

Skitsofrenia

Keskeistä

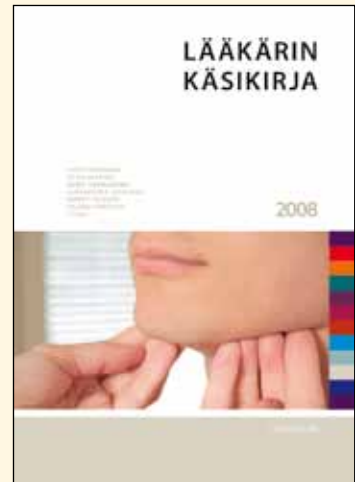
- Yleisimpiä psykoottisia oireita ovat harha-ajatukset ja aistiharhat, varsinkin kuuloharhat.
 - Psykoosin ennako- ja ensioireet pyritään tunnistamaan ajoissa. Ensimmäisiä merkkejä voivat olla vetäytyminen ihmissuhteista sekä työ- ja toimintakyvyn aleneminen.
 - Potilas pyritään saamaan hoidon piiriin jo ennen ensimmäistä psykoosijaksoa.
 - Hoito tapahtuu ensisijaisesti avohoidossa. Lääkehoitoon yhdistetään psykososiaalisia hoitomuotoja.
 - Potilaan perheen ja muun lähiverkoston kytkeminen mukaan hoitoon on tärkeää.
- suus) ja negatiivisiin (tunteiden laistuminen, 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 haju- ja makuharhoja voi esiintyä.
 - Näköharhat ovat epätavallisia ja voivat viitata aivo-organiseen häiriöön.
 - Yleisimpiä harhaluuloja ovat vainoavat, suhteuttamis- ja kontrolloivat harhaluulot. Potilas voi kokea, että häntä seurataan tai vainotaan tai että häntä koskevia vihjailuja tai viestejä esiintyy sanomalehdissä tai radiossa tai häneen vaikutetaan esim. telepaattisesti. Vaikeasti vainoharhainen potilas voi olla vaarallinen.
 - Skitsofreniapotilaat kärsivät usein myös masennuksesta. Sekä akuutissa vaiheessa että välittömästi psykoosista toipumisen jälkeen skitsofreniapotilas voi olla suisi-daalinen.
 - Lähes poikkeuksetta skitsofreniaan liittyy opiskelu-, työ- ja toimintakyvyn sekä kognitiivisten toimintojen heikkeneminen.

Yleistä

- Skitsofrenia alkaa yleensä nuorella aikuisiällä.
- Skitsofrenian etiologiassa on biologisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä.
- Skitsofrenia ilmenee psyykkisten toimintojen hajoamisena, psykoottisina oireina, sosiaalisena eristäytymisenä, ajattelun ja tunne-elämän häiriöinä sekä toimintakyvyn heikkenemisenä.
- Ajattelun häiriöt ilmenevät ajatuksen katkeiluna, outoina assosiaatioina ja ajattelun konkretisoitumisena.
- Tunne-elämän häiriöitä luonnehtivat usein latistuneisuus ja kapeutumisen tai se voi olla hajanainen ja epäjohdonmukainen.

Oireet

- Skitsofrenian oireet jaetaan positiivisiin (aistiharhat, harhaluulot, puheen ja käyttäytymisen hajanai-



Etiologia

- Skitsofrenian synty voidaan ymmärtää stressi–alttius-mallin pohjalta. Sen mukaan alttius on perinnöllistä 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 rasitusoireilu jo normaaleissa elämäntilanteissa.
- Sairastumisen laukaiseva stressi voi olla aikuistumiseen tai parisuhteen syntyyn liittyvä kehityksellinen vaatimus tai toksinen tekijä, kuten alkoholin tai huumeiden käyttö.

Epidemiologia

- Skitsofrenian vuosittainen ilmaantuvuus on n. 2 sairastunutta 100 000 asukasta kohti ja esiintyvyys n. 1 % väestöstä.
- Skitsofrenia puhkeaa miehillä aikaisemmin kuin naisilla ja johtaa usein syrjäytymiseen, naimattomuuteen, alhaiseen sosiaaliseen asemaan ja varhaiseen eläköitymiseen.

Diagnoosi

- Taudinmäärittäminen, jonka suorittaa psykiatrian alan erikoislääkäri käyttäen hyväksi moniammatillista työryhmää, käsittää kliinisen haastattelun, perhehaastattelun, lasten tilan arvion, somaattisen tutkimuksen, neuropsykologisen tutkimuksen sekä sosiaalisen toimintakyvyn arvion.
- Diagnoosi perustuu potilaan oireisiin ja häiriötyötyönsä, niiden vähintään kuukauden mittaiseen keston 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, myötäeläen ja kiinnostuneesti. Potilaan kertomaan on syytä suhtautua neutraalisti.
- Somaattisella tutkimuksella ja laboratoriokokein 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, ellei hän ole sairautensa vuoksi kykenemätön ottamaan siihen kantaa.

- 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 psykoosijaksot 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.
- Antipsykoottinen lääkehoito 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.

M1-LÄHETE

- Psykoottinen potilas on syytä lähettää, tarvittaessa tahdosta riippumatta (M1-lähetteellä), sairaalaan, jos hän on itsetuhoisen tai väkivaltaisen, 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 masennuslääkityksellä^C.
- Ensipsykoosiin sairastuneen suositeltava vuorokausiannos vastaa 100–300 mg klooripromatsiinia, 8–24 mg perfenatsiinia, 2–4 mg risperidonia^B tai 7.5–15 mg olantsapiinia^B.
- Uusiutuneessa psykoosissa suositeltava vuorokausiannos vastaa 300–600 mg klooripromatsiinia, 24–32 mg perfenatsiinia, 4–6 mg risperidonia tai 10–30 mg olantsapiinia.
- Akuutissa psykoottisessa levotomuustilassa käypä hoito on tsuklopentiksoli^B 50–100 mg i.m. mahdollisesti yhdistettynä loratsepaamiin 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 loratsepaamia.
- Lääkitystä suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon potilaan aiemmat kokemukset lääkkeistä, koska eri potilaat ovat alttiita erityyppisille sivuoireille.
- Lääkeannosta asteittain muuttamalla pyritään pienimpään tehokkaaseen vuorokausiannokseen. Näin voidaan välttää lääkkeen aiheuttamat haittavaikutukset ja parantaa potilaan hoitomyöntyvyyttä.

PITKÄAIKAISHOITO

- Pitkäaikaispotilaan hoidossa lääkeannokset ovat yleensä selvästi pienempiä kuin akuuttitilanteessa. Skitsofreniapotilaan pitkäaikais-

hoidossa 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^B on muita psykoosilääkkeitä tehokkaampi hoitoresistentin skitsofrenian hoidossa, joten se on lääkehoitoresistentin skitsofrenian 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 injektioilääkitys voi olla käyttökelpoinen, varsinkin jos potilaan sairaudentunto on puutteellinen.
- Pitkävaikutteisista injektioilääkitystä käytettäessä on suositeltavaa käyttää tavanomaista pienempiä kerta-annoksia, kuten 54–108 mg perfenatsiinidekanaoaattia^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 elämäntapaturmille. 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 voi-

daan käyttää ahdistuneen potilaan hoidossa. Antipsykoottiseen lääkitykseen voidaan lisätä esim. diatsepaamia 10–30 mg vuorokaudessa. Akuutin ahdistuksen laannuttua bentsodiatsepiinilääkitys lopetetaan.

- Skitsofreniapotilaan masennusta hoidetaan liittämällä masennuslääkitys mukaan hoitoon^B. Tällöin selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät ovat suositeltavampia kuin trisykliset masennuslääkkeet.
- Skitsoaffectiivisessa sairaudenku- vassa 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. Sivuoireet 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^B käyttöön niitä liittyy merkittävästi, sertindolin, risperidonin ja ketiapiinin^C käyttöön kohtalaisesti, kun taas tsiprasidonin ja aripipratsolin^C käyttöön ei vähäisen 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 seurantaa: paino ja painoindeksi, vyötärön ympärysmitta, verenpaine sekä plasman glukoosi- ja rasva-arvot.
- Kaikki psykoosilääkkeet (etenkin sertindoli^B ja tsiprasidoni) voivat pidentää QTc-aikaa.
- Kaikkien psykoosilääkkeiden käyttöön liittyy pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymän riski.

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 kriisin yli^A.
- Koulutuksellisen psykoterapi- an keinoin pyritään lisäämään omaisten tietoa skitsofreniasta ja

sen hoidosta sekä vähentämään heidän kriittistä ja tunkeilevaa asennoitumistaan potilaaseen.

PSYKOTERAPIA

- Psykodynaamiseen ymmärrykseen perustuva luottamuksellinen ja pitkäjänteinen hoitosuhde toimii skitsofrenian hoidossa tärkeänä psykoterapeuttisena tukena.
- Kognitiivis-behavioraalilla terapialla ^C voidaan vähentää skitsofreniapotilaan oireita ja parantaa hänen toimintakykyään: siksi se on suositeltava yksilöterapiamuoto psykoottisesti oireilevalle skitsofreniapotilaalle.
- 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 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.

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 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.
- Normaaliväestöä 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 normaaliväestöä yleisempiä.
- Yli puolet skitsofreniaan sairastuneista toipuu suhteellisen hyvin ja vain noin kymmenesosa tarvitsee toisten apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista.
- Hoidon tarve pysyy kuitenkin korkeana.

Kirjallisuutta

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, ym. Lifetime prevalence of psychotic

and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 2007;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;374:620–7.
3. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I, ym. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. J Psychopharmacol 2007;21:357–73.
4. Daumit GL, Goff DC, Meyer JM, ym. Antipsychotic effects on estimated 10-year coronary heart disease risk in the CATIE schizophrenia study. Schizophr Res 2008;105:175–87.
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;31:931–41.
7. Sailas E, Selkama S, Joffe G. Työ teki jäänsä kiittää – tuettu työllistyminen osana skitsofreniapotilaiden kuntoutumista. Duodecim 2007;123:2083–90.

Aiemmat asiantuntijat:

Leea Muhonen

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, päivitetty 7.1.2010.

© 2010 Kustannus Oy Duodecim