såkalte atypiske antipsykotika på markedet (5). Disse annengenerasjonsantipsykotika er antakelig like effektive som, eller kanskje mer effektive enn, de konvensjonelle midlene. De gir færre ekstrapyramidale bivirkninger, men kan i stedet gi flere andre bivirkninger. Foreløpig finnes få undersøkelser om hvordan disse midlene virker i vanlig klinisk praksis eller om langtidseffekter. Likevel er de i ferd med å fortrenge de tradisjonelle medikamentene.

Ved moderne behandling oppnås vanligvis kontroll av de psykotiske symptomene. Men det innebærer ikke nødvendigvis en funksjonsforbedring sosialt, yrkesmessig eller i relasjoner til andre mennesker. Nettopp funksjonstapet har igjen fått økt oppmerksomhet de siste årene (6). Dette belyses også i Bjørn Rishovd Runds artikkel (3). Rehabilitering og rehabilitering av pasientene er en forsømt oppgave. Siden forløp og symptomer varierer så mye, må tiltakene skreddersys den enkelte pasient. Det er stor variasjon både pasienter imellom og i ulike sykdomsfaser for den enkelte pasient. De fleste trenger imidlertid hjelp og veiledning på sentrale livsområder som bolig, aktiviteter og nettverk. Trening i sosiale ferdigheter, hjelp til å skaffe meningsfylt arbeid og allianse med pasient og familie er av avgjørende betydning. Dette kan ikke vektlegges nok (6).

Schizofreni omtales som den mest gåtefulle sinnslidelsen. Pasientene kan på samme tidspunkt gi uttrykk for de mest forrykte ideer og samtidig dokumentere at deres intellekt er bevart (7). Mye forskning gjenstår innen et bredt spekter av områder for etiologi og patogenese ved schizofreni er forstått. En mulig forklaring til at forskningen ikke er

kommet lenger, er at man i for stor grad har studert samleggruppen schizofreni i stedet for å undersøke undergrupper av pasienter. Dette er heller ikke enkelt: Hvilke undergrupper finnes egentlig? Uansett står forskningsinnsatsen i Norge ikke i forhold til sykdommens samfunnsmessige betydning.

Heller ikke behandlingen av pasienter med schizofreni er tilfredsstillende i Norge. Overdødeligheten er stor, særlig for selvmord, og den har økt etter nedbyggingen av institusjonene (8). Sosial isolasjon og arbeidsledighet er hyppige problemer (9). Til tross for en pågående opptrappingsplan i psykiatri er pasienter som går ut og inn av behandlingsapparatet, høy andel tvangsinnleggelser, høyt nivå av tvangsmiddelbruk og kutt i psykiatribudsjettene virkelighetsbeskrivelser av norsk psykiatri (10). Dette rammer pasienter med schizofreni særlig hardt.

Erlend Hem

erlend.hem@basalmed.uio.no

Tidsskriftet

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

*Erlend Hem (f. 1970) er lege og fagredaktør i
Tidsskriftet.*

Litteratur

1. Johannessen JO. Schizofreni – omfang og betydning. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2011–4.
2. Larsen TK. Tidlig påvisning av schizofreni – er primærprofylakse mulig? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2015–8.
3. Rund BR. Nevrokognitive forstyrrelser ved schizofreni. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2019–22.
4. Ho BC, Andreasen NC. Long delays in seeking treatment for schizophrenia. Lancet 2001; 357: 898–900.
5. Lingjærde O. Psykofarmaka: medikamentell behandling av psykiske lidelser. 4. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2001.
6. Schultz SK, Andreasen NC. Schizophrenia. Lancet 1999; 353: 1425–30.
7. Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A, Reisby N, Kragh-Sørensen P. Klinisk psykiatri. 2. utg. København: Munksgaard, 2000.
8. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalisation. Br J Psychiatry 2001; 179: 438–43.
9. Melle I, Friis S, Hauff E, Vaglum P. Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies. Psychiatr Serv 2000; 51: 223–8.
10. Osvold SB. Fattigmanns trøst. Dagbladet 30.1.2002. www.dagbladet.no/nyheter/2002/01/30/309494.html (12.7.2002).