



# Skitsofrenia

## Mitä uutta päivityksessä?

- Psykoosin ennakko-oireiden aktiivisesta lääkähoidosta ja psykososiaalisesta hoidosta on uutta tutkimusnäyttöä.
- Skitsofreniapotilaiden masennuksen hyvään hoitoon on edelleen kiinnitettävä huomiota.
- Metabolinen oireyhtymä on yleinen skitsofreniapotilailla.
- Sosiaalisten taitojen harjoittelusta, koulutuksellisista perheinterventioista, kognitiivisesta kuntoutuksesta ja tuetusta työllistymisestä on vahvaa tutkimusnäyttöä.
- Skitsofreniapotilaan läheiset on tärkeä huomioida.

## Keskeinen sisältö

Skitsofrenia on vakava ja monimuotoinen sairaus, jonka hoito perustuu pitkäjärjenteeseen, luottamukselliseen hoitosuhteeseen ja säännöllisesti tarkistettavaan hoitosuunnitelmaan. Lääkehoito, jossa pyritään pienimpään tehokkaaseen annokseen, psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen eri muodot sekä työ kuntoutuksen ja tuetun työllistymisen edistäminen ovat hoidossa keskeisiä.

Pitkäaikaishoidossa tärkeitä ovat potilaiden aktiivinen tukeminen hoitoon sitoutumiseen, mielekäs päiväohjelma ja sosiaaliset suhteet, potilaiden integroiminen yhteiskuntaan, joustavat palvelut kriisitilanteissa sekä somaattisen terveyden edistäminen. Alueelliset hoitopalvelut tulee järjestää siten, että eriasteisesti häiriintyneet potilaat saavat tarpeitaan vastaavan hoidon ja kuntoutuksen joustavasti ja integroidusti.

**Psykoosin ennakko-oireet.** Psykoosin puhkeamista edeltää yleensä ei-psykoottisten

ja lievien psykoottisten oireiden värjittämä prodromaalivaihe. Skitsofrenian ehkäisyssä pääpaino on ennakko-oireiden tunnistamisessa ja oireilevien varhaisessa hoidossa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää nuoriin, joiden lähisuvussa esiintyy psykooseja ja joilla ilmenee psyykkisiä oireita tai joiden toimintakyky heikkenee.

Psykoosilääkitys ilmeisesti siirtää psykoottisen häiriön puhkeamista riskipotilailla<sup>B</sup>. Myös kognitiivis-behavioraalisella psykoterapialla<sup>C</sup> ja omega-3-rasvahapoilla<sup>C</sup> saattaa olla mahdollista estää tai siirtää psykoosin puhkeaminen psykoosivaarassa olevilla ja vähentää heillä esiintyviä psykoottisia oireita.

Psykoosilääkkeen yhdistäminen psykososiaaliseen interventioon saattaa vähentää psykoottista ja muuta oireilua ja edistää toimintakykyä psykoosiriskissä olevilla potilailla<sup>C</sup>. Useita psykososiaalisia hoitomuotoja sisältävä integroitu interventio ilmeisesti pienentää psykoottisen häiriön riskiä varhaisvaiheen prodromaalioireilevilla potilailla<sup>B</sup>.

## Hoito ja kuntoutus

**Lääkehoito.** Kaikki Suomessa käytössä olevat psykoosilääkkeet ovat tehokkaita skitsofrenian akuutissa vaiheessa, pitkäaikaishoidossa ja uusien psykoosivaiheiden estossa<sup>A</sup>. Lääkityksen valinnassa tulee ottaa huomioon potilaan muu lääkitys ja yksilöllinen herkkyys haittavaikutuksille. Akuutissa psykoottisessa levottomuustilassa aikuispotilaalle voidaan antaa esimerkiksi 2 mg loratsepaamia yhdistettynä 2 mg:aan risperidonia tai 5–10 mg:aan olantsapiinia, jos lääkkeet voidaan ottaa suun kautta. Ensipsykoosin hoidossa suositeltava vuorokausiannos on esimerkiksi 8–24 mg perfenatsiinia, 2–4 mg risperidonia tai 7,5–15 mg olantsapiinia. Uusiutuneessa psykoosissa vuorokausiannokset ovat hieman suurempia. Kun psykoosin akuutti vaihe on ohi, lääkähoidossa

tulee pyrkiä pienimpään tehokkaaseen vuorokausilääkeannokseen yhdellä lääkevalmisteella.

Klotsapiinin muita psykoosilääkkeitä parempaa tehoa lukuun ottamatta eri lääkeryhmien välillä ei ole ollut suuria tehoeroja skitsofreniaa sairastavien hoidossa, kun on käytetty vertailukelpoisia annoksia ja yksilöllistä lääkevalintaa ja annostelua<sup>A</sup>. Uudemmissa psykoosilääkkeillä on ilmeisesti pieniä tehoeroja, ja niiden haittavaikutukset ovat erilaisia. Osa uudemmista psykoosilääkkeistä on ilmeisesti haloperidolia tehokkaampia skitsofrenian negatiivisten<sup>B</sup> ja affektiivisten<sup>B</sup> oireiden hoidossa. Masennuslääkehoidon käyttö psykoosilääkehoidon rinnalla ilmeisesti parantaa negatiivisten oireiden hoitovastetta<sup>B</sup>.

Uusiutumisasihoita estävää psykoosilääkehoidoa tulisi ensipsykoosin jälkeen jatkaa 2–5 vuotta hoitovasteen saavuttamisen jälkeenkin<sup>B</sup>.

**Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot.** Koulutuksellisen terapian yhdistäminen muihin hoitomuotoihin ja psykoosin ennako-oireiden seurantaan vähentää sairauden uusiutumista ja sairaalahoidon tarvetta<sup>A</sup>. Paras näyttö koulutuksellisen terapian vaikuttavuudesta on saatu, kun potilaiden lisäksi terapiaa on annettu myös heidän omaisilleen<sup>A</sup>.

Kognitiivis-behavioraalinen terapia ilmeisesti lievittää skitsofreniapotilaiden positiivisia ja negatiivisia oireita<sup>B</sup>. Ryhmämuotoista, tavoitteellista hoitoa suositellaan käytettävän mm. terveiden elintapojen edistämiseen<sup>B</sup>. Koulutukselliset perheinterventiot pienentävät psykoosirelapsin riskiä ja sairaalahoidojen määrää ja lisäävät lääkemyöntyvyyttä<sup>A</sup>. Ryhmässä toteutettava kognitiivis-behavioraalinen terapia<sup>C</sup>, vertaisryhmät<sup>C</sup> ja häpeäleiman purkamiseen tarkoitettu ryhmähoito<sup>C</sup> soveltuvat osaksi hoitoa. Luovia ja psykofyysisiä terapiota ja liikuntaa voidaan käyttää lisähoitona.

Sosiaalisten taitojen suunnitelmallinen harjoittelu kohentaa skitsofreniapotilaiden sosiaalisia taitoja ja sosiaalista toimintakykyä<sup>A</sup>. Kognitiivinen kuntoutus edistää skitsofreniapotilaiden toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta, sanallista muistia ja sosiaalista kognitiota ja kohentaa muuhun kuntoutukseen yhdistettynä toimintakykyä<sup>A</sup>. Kognitiivisen kuntou-

tuksen yhdistäminen työ kuntoutukseen tai tuettuun työllistymiseen ilmeisesti parantaa skitsofreniapotilaiden työllistymismahdollisuuksia ja työsuoriutumista<sup>B</sup>. Tuettu työllistäminen (sijoita ja kuntouta) edistää skitsofreniapotilaiden työllistymistä ja selviytymistä avoimilla työmarkkinoilla<sup>A</sup>.

## Hoidon järjestäminen

Skitsofreniapotilaita hoidetaan ensisijaisesti avohoidossa. Tehostettu palveluohjaus saattaa vähentää skitsofreniapotilaiden sairaalahoitoa, sitouttaa hoitoon ja sosiaalista tavanomaista hoitoa tehokkaammin<sup>C</sup>. Tavanomaiseen avohoitoon verrattuna työryhmäpohjainen tehostettu avohoito saattaa vähentää skitsofreniapotilaiden sairaalahoitajaksojen määrää ja lyhentää niiden kestoa<sup>C</sup>. Lyhyet suunnitelmalliset sairaalahoitot eivät ilmeisesti johda sairaalahoitojen uusiutumiseen tai hoitojärjestelmän ulkopuolelle ajautumiseen<sup>B</sup>. ■

**RAIMO K.R. SALOKANGAS (puheenjohtaja)**  
**LAURI TUOMINEN**  
**HANNU KOPONEN**  
**TANJA LAUKKALA**  
**JORMA OKSANEN**  
**SAMI PIRKOLA**  
**ULLA SAXEN**

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä

## Summary

### Update on Current Care Guidelines: Schizophrenia

Early recognition and treatment of persons at risk of psychosis is emphasized in the updated Current Care Schizophrenia guideline. Antipsychotic medication is effective in the treatment. To avoid side-effects, the lowest possible effective dosage is recommended. Psychosocial interventions, such as cognitive-behavioral therapy, psychoeducation and social skills training, as well as cognitive rehabilitation should be integrated with other treatments according to patient's individual needs. Supported employment is a feasible option to some patients. Care of people with schizophrenia is primarily offered in an outpatient setting.