

Lauri Tuominen ja Raimo K. R. Salokangas

Skitsofrenia

Keskeistä

- Psykoosin ennako- ja ensioireet pyritään tunnistamaan ajoissa. Potilas pyritään saamaan hoidon piiriin jo ennen ensimmäistä psykoosijaksoa.
- Hoidon tavoitteena on oireiden poistaminen tai niiden lievittäminen, uusien psykoosijaksojen ehkäisy sekä psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen.
- Hoito koostuu lääkehoidosta sekä siihen yhdistetyistä psykososiaalisista hoitomuodoista. Hoitoa annetaan ensisijaisesti avohoidossa.
- Pitkäaikaishoidossa on tärkeää potilaan aktiivinen hoitoon sitouttaminen, somaattinen terveydenhuolto ja joustavat palvelut kriisitilanteissa.

Etiologia

- Skitsofrenian synty voidaan ymmärtää stressi–alttius-mallin pohjalta. Sen mukaan alttius on perinnöllistä ja/tai varhaiskehityksen aikana syntynyttä ja sairaus puhkeaa stressitekijän seurauksena.
- Perimä on tärkein altistava tekijä, mutta vain pienellä osalla skitsofreniaan sairastuneista on lähisuvussaan skitsofreniaa. Myös sikiöaikaisen kehityksen häiriöt, synnytyskomplikaatiot ja lapsuuden traumat voivat lisätä skitsofrenian riskiä.
- Sairastumisen laukaiseva stressi voi olla aikuistumiseen, koulu-

asteelta toiseen siirtymiseen, parisuhteen syntyyn tai työhön liittyvä kehityksellinen vaatimus tai toksinen tekijä, kuten huumeiden käyttö.

Epidemiologia

- Skitsofrenia alkaa yleensä nuorella aikuisiällä, miehillä aikaisemmin kuin naisilla.
- Skitsofrenian vuosittainen ilmaantuvuus on n. 2 sairastunutta 1 000 asukasta kohti ja esiintyvyyttä n. 0.5–1.5 % väestöstä.
- Suomessa on n. 50 000 skitsofreniapotilasta.

Prodromaalivaihe

- Psykoosia edeltävä jakso, jonka aikana esiintyy yleisoireita, kuten ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, sekä lieviä psykoottisia oireita, kuten tunnetta ympäristön tai itsen muuttumisesta, seurattuna tai tarkkailtuna olemisesta tai lyhytaikaisia aistihairahduksia tai -harhoja.
- Vetäytyminen ihmissuhteista sekä työ- ja toimintakyvyn aleneminen voivat olla skitsofrenian puhkeamisen ensimmäiset merkit erityisesti henkilöillä, joilla on suvussa skitsofreniaa.
- Prodromaalivaiheen ensisijaiseksi hoidoksi suositellaan kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa ja, mikäli prodromaalioireet ovat vaikea-asteisia tai progressiivisia, psykoterapiaan liitettyä toisen polven psykoosilääkettä. Psykoosilääkitystä suositellaan



käytettäväksi ensisijaisena, jos prodromaalioireiluun liittyy itsetuhoisuutta tai kognitiivinen hajanaisuus estää psykoterapeuttisen intervention. Varhain aloitetulla hoidolla voidaan siirtää psykoosin puhkeamista.

- Prodromaalioireistoa epäiltäessä potilas on syytä ohjata erikoissairaanhoidon arvioitavaksi.

Diagnoosi

- Taudinmääritys, jonka suorittaa psykiatrian erikoislääkäri käyttäen hyväksi moniammatillista työryhmää, käsittää klinisen haastattelun, perhehaastattelun, somaattisen tutkimuksen ja neuropsykologisen tutkimuksen.
- Alkuarvioon sisältyy myös potilaan sosiaalisen ja ammatillisen toimintakyvyn arvio sekä hänen lastensa tilan arvio.
- Diagnoosi perustuu skitsofrenialle tyypillisten oireiden vähintään

kuukauden mittaiseen keston ja toimintakyvyn heikkenemiseen.

- Somaattisella tutkimuksella ja laboratoriokokein suljetaan pois psykoottista oirekuvaa aiheuttavat somaattiset sairaudet (mm. neurologiset ja endokrinologiset) sekä päihteiden käytöstä johtuva psykoosi.

Oireet

- Skitsofrenian oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin.
- Akuuttivaiheessa ilmenee lähes aina aistiharhoja, yleisimmin kuuloharhoja.
- Skitsofreniaan liittyy usein myös masennusta ja ahdistuneisuutta.
- Sekä akuutissa vaiheessa että välittömästi psykoosista toipumisen jälkeen skitsofreniapotilas voi olla itsetuhoinen.
- Skitsofreniaan liittyy lähes poikkeuksetta ihmissuhteista vetäytymistä sekä opiskelu-, työ- ja toimintakyvyn ja kognitiivisten toimintojen heikkenemistä.

SKITSOFRENIAN POSITIIVISET

OIREET (AISTIHARHAT,

HARHALUULOT JA HAJANAISUUS)

- Tyypillisiä aistiharhoja ovat kuuloharhat, erityisesti potilaan toimintaa kommentoivat sekä keskenään keskustelevat äänet. Aistiharhat voivat olla myös somaattisia harhatuntemuksia, esim. tunne aivoissa olevasta laitteesta. Myös haju- ja makuharhoja saattaa esiintyä.
- Näköharhat ovat epätavallisia ja voivat viitata aivoperäiseen orgaaniseen häiriöön.
- Yleisimpiä harhaluuloja ovat vainoavat harhat, suhteuttamisharhat ja harhat kontrolloituna olemisesta. Potilas voi kokea, että häntä seurataan tai vainotaan tai että häntä koskevia vihjailuja tai viestejä esiintyy sanomalehdissä tai radiossa tai häneen vaikute-

taan esim. telepaattisesti. Vaikeasti vainoharhainen potilas voi olla vaarallinen.

- Hajanaisuus ilmenee ajatuksen katkeiluna, outoina assosiaatioina ja ajattelun konkretisoitumisena.

SKITSOFRENIAN NEGATIIVISET

OIREET

- Tunne-elämän häiriöitä luonnehtivat usein latistuneisuus ja kapeutumisen, tai tunne-elämä voi olla hajanainen ja epäjohdonmukainen.
- Myös puheen köyhtymistä, tahdottomuutta ja kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää saattaa esiintyä.

SKITSOFRENIAN KOGNITIIVISET

OIREET

- Kognitiivisia puutosoireita saattaa esiintyä mm. tarkkaavuuksessa, toiminnanohjauksessa, muistissa, tiedon prosessoinnissa ja havainnoinnissa sekä yleisessä kognitiivisessa suorituskyvyssä.

Hoito

- Ymmärtävä, luottamuksellinen ja pitkään jatkuva hoitosuhde on skitsofreniapotilaan hoidon ja kuntoutuksen kulmakivi.

- Skitsofreniapotilaan hoidon tulee olla potilaslähtöistä, hänen yksilölliset tarpeensa huomioon otettavaa. Hoidosta tulee neuvotella potilaan kanssa, ellei hän ole sairautensa vuoksi kykenemättömän ottamaan siihen kantaa.
- Hoidon perustana on kirjallinen hoitosuunnitelma, joka on syytä määrävlein tarkistaa.
- Skitsofreniapotilaan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on poistaa oireet tai lievittää niitä, estää uudet psykoosijaksot tai vähentää niiden määrää ja vaikeusastetta sekä parantaa psykososiaalista työ- ja toimintakykyä sekä elämänlaatua.
- Hoito annetaan ensisijaisesti avohoidossa, ja siihen pyritään ottamaan mukaan myös potilaan perhe ja hänen muu lähiverkostonsa.
- Psykosiläkehoito vähentää merkittävästi akuutin psykoosin oireita, uusia sairausjaksoja ja kuolleisuutta.
- Psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistäminen lääkehoitoon lievittää potilaan oireita, parantaa hänen psykososiaalista toimintakykyään ja estää uusia psykoosijaksoja ja sairaalahoitoja.

AKUUTTIHOITO

- Vaikeasti psykoottinen potilas on syytä lähettää sairaalaan. Jos potilas on itsetuhoinen tai väkivaltainen, jos hänen käyttäytymistään ohjaavat voimakkaasti aistiharhat tai harhaluulot tai jos potilaan tutkiminen ja hoito eivät onnistu paikallisen avohoidon resursein, hänet lähetetään sairaalahoitoon, tarvittaessa tahdosta riippumatta (M1-lähetteellä).
- Akuutissa psykoottisessa levottomuustilassa voidaan antaa esim. 2 mg risperidonia tai 5–10 mg olantsapiinia suun kautta tai haloperidolia 5–10 mg lihakseen.

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

Lauri Tuominen ja

Raimo K. R. Salokangas

© 2016 Kustannus Oy Duodecim

Lääkitykseen voidaan yhdistää bentsodiatsepiini ^C (esim. loratsepaami 2–4 mg suun kautta tai lihakseen).

Lääkehoito

PSYKOOSIVAIHE

- Psykoosilääkkeet vähentävät tehokkaasti skitsofrenian positiivisia oireita. Negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin niiden vaikutus on vähäisempi.
- Ensipsykoosiin sairastuneen suositeltava vuorokausiannos on esim. 8–24 mg perfenatsiinia, 2–4 mg risperidonia tai 7.5–15 mg olantsapiinia.
- Uusiutuneessa psykoosissa suositeltava vuorokausiannos on esim. 24–32 mg perfenatsiinia, 4–6 mg risperidonia tai 10–30 mg olantsapiinia.
- Lääkitystä suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon potilaan aiemmat kokemukset lääkkeitä, koska eri potilaat ovat alttiita erityyppisille haittavaikutuksille.
- Lääkeannosta asteittain muuttamalla pyritään pienimpään tehokkaaseen vuorokausiannokseen. Näin voidaan välttää lääkkeen aiheuttamat haittavaikutukset ja parantaa potilaan sitoutumista hoitoon.

YLLÄPITOHOITO

- Psykoosivaiheen mentyä ohi lääkitystä vähennetään asteittain tiheästi seuraten. Kun ylläpitolääkityksen annos on saavutettu, lääkahoito voidaan antaa joko tabletteina tai pitkävaikutteisina injektioina.
- Pitkäaikaispotilaan hoidossa lääkannokset ovat yleensä selvästi pienempiä kuin akuuttitilanteessa. Skitsofreniapotilaan pitkäaikashoidossa vuorokausiannos on esim. 8–24 mg perfenatsiinia ^C, 2–5 mg risperidonia ^B tai 10–20 mg olantsapiinia.
- Klotsapiini on muita psykoosi-

lääkkeitä tehokkaampi lääke.

Se myös vähentää kuolleisuutta muita psykoosilääkkeitä enemmän. Klotsapiinilääkitys on ensisijainen hoito muulle lääkitykselle resistentin skitsofrenian hoidossa.

- Pitkävaikutteinen injektioilääkitys voi olla käyttökelpoinen, varsinkin jos potilaan sairaudentunto on puutteellinen.
- Pitkävaikutteisista injektioilääkitystä käytettäessä on suositeltavaa käyttää tavanomaista pienempiä kerta-annoksia, esim. 25–50 mg risperidonia 2 viikon välein, paliperidonia 50–100 mg tai aripipratsolia 300–400 mg kuukauden välein.
- Usein skitsofreniapotilaan hoidossa tarvitaan pysyvä lääkahoito. Uusiutumsvaihetta estävää psykoosilääkettä tulisi jatkaa vähintään 2–5 vuotta hoitovasteen saavuttamisen jälkeenkin ^A.
- Lääkitystä lopetettaessa sitä tulee vähentää hitaasti, ja samalla on seurattava tiiviisti psykoosia ennakoivien oireiden tai käyttäytymishäiriöiden ilmaantumista, jolloin lääkitys palautetaan aiemalle tehokkaalle tasolle.

OHEISLÄÄKKEET

- Skitsofreniapotilaan kliininen masennus tulee hoitaa masennuksen yleisten hoitoperiaatteiden mukaisesti. Masennuksen hoidossa serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet ja mirtatsapiini ovat suositeltavampia kuin trisykliset masennuslääkkeet.
- Lyhytaikaista bentsodiatsepiinilääkitystä voidaan käyttää ahdistuneen potilaan hoidossa ^D.
- Pidempään käytettynä bentsodiatsepiinilääkityksen haitat ovat hyötyjä suuremmat.
- Skitsoaffectiivisessa sairauden kuvassa voidaan lääkahoitoon liittää mielialaa tasaava lääkitys (esim. litium tai valproaatti).

LÄÄKITYKSEN

HAITTAVAIKUTUKSET

- Psykoosilääkkeiden käyttöön voi liittyä parkinsonismia ja ekstrapyramidaalioireita, kuten jäykkyyttä, dystoniaa tai akatisiaa. Erityisesti on huomioitava suun, kielen, silmien sekä kaulan lihaksiston pakkoliikkeet. Sivuoireet ovat erikoislääkärin konsultation aihe.
- Psykoosilääkitykseen liittyy painonnousua, veren sokeriarvojen nousua, insuliiniresistenssiä, tyyppi 2 diabetesta ^C sekä veren rasva-arvojen nousua.
- Kaikki psykoosilääkkeet, mutta etenkin sertindoli ^B ja tsiprasidoni, voivat pidentää QTc-aikaa.
- Kaikkien psykoosilääkkeiden käyttöön liittyy pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymän riski.
- Psykoosilääkkeen aiheuttamat akuutit neurologiset haittavaikutukset on syytä hoitaa tilapäisellä antikolinergisellä lääkkeellä (esim. 2–6 mg biperideeniä), mikä jälkeen psykoosilääkitys tai sen annos muutetaan siten, että haittavaikutukset jäävät pois.
- Metabolisten haittavaikutusten ehkäisemiseksi, varhaiseksi toteamiseksi ja hoidon aloittamiseksi potilaan somaattista tilaa on seurattava säännöllisesti: painoindeksi, vyötärön ympärysmitta, verenpaine sekä glukoosija rasva-arvot.

PSYKOTERAPIA

- Kaikkien psykoosipotilaiden käypään hoitoon kuuluu koulutuksellinen psykoterapia (psykoedukaatio).
- Koulutuksellinen psykoterapia vähentää skitsofrenian oireita, parantaa lääkehoidon toteutumista, skitsofreniapotilaiden sosiaalista toimintakykyä ja heidän perheidensä hyvinvointia sekä vähentää psykoosin uusiutumista.

- Koulutuksellinen psykoterapia yhdistettynä muihin hoitomuotoihin ja psykoosin ennakkoon oireiden seurantaan vähentää sairauden uusiutumista ja sairaalahoidon tarvetta^C.
- Kognitiivis-behavioraalisella terapialla^C voidaan vähentää skitsofreniapotilaan oireita ja parantaa hänen toimintakykyään. Siksi se on suositeltava yksilöterapian muoto skitsofreniapotilaalle.

PERHE

- Skitsofreniapotilaan perhe ja lähiverkosto on syytä ottaa mukaan hoitoon. Perheen mukanaolo parantaa hoitoon sitoutumista, edistää potilaan kuntoutusta ja auttaa omaisia kriisiin yli^C.
- Koulutuksellisen psykoterapian ulottaminen perheeseen vähentää potilaiden psykoosirelapseja ja sairaalahoidon määrää sekä lisää lääkemyöntyvyyttä.
- Myös perheen lasten tilanne tulee selvittää ja ryhtyä tilanteen vaatimiin toimenpiteisiin yhteistyössä lastenpsykiatrian ja sosiaaliviranomaisten kanssa.

KUNTOUTUS

- Kaikkien skitsofreniapotilaiden mahdollisuus ammatilliseen kuntoutukseen on selvítettävä ja sen toteuttamista tuettava.
- Tuettu työllistyminen ("sijoita ja kuntouta") parantaa skitsofreniapotilaan työllistymistä ja selviytymistä avoimilla työmarkkinoilla^B.
- Sosiaalisten taitojen harjoittelu parantaa skitsofreniapotilaan sosiaalista toimintakykyä.
- Suuri osa skitsofreniapotilaista tarvitsee asumiskuntoutusta.

TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

- Skitsofreniapotilaita tulee tukea terveellisiin elämäntapoihin: liikunta, tupakoinnin lopettami-

nen, painon hallinta, monipuolinen ravinto.

Hoidon porrastus

- Työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä määräytyy paikallisten olojen ja valmiuksien pohjalta.
- Ensimmäistä kertaa hoitoon tuleva skitsofreniapotilas tulee lähettää erikoissairaanhoidon.
- Huonossa hoitotasapainossa oleva skitsofreniapotilas kuu- luu 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.
- Yli puolet skitsofreniaan sairastuneista toipuu suhteellisen hyvin, ja vain n. kymmenesosa tarvitsee toisten apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista.
- Sairauden kulku on usein vaihteleva: potilas on toistuvasti psykoottinen, mutta psykoosien väliaikoina hän voi olla lähes oireeton.
- Skitsofreniapotilaiden ikävakiointu kuolleisuus on 2–3-kertainen normaaliväestöön verrattuna. Pääosa skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuudesta johtuu yleissairauksista, kuten sydän- ja verisuonisairauksista sekä metabolisista ja hengitystiesairauksista.
- Nuorissa ikäryhmissä normaaliväestöä suurempi kuolleisuus johtuu pääasiassa itsemurhista; skitsofreniapotilaista 5 % tekee itsemurhan.

- Kuolleisuus on suurinta potilailla, jotka eivät käytä psykoosilääkkeitä.

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. Sailas E, Selkama S, Joffe G. Työtekijäänsä kiittää - tuettu työllistyminen osana skitsofreniapotilaiden kuntoutumista. Duodecim 2007;123:2083-90
7. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG ym. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. Eur Psychiatry 2015;30(3):388-404.