

Skitsofrenia

Keskeistä

- Yleisimpiä psykoottisia oireita ovat harha-ajatukset ja aistiharhat, varsinkin kuuloharhat.
- Psykoosin ennako- ja ensioireet pyritään tunnistamaan ajoissa. Ensimmäisiä merkkejä voivat olla vetäytyminen ihmissuhteista sekä työ- ja toimintakyvyn aleneminen.
- Potilas pyritään saamaan hoidon piiriin jo ennen ensimmäistä psykoosijaksoa.
- Hoito tapahtuu ensisijaisesti avohoidossa. Lääkehoitoon yhdistetään psykososiaalisia hoitomuotoja.
- Potilaan perheen ja muun lähiyhteistyön kytkeminen mukaan hoitoon on tärkeää.

Yleistä

- Skitsofrenia alkaa yleensä nuorella aikuisiällä.
- Skitsofrenian etiologiassa on biologisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä.
- Skitsofrenia ilmenee psyykkisten toimintojen hajoamisena, psykoottisina oireina, sosiaalisena eristytymisenä, ajattelun ja tunne-elämän häiriönä sekä toimintakyvyn heikkenemisenä.
- Ajattelun häiriöt ilmenevät ajatuksen katkeiluna, outoina assosiaatioina ja ajattelun konkretisoinnana.
- Tunne-elämän häiriöitä luonnehtivat usein latistuneisuus ja kapeutumisen tai tunneilmaisujen hajanaisuus ja epäohdonmukaisuus.

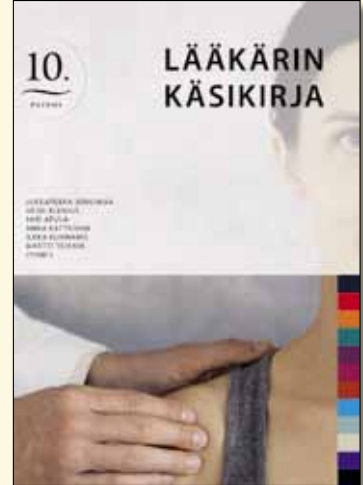
Oireet

- Skitsofrenian oireet jaetaan positiivisiin (aistiharhat, harhaluulot, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus) ja negatiivisiin (tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen,

- tahdottomuus sekä kyvyttömyys tuntea mielihyvää) oireisiin.
- Psykoottisista oireista yleisimpiä ovat harha-ajatukset ja aistiharhat.
- Psykoosin ennako-oireita ovat mm. tunne ympäristön outoudesta tai itsen muuttumisesta.
- Vetäytyminen ihmissuhteista sekä työ- ja toimintakyvyn aleneminen voivat olla skitsofrenian puhkeamisen ensimmäiset merkit.
- Akuuttivaiheessa ilmenee lähes aina aistiharhoja, yleisimmin kuuloharhoja. Myös somaattisia harhatuntemuksia voi olla, esim. tunne aivoissa olevasta laitteesta, samoin kuin hajuu- ja makuharhoja voi esiintyä.
- Näköharhat ovat epätavallisia ja voivat viitata aivo-organiseen häiriöön.
- Yleisimpiä harhaluuloja ovat vainoavat, suhteuttamis- ja kontrollioivat harhaluulot. Potilas voi kokea, että häntä seurataan tai vainotaan tai että häntä koskevia vihjailuja tai viestejä esiintyy sanomalehdissä tai radiossa tai häneen vaikutaan esim. telepaattisesti. Vaikeasti vainoharhainen potilas voi olla vaarallinen.
- Skitsofreniapotilaat kärsivät usein myös masennuksesta. Sekä akuuttivaiheessa että välittömästi psykoosista toipumisen jälkeen skitsofreniapotilas voi olla suisi-daalinen.
- Lähes poikkeuksetta skitsofreniaan liittyy opiskelu-, työ- ja toimintakyvyn sekä kognitiivisten toimintojen heikkeneminen.

Etiologia

- Skitsofrenian synty voidaan ymmärtää stressi-alttius-mallin pohjalta. Sen mukaan alttius on pe-



rinnöllistä ja/tai varhaiskehityksen aikana syntyneitä ja sairaus puhkeaa ulkoisen tai sisäisen stressin seurauksena.

- Perimä on tärkein altistava tekijä, mutta vain pienellä osalla skitsofreniaan sairastuneista on lähisuvussaan skitsofreniaa. Myös sikiöaikaisen kehityksen häiriöt, synnytykskomplikaatiot ja lapsuuden traumat voivat lisätä skitsofrenian riskiä.
- Potilaiden kyky suodattaa sisäisiä tai ulkoisia ärsykeitä voi olla heikentynyt. Tästä seuraa stressinsietokyvyn huononeminen ja oireilu jo normaaleissa elämäntilanteissa.
- Sairastumisen laukaiseva stressi voi olla aikuistumiseen tai parisuhteen syntyyn liittyvä kehityksellinen vaatimus tai toksinen tekijä, kuten alkoholin tai huumeiden (esim. kannabis) käyttö.

Epidemiologia

- Skitsofrenian vuosittainen ilmaantuvuus on n. 2 sairastunutta 1000 asukasta kohti ja esiintyvyyden n. 1 % väestöstä.

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ**
B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ
C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ
D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista

www.terveysportti.fi

Lääkärin käsikirja 7.1.2010

Jussi Hirvonen ja

Raimo K. R. Salokangas

© 2012 Kustannus Oy Duodecim

- Skitsofrenia puhkeaa miehillä aikaisemmin kuin naisilla ja johtaa usein syrjäytymiseen, naimattomuuteen, alhaiseen sosiaaliseen asemaan ja varhaiseen työkyvyn menettämiseen.

Diagnoosi

- Taudinmääritys, jonka suorittaa psykiatrian alan erikoislääkäri käyttäen hyväksi moniammatillista työryhmää, käsittää klinisen haastattelun, perhehaastattelun, lasten tilan arvion, somaattisen tutkimuksen, neuropsykologisen tutkimuksen sekä sosiaalisen toimintakyvyn arvion.
- Diagnoosi perustuu potilaan oireisiin ja häiriötyötyönsiin, niiden vähintään kuukauden mittaiseen kestoon sekä toimintakyvyn heikkenemiseen.
- Ennen sairastumistaan potilas usein kokee olonsa oudoksi tai epätodelliseksi, on ahdistunut ja masentunut sekä eristäytyy muista ihmisistä.
- Kliininen haastattelu on syytä tehdä rauhassa, myötäläen ja kiinnostuneesti. Potilaan kertomaan on syytä suhtautua neutraalisti.
- Somaattisella tutkimuksella ja laboratoriokeinoilla suljetaan pois psykoottista oirekuvaa aiheuttavat somaattiset sairaudet (mm. neurologiset ja endokrinologiset)

sekä päihteiden käytöstä johtuva psykoosi: akuutin huumepsykoosin oireet muistuttavat usein skitsofrenian oireita. Erotusdiagnostiset vaihtoehdot on pidettävä mielessä etenkin päivystysaikana.

Hoito

- Skitsofrenian hoidon tulee olla potilaslähtöistä, hänen yksilölliset tarpeensa huomioon ottavaa; hoidosta tulee neuvotella potilaan kanssa heti kun hänen tilansa sen sallii.
- Hoidon perustana on psykiatrian ja moniammatillisen työryhmän tekemään tutkimukseen perustuva kirjallinen yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka laaditaan vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen perheensä kanssa. Hoitosuunnitelma on syytä tarkistaa vuosittain.
- Skitsofreniapotilaan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on poistaa oireet tai lievittää niitä, estää uudet psykoosisjaksot tai vähentää niiden määrää ja vaikeusastetta sekä parantaa psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua.
- Hoito annetaan ensisijaisesti avohoidossa, ja siihen pyritään ottamaan mukaan myös potilaan perhe ja hänen muu lähiverkostonsa.
- Ymmärtävä, luottamuksellinen ja pitkään jatkuva hoitosuhde on skitsofreniapotilaan hoidon ja kuntoutuksen kulmakivi.
- Psykoosilääkehoito vähentää merkittävästi akuutin psykoosin oireita, uusia sairausjaksoja ja kuolleisuutta.
- Psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistäminen lääkehoitoon lievittää potilaan oireita, parantaa hänen psykososiaalista toimintakykyään ja estää uusia psykoosisjaksota ja sairaalahoitoja.

M1-LÄHETE

- Psykoottinen potilas on syytä lähettää, tarvittaessa tahdosta riippumatta (M1-läheteellä), sairaalaan, jos hän on itsetuhoinen tai väkival-

tainen, hänen käyttäytymistään ohjaavat voimakkaasti aistiharhat tai harhaluulot tai potilaan tutkiminen ja hoito eivät onnistu paikallisen avohoidon resurssein.

Lääkehoito

AKUUTTIHOITO

- Psykoosilääkkeet vähentävät tehokkaasti skitsofrenian positiivisia oireita. Negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin niiden vaikutus on vähäisempi. Vaikeaa ahdistusta voidaan lievittää bentsodiatsepiinilääkityksellä^B ja masentuneisuutta masenussäätöillä^C.
- Ensipsykoosin sairastuneen suositeltava vuorokausiannos vastaa 100–300 mg klooripromatsiinia, 8–24 mg perfenatsiinia, 2–4 mg risperidonia^B tai 7.5–15 mg^B olantsapiinia.
- Uusiutuneessa psykoosissa suositeltava vuorokausiannos vastaa 300–600 mg klooripromatsiinia, 24–32 mg perfenatsiinia, 4–6 mg risperidonia tai 10–30 mg olantsapiinia.
- Akuutissa psykoosissa levottomuustilassa käypä hoito on tsuklopentiksolili^B 50–100 mg i.m. mahdollisesti yhdistettynä lorasetapaamiin 2–4 mg i.m. tai 10 mg olantsapiinia i.m. Jos potilas ottaa lääkkeitä suun kautta, voi käyttää yhdistelmää 2 mg risperidonia ja 2 mg lorasetapaamia.
- Lääkitystä suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon potilaan aiemmat kokemukset lääkkeitä, koska eri potilaat ovat alttiita erityyppisille sivuoireille.
- Lääkeannosta asteittain muuttamalla pyritään pienimpään tehokkaaseen vuorokausiannokseen. Näin voidaan välttää lääkkeen aiheuttamat haittavaikutukset ja parantaa potilaan sitoutumista hoitoon.

PITKÄAIKAISHOITO

- Pitkäaikaispotilaan hoidossa lääkeannokset ovat yleensä selvästi

pienempiä kuin akuuttitilanteessa. Skitsofreniapotilaan pitkäaikaishoitossa vuorokausiannoksen tulisi olla 150–400 mg klooripromatsiinia^A vastaava määrä eli 8–24 mg perfenatsiinia^B, 2–5 mg risperidonia^B tai 10–20 mg olantsapiinia.

- Klotsapiini on muita psykoosilääkkeitä tehokkaampi hoitoresistentin skitsofrenian hoidossa, johon se on ensisijainen lääke. Se myös vähentää kuolleisuutta muita antipsykootteja enemmän.
- Psykoosivaiheen mentyä ohi lääkitystä vähennetään asteittain tiheästi seuraten. Kun ylläpitolääkityksen annos on saavutettu, lääkehoito voidaan antaa joko tabletteina tai pitkävaikutteisina injektioina.
- Pitkävaikutteinen injektiolääkitys voi olla käyttökelpoinen, varsinkin jos potilaan sairaudentunto on puutteellinen.
- Pitkävaikutteista injektiolääkitystä käytettäessä on suositeltavaa käyttää tavanomaista pienempiä kerta-annoksia, kuten 54–108 mg perfenatsiinidekanaoattia^B 2–4 viikon välein tai 25–50 mg risperidonia^C 2 viikon välein.
- Uusiutumsvaihetta estävää psykoosilääkehoitoa tulisi jatkaa 2–5 vuotta hoitovasteen saavuttamisen jälkeenkin^A riippuen oireiden vaikeusasteesta ja potilaan herkkyydestä ulkoisille elämäntapahetkille. Monen potilaan kohdalla tarvitaan jatkuva lääkehoito.
- Lääkitystä lopetettaessa sitä tulee vähentää hitaasti ja samalla seurata tiiviisti psykoosia ennakoivien oireiden tai käyttäytymishäiriöiden ilmaantumista^B, jolloin lääkitys palautetaan aiemmalle tehokkaalle tasolle.

OHEISLÄÄKKEET

- Bentsodiatsepiinilääkitystä voidaan käyttää ahdistuneen potilaan hoidossa. Psykoosilääkitykseen voidaan lisätä esim. diatsepaamia 10–30 mg vuorokaudessa. Akuutin ahdistuksen laannuttua bentsodiat-

sepiinilääkitys lopetetaan.

- Skitsofreniapotilaan masennusta hoidetaan liittämällä masennuslääkitys mukaan hoitoon^B. Tällöin selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät ovat suositeltavampia kuin trisykliset masennuslääkkeet.
- Skitsoaffectiivisessa sairaudenkuvassa voidaan lääkehoitoon liittää mielialaa tasaava lääkitys (esim. litium^B tai valproaatti^C).

LÄÄKITYKSEN

HAITTAVAIKUTUKSET

- Psykoosilääkkeen aiheuttamat akuutit neurologiset haittavaikutukset on syytä hoitaa antikolinergisellä parkinsonismilääkkeellä (esim. 2–6 mg biperideeniä), minkä jälkeen lääkitys tai sen annos muutetaan siten, että haittavaikutukset jäävät pois eikä parkinsonismilääkettä tarvitse enää jatkaa.
- Psykoosilääkkeiden pitkäaikaiskäyttöön liittyy haittavaikutuksia, joita saattaa ilmetä useissa eri elinjärjestelmissä.
- Kaikkien psykoosilääkkeiden ja erityisesti ensimmäisen polven psykoosilääkkeiden käyttöön voi liittyä parkinsonismia ja ekstrapyramidaalioireita, kuten jäykkyyttä, dystoniaa tai akatisiaa. Erityisesti on huomioitava suun, kielen, silmien sekä kaulan lihaksiston pakkoliikkeet. Sivoireet ovat erikoislääkärin konsultaation aihe.
- Erityisesti toisen polven psykoosilääkkeiden, mutta myös perinteisten suuriannosneuroleptien käyttöön voi liittyä metabolisina haittavaikutuksina painonnousua, veren sokeriarvojen nousua, insuliiniresistenssiä, tyyppin 2 diabetesta^C sekä veren rasva-arvojen nousua. Toisen polven psykoosilääkkeissä voi olla eroja näiden haittavaikutusten suhteen: klotsapiinin ja olantsapiinin^C käyttöön niitä liittyy merkittävästi, sertindolin, risperidonin ja ketiapiinin käyttöön kohdallaisesti, kun taas tsiprasidonin ja aripipratsolin^C käyttöön ei vähä-

sen tutkimustiedon perusteella liity merkittävässä määrin metabolisia haittavaikutuksia. Perinteisistä psykoosilääkkeistä perfenatsiinin käyttöön ei liity merkittävää painonnousua eikä sepelvaltimotaudin riskin kohoamista.

- Metabolisten haittavaikutusten ehkäisemisen ja varhaisen toteamisen mahdollistamiseksi suositellaan potilaan somaattisen tilan seuranta: paino ja painoindeksi, vyötärön ympärysmitta, verenpaine sekä plasman glukoosi- ja rasva-arvot.
- Kaikki psykoosilääkkeet (etenkin sertindoli^B ja tsiprasidoni) voivat pidentää QTc-aikaa. Tämän vuoksi potilaalta on syytä ottaa EKG ennen psykoosilääkkeen aloittamista, lääkettä vaihdettaessa ja aina sydänoireiden ilmaannuttua.
- Kaikkien psykoosilääkkeiden käyttöön liittyy pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymän riski.

Somaattisten sairauksien hoito

- Skitsofreniapotilailla esiintyy keskimääräistä enemmän somaattisia sairauksia, joista osa johtuu epäterveellisistä elämäntavoista (tupakointi, alkoholi, yksipuolinen dieetti). Hoidossa tuleekin pyrkiä edistämään potilaiden terveitä elämäntapoja, seuraamaan tiiviisti heidän somaattisessa tilassaan tapahtuvia muutoksia sekä hoitamaan aktiivisesti heidän somaattisia sairauksiaan. Erityistä huomiota tulee kiinnittää sydän- ja verisuonisairauksiin, aineenvaihduntasairauksiin (diabetes) ja hengityselinsairauksiin.

Psykososiaaliset hoidot

PERHE

- Akuuttiin psykoosiin sairastuneen potilaan perhe ja lähiverkosto on syytä ottaa mahdollisimman pian mukaan hoidon piiriin. Myös perheen lapsille järjestetään heidän tarvitsemansa tuki ja hoito.

Perheen mukanaolo hoidossa voi parantaa hoitoon sitoutumista, edistää potilaan kuntoutusta ja auttaa omaisia kriisiin yli ^C.

- Koulutuksellisen psykoterapian keinoin pyritään lisäämään omaisten tietoa skitsofreniasta ja sen hoidosta sekä vähentämään heidän ylikriittistä ja emotionaalisesti kahlitsevaa asennoitumistaan potilaaseen.

PSYKOTERAPIA

- Psykodynaamiseen ymmärrykseen perustuva luottamuksellinen ja pitkäjänteinen hoitosuhde toimii skitsofrenian hoidossa tärkeänä psykoterapeuttisena tukena.
- Kognitiivis-behavioraalaisella terapialla ^C voidaan vähentää skitsofreniapotilaan oireita ja parantaa hänen toimintakykyään: siksi se on suositeltava yksilöterapian muoto psykoottisesti oireilevalle skitsofreniapotilaalle.
- Koulutuksellinen psykoterapia vähentää skitsofrenian oireita, parantaa lääkehoidon toteutumista, skitsofreniapotilaiden sosiaalista toimintakykyä ja heidän perheiden sä hyvinvointia sekä vähentää psykoosin uusiutumista.
- Koulutuksellinen psykoterapia yhdistettynä muihin hoitomuotoihin ja psykoosin ennako-oireiden seurantaan vähentää sairauden uusiutumista ja sairaalahoidon tarvetta ^B.

KUNTOUTUS

- Sosiaalisten taitojen harjoittelu parantaa skitsofreniapotilaan sosiaalisia taitoja ja sosiaalista toimintakykyä.
- Tuettu työllistyminen ("sijoita ja valmenna") voi parantaa skitsofreniapotilaan työllistymistä ja selviytymistä avoimilla työmarkkinoilla. Yhdessä työviranomaisten ja työnantajien kanssa osatyökykyisille skitsofreniapotilaille tulisikin aktiivisesti pyrkiä järjestämään mahdollisesti tuettuja työtilaisuuksia.

Hoidon porrastus

- Työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä määrittyy paikallisten olojen ja valmiuksien pohjalta.
- Ensimmäistä kertaa hoitoon tuleva skitsofreniapotilas tulee lähettää erikoissairaanhoidon.
- Huonossa hoitotasapainossa oleva skitsofreniapotilas kuuluu erikoissairaanhoidon piiriin. Hyvässä hoitotasapainossa olevan potilaan hoito voidaan hyvin toteuttaa perusterveydenhuollossa tarvittaessa psykiatria konsultoiden.
- Klotsapiinihoito aloitetaan erikoissairaanhoidossa. Jatkohoito ja siihen liittyvä veren neutrofiilien seuranta voi tapahtua perusterveydenhuollossa.

Ennuste

- Skitsofrenia on vakava ja pitkäaikainen sairaus, mutta sen ennuste ei ole välttämättä huono. Sen kulku on usein vaihteleva: potilas on toistuvasti psykoottinen, mutta psykoosien väliaikoina hän voi olla lähes oireeton.
- Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus on 2–3-kertainen normaaliväestöön verrattuna, mutta antipsykoottisella lääkityksellä kuolleisuutta voidaan vähentää n. 20 %:lla.
- Normaaliiväestöä suurempi kuolleisuus painottuu nuoriin ikäryhmiin, joissa se johtuu pääasiassa itsemurhasta, joiden yleisyys normaaliväestöön verrattuna on 20-kertainen. Myös sydän- ja verisuonisairauksista sekä metabolisista ja hengityselinsairauksista johtuvat kuolemat ovat skitsofreniapotilailla normaaliiväestöä yleisempiä.
- Yli puolet skitsofreniaan sairastuneista toipuu suhteellisen hyvin ja vain noin kymmenesosa tarvitsee toisten apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista.
- Hoidon tarve pysyy kuitenkin suurena.

Kirjallisuutta

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007 Jan;64(1):19-28.
2. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009 Aug 22;374(9690):620-7.
3. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I, et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *J Psychopharmacol* 2007 Jun;21(4):357-73.
4. Daumit GL, Goff DC, Meyer JM, et al. Antipsychotic effects on estimated 10-year coronary heart disease risk in the CATIE schizophrenia study. *Schizophr Res* 2008 Oct;105(1-3):175-87.
5. Bond GR. Principles of the individual placement and support model: empirical support. *Psychiatr Rehab J* 1998;22:11-23
6. Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005 Oct;31(4):931-41.
7. Sailas E, Selkama S, Joffe G. Työ teki jäänsä kiittää – tuettu työllistyminen osana skitsofreniapotilaiden kuntoutumista. *Duodecim* 2007;123:2083-90
8. Suvisaari J. Uutta skitsofrenian riskitekijöistä. *Duodecim* 2010;126(8):869-76