

091019 Skitsofreniaesitys -osa 2

Yl juha kemppinen

Taulukko 20. Psykoosien dimensionaalinen oirearviointi DSM-5:n mukaan.

Oire	Oireen vaikeusasteen arviointi				
	0	1	2	3	4
Aistiharhat	Ei esiinny	Kyseenalainen (vaikeusaste tai kesto ei riittävä, jotta voitaisiin pitää psykoottisena)	Lievä (ei juurikaan painetta reagoida ääniin, ei koe ääniä kovin häiritseviksi)	Kohtalainen (jossain määrin tarve vastata äänille tai kokee äänet jossain määrin häiritseviksi)	Vakava (voimakas tarve vastata äänille tai kokee äänet hyvin häiritseviksi)
Harhaluulot	Ei esiinny	Kyseenalainen (vaikeusaste tai kesto ei riittävä, jotta voitaisiin pitää psykoottisena)	Lievä (ei juurikaan painetta reagoida harhaluuloisiin uskomuksiin, ei juurikaan huolta niihin liittyen)	Kohtalainen (jossain määrin tarve toimia harhaluulojen mukaisesti tai jossain määrin huolissaan niistä)	Vakava (voimakas tarve toimia harhaluulojen mukaisesti tai hyvin huolissaan niistä)
Puheen hajanaisuus	Ei esiinny	Kyseenalainen (vaikeusaste tai kesto ei riittävä, jotta voitaisiin pitää hajanaisuutena)	Lievä (jossain määrin vaikeaa ymmärtää potilaan puhetta)	Kohtalainen (usein vaikeaa ymmärtää potilaan puhetta)	Vakava (potilaan puhetta lähes mahdotonta ymmärtää)

Oire	Oireen vaikeusasteen arviointi				
	0	1	2	3	4
Poikkeava psykomotorinen käyttäytyminen	Ei esiinny	Kyseenalainen (vaikeusaste tai kesto ei riittävä, jotta voitaisiin pitää poikkeavana psykomotorisena käyttäytymisenä)	Lievä (satunnaisesti poikkeavaa tai eriskummallista motorista käyttäytymistä tai katatoniaoireita)	Kohtalainen (usein poikkeavaa tai eriskummallista motorista käyttäytymistä tai katatoniaoireita)	Vakava (poikkeavaa tai eriskummallista motorista käyttäytymistä tai katatoniaoireita lähes jatkuvasti)
Negatiiviset oireet (tunneilmaisun kapeutumisen tai tahdottomuus)	Ei esiinny	Kyseenalainen väheneminen kasvojen ilmeikkyydessä, puheen sävyjen vaihtelussa, eleissä tai oma-aloitteisessa toiminnassa	Lievä väheneminen kasvojen ilmeikkyydessä, puheen sävyjen vaihtelussa, eleissä tai oma-aloitteisessa toiminnassa	Kohtalainen väheneminen kasvojen ilmeikkyydessä, puheen sävyjen vaihtelussa, eleissä tai oma-aloitteisessa toiminnassa	Vakava väheneminen kasvojen ilmeikkyydessä, puheen sävyjen vaihtelussa, eleissä tai oma-aloitteisessa toiminnassa
Kognitiiviset puutokset	Ei esiinny	Kyseenalainen (Kognitiivinen toimintakyky ei ole selkeästi heikentynyt ikä ja SES huomioiden, korkeintaan 0,5 KH ikäryhmän keskiarvoa heikompi)	Lievä (Kognitiivinen toimintakyky lievästi heikentynyt ikä ja SES huomioiden, 0,5–1 KH ikäryhmän keskiarvoa heikompi)	Kohtalainen (Kognitiivinen toimintakyky selkeästi heikentynyt ikä ja SES huomioiden, 1–2 KH ikäryhmän keskiarvoa heikompi)	Vakava (Kognitiivinen toimintakyky vakavasti heikentynyt ikä ja SES huomioiden, yli 2 KH ikäryhmän keskiarvoa heikompi)

Taulukko 20 jatkuu. Psykoosien dimensionaalinen oirearviointi DSM-5:n mukaan.

Oire	Oireen vaikeusasteen arviointi				
	0	1	2	3	4
Masennus	Ei esiinny	Kyseenalainen (satunnaisesti tuntee itsensä surulliseksi, alakuloiseksi, masentuneeksi tai toivottomaksi, ajatuksia siitä, että on tuottanut pettymyksen tai epäonnistunut jossain, mutta ajatukset eivät vaivaa potilasta)	Lievä (Usein jaksoja, jolloin hyvin surullinen, alakuloinen, kohtalaisen masentunut tai toivoton, ajatuksia siitä, että on tuottanut pettymyksen tai epäonnistunut jossain, ja ajatukset vaivaavat jossain määrin potilasta)	Kohtalainen (Usein syvän masennuksen tai toivottomuuden jaksoja, kuormittavia syyllisyydentunteita tai ajatuksia siitä, että on toiminut väärin)	Vakava (syvästi masentunut tai toivoton päivittäin, harhaluuloasteisia tai olosuhteisiin nähden täysin suhteettomia syyllisyydentunteita)
Mania	Ei esiinny	Kyseenalainen (Satunnaisesti kohonnut, ekspansiivinen tai ärtynyt mieliala tai hieman levottomuutta)	Lievä (toistuvia jaksoja, jolloin lievästi kohonnut, ekspansiivinen tai ärtynyt mieliala tai levoton)	Kohtalainen (usein jaksoja, jolloin huomattavasti kohonnut, ekspansiivinen tai ärtynyt mieliala tai huomattavaa levottomuutta)	Vakava (päivittäin huomattavasti kohonnut, ekspansiivinen tai ärtynyt mieliala tai huomattavan levoton)

SES: sosioekonominen status (koulutus ja ammatti), KH: keskihajonta

5. Skitsofrenian hoito

Yl juha kemppinen

Taulukko 14. Skitsofreniapotilaan avohoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.

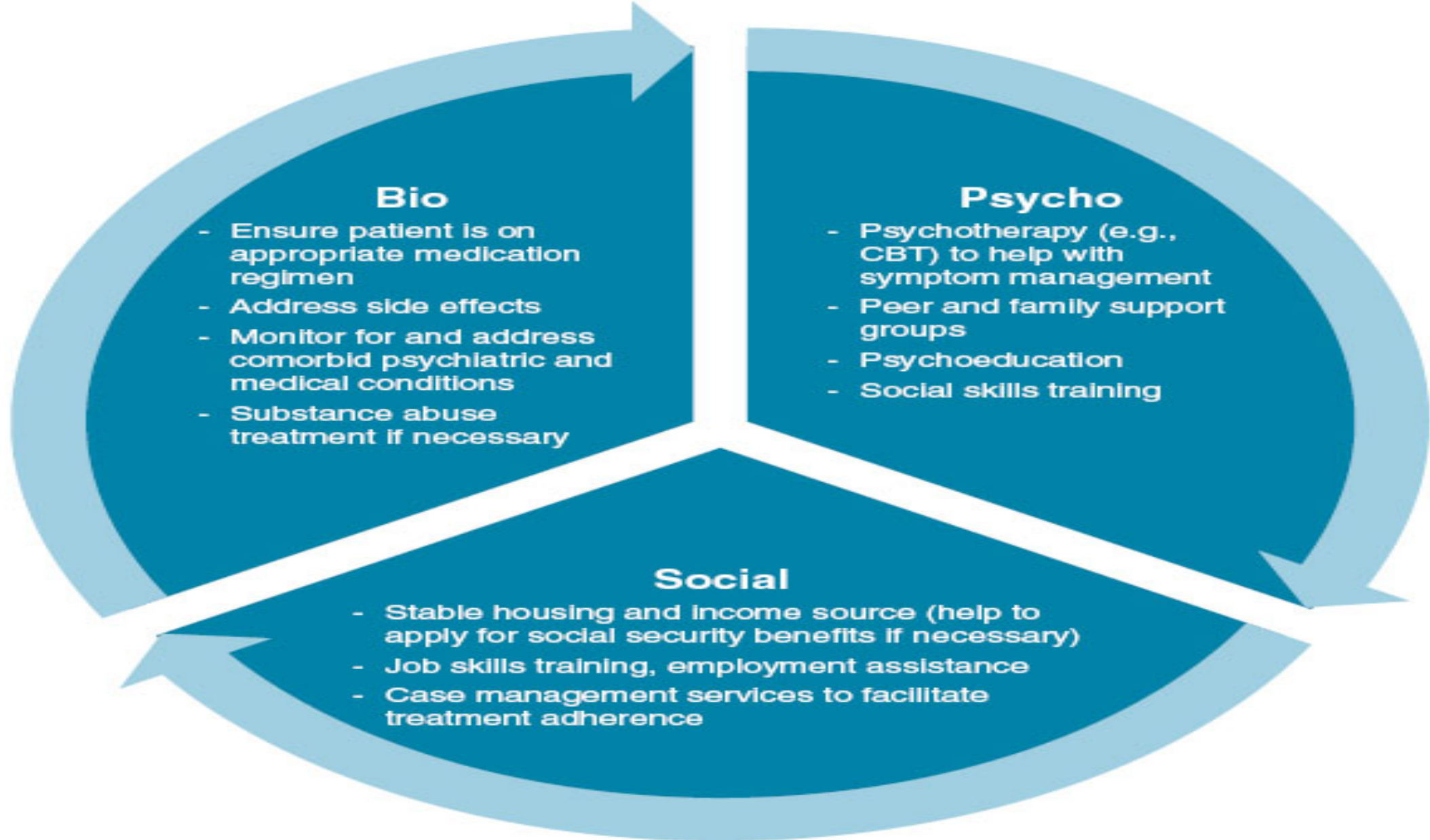
1	Luottamuksellinen hoitokontakti
2	Optimaalinen lääkehoito
3	Yhteistyö perheen kanssa
4	Yhteisö, johon potilas voi kuulua
5	Potilaan riittävän hyvä sosiaalinen toimintakyky
6	Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tarpeellisuuden säännöllinen arviointi
7	Hoidon koordinaatio ja jatkuvuuden turvaaminen
8	Kattava, yhtenäinen hoito- ja kuntoutusjärjestelmä

Taulukko 7. Skitsofreniapotilaan somaattinen seuranta.

1	<p>Paino, etenkin psykoosilääkityksen yhteydessä painonseuranta tärkeää</p> <ul style="list-style-type: none"> • painon ja vyötärön ympärysmittan mittaus 1–4 viikon välein 3 kk ajan lääkemuutosten jälkeen, sen jälkeen 3–6 kk välein • ruokapäiväkirja mikäli painonnousu yli 4 kg tai yhden BMI-yksikön • mahdollinen ravitsemusterapeutin konsultaatio
2	<p>verenpaineen seuranta tarpeen mukaan erityisesti lääkemuutosten yhteydessä</p>
3	<p>Laboratoriotutkimukset, etenkin ennen psykoosilääkityksen aloitusta, muutosta ja käytön aikana</p> <ul style="list-style-type: none"> • veren glukoosi, triglyseridi, LDL/HDL-kolesteroli 1–2 kertaa vuodessa; useammin korkean riskin potilailta, joilla on suvussa diabetesta tai potilaalla on alentunut sokerirasitus, BMI > 25 tai painonnousu, esimerkiksi 3 kuukauden välein
4	<p>Terveystottumusten seuranta ja niihin vaikuttaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • tupakka-, ruokavalio- ja muu terveysneuvonta • dieettirajoitukset, liikunnan tehostaminen

Taulukko 6. Somaattisia perustutkimuksia akuutin psykoosin yhteydessä.

1.	Anamneesi ja somaattinen – erityisesti neurologinen – status
2.	Thoraxröntgen ja EKG
3.	Laboratoriotutkimuksia <ul style="list-style-type: none">• lasko, CRP, täydellinen verokuva• seerumin elektrolyytit (Na, K, Cl)• verensokeri• kolesteroli ja triglyseridit• seerumin kreatiniini• seerumin kalsium• kilpirauhasen toimintakokeet: S-TSH, S-T₄-V• maksaentsyymit: S-ASAT, S-ALAT, S-GT• virtsanäyte• virtsan huume- ja lääkeaineseula• tarvittaessa raskaustesti
4.	Tarvittaessa aivosähkökäyrä (EEG) tai magneettikuvaus (MK)



The biopsychosocial model in the treatment of schizophrenia. CBT, cognitive behavioral therapy

Taulukko 8. Psykoosilääkkeiden kliinisesti suuntaa-antavat klooripromatsiini-ekvivalentit ja tavanomaiset skitsofrenian hoidossa käytettävät vuorokausiannokset. Psykiatria, 2017

Lääkeaine	Klooripromatsiini-ekvivalenssiannos / mg	Vuorokausiannos / mg	Valmistemuoto
Klooripromatsiini	100	150–1 000	Tabletti
Levomepromatsiini	100	100–1 000	Tabletti
Perisiatsiini	20	20–250	Tabletti
Flufenatsiini	2		Depot-injektio
Perfenatsiini	8	12–60	Tabletti, depot-injektio
Flupentiksoli	2	3–25	Tabletti, depot-injektio
Klooriprotikseeni	100	200–800	Tabletti
Tsuklopentiksoli	20	15–80	Tabletti, tipat, injektioneste, depotinjektio
Haloperidoli	2	4–20	Tabletti, oraaliliuos, injektioneste, depotinjektio
Melperoni	50	200–800	Tabletti
Sulpiridi	250	400–1 600	Tabletti, kapseli
Aripipratsoli	3	10–30	Tabletti, depot-injektio
Ketiapiini	100	300–750	Tabletti, depot-tabletti
Klotsapiini	50	200–600	Tabletti
Olantsapiini	3	10–20	Tabletti, suussa sulava tabletti, oraaliliuos, injektiokuiva-aine, depot-injektio
Risperidoni	1	2–8	Tabletti, oraaliliuos, depotinjektio-kuiva-aine
Sertindoli	3	12–20	Tabletti
Tsiprasidoni	15	40–160	Kapseli, injektiokuiva-aine
Asenapiini	3	10–30	Tabletti
Paliperidoni	Ei arvioitu	25–150 mg/kuukausi	Depot-injektio

Taulukko 13. Uuden polven psykoosilääkkeiden reseptorivaikutukset hoitoannoksilla.

Lääke	D2	5-HT _{2A}	Alfa-1	Alfa-2	H1	M1
Aripiratsoli	++++	+++	+	+	+	-
Ketiapiini	+	++	+++	-	++	+
Klotsapiini	+	+++	+++	++	+++	+++++
Olantsapiini	++	+++	++	++	+++	+++++
Risperidoni	+++	++++	+++	+++	-	-
Sertindoli	+++	++++	++	+	+	-
Tsiprasidoni	+++	++++	++	+	-	-

- = ei vaikutusta

D = dopamiini, 5-HT = serotoniini, H = histamiini, M = muskariini

Table 22.1 BINDING PROFILES OF FIRST GENERATION ANTIPSYCHOTICS

	D2 ACTIVITY	5HT2 ACTIVITY	MUSCARINIC ACTIVITY	ALPHA-1 ADRENERGIC ACTIVITY	ANTIHISTAMINE ACTIVITY
Chlorpromazine	++++	++++	++++	++++	++++
Fluphenazine	++++	++	+	+	++
Perphenazine	++++	++++	+	++	+++
Trifluoperazine	++++	+++	+	++	++
Thioridazine	++++	++++	++++	++++	++++
Haloperidol	++++	++	+	+	+
Thiothixene	++++	+	+	++	+++
Loxapine	+++	++++	++	+++	++++

Taulukko 9. Psykoosilääkkeiden reseptorisalpauksen hoito- ja haittavaikutukset.

Lääke	Hoitovaikutus	Haittavaikutus
Dopamiini-D2-reseptorien salpaus	Mesolimbiselta alueelta skitsofrenian positiivisten oireiden lievittyminen	Nigrostriataaliselta alueelta ekstrapyramidaaliset liikehäiriöt (dystonia, parkinsonismi, akatisia, tardiivi dyskinesia) ja tubero-infundibulaariselta hyperprolaktinemia (galaktorrea, gynekomastia, kuukautiskierron epäsäännöllisyys, potenssivaikeudet) sekä mesokortikaaliselta alueelta psykoosin negatiivisten oireiden voimistuminen
Muskariinireseptorien salpaus	Ekstrapyramidaalisten oireiden lievittyminen	Näön hämärtyminen, ahdaskulmaglaukooma-kohtaus, suun kuivuminen, sinustakykardia, ummetus, virtsaumpi, muistivaikeudet
Serotoniini-(5-HT)2A-reseptorien salpaus	Skitsofrenian negatiivisten oireiden ja ekstrapyramidaalioireiden lievittyminen	Tuntemattomia
Histamiini1-reseptorien salpaus	Sedaatio	Sedaatio, painon nousu ja muiden lääkkeiden väsyttävien vaikutusten voimistuminen

Lääkeaine	Painonnousu	Neurologiset haittaoireet	Prolaktiini-erityksen lisääntyminen	QTc-ajan pidentyminen	Väsyneisyys
Haloperidoli	-	+++	++	+	+
Tsiprasidoni	-	+	+	++	++
Aripipratsoli	+	+	-	-	+
Amisulpridi	+	+	Ei arvioitu	++	-
Asenapiini	+	+	-	+	++
Paliperidoli	++	+	+++	-	-
Risperidoni	++	++	+++	+	+
Ketiapiini	++	-	-	+	++
Sertindoli	++	-	+	+++	-
Klooripromatsiini	+++	++	+	Ei arvioitu	+++
Klotsapiini	+++	-	Ei arvioitu	Ei arvioitu	+++
Olantsapiini	+++	-	+	+	++

Table 22.2 ADVERSE EFFECT PROFILES OF COMMON ANTIPSYCHOTICS

	HALOPERIDOL	CLOZAPINE	RISPERIDONE	OLANZAPINE	QUETIAPINE	ZIPRASADONE	ARIPIRAZOLE	PALIPERIDONE
Motoric effects	+++	0	++	0/+	0	0/+	++	++
Metabolic effects	+	+++	++	+++	++	0/+	0/+	++
Cardiovascular effects	++	+++	+	+	+	++	0	++
Prolactin elevation	++	0/+	+++	0/+	0/+	0/+	0	+++
Cholinergic effects	0	+++	0/+	+ /+++	0/+	0/+	0	0/+
Hematological effects	0	+++	0	0	0	0	0	0
Sedation	+	+++	+	+ /+++	+++	++	+	+

Adapted from *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*, Fifth Edition. Glen O. Gabbard, MD (Ed.) (2014) Arlington, VA.

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds) Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012

Table 8–2. Side-effect profiles of antipsychotic drugs

Side effect	FGAs		SGAs				
	Haloperidol	Perphenazine	Amisulpride	Asenapine	Blonanserin	Clozapine	Iloperidone
Extrapyramidal symptoms	+++	++	0 to ++	0 to ++	+	0	0
Tardive dyskinesia	+++	++	+	?	?	0	?
Prolactin elevation	+++	++	+++	0 to +	++	0	0
Weight gain	+	+	+	0	0	+++	++
Glucose abnormalities	0	+?	+	0	++	+++	+
Lipid abnormalities	0	+?	+	0	++	+++	0
QTc prolongation	+	0	+	0 to +	0?	0	++
Sedation	++	+	0 to +	+	+?	+++	+
Hypotension	0	+	0	+	0	+++	+
Anticholinergic side effects	0	+	0	0	0	+++	0

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds)

Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012

Table 8–2. Side-effect profiles of antipsychotic drugs (continued)

Side effect	SGAs (continued)							TGA
	Olanzapine	Paliperidone	Perospirone	Quetiapine	Risperidone	Sertindole	Ziprasidone	Aripiprazole
Extrapyramidal symptoms	0 to +	0 to ++	0 to +	0	0 to ++	0	0 to +	+
Tardive dyskinesia	+	+	0 to +	0 to +	+	0 to +	+	+
Prolactin elevation	+	+++	+	0	+++	0 to +	+	0
Weight gain	+++	+	0	++	+	+	0	0
Glucose abnormalities	+++	0 to +	+	++	++	?	0	0
Lipid abnormalities	+++	0	0?	++	++	?	0	0
QTc prolongation	0 to +	0 to +	0?	+	+	+++	++	0
Sedation	+	+	+	++	+	0 to +	0 to +	0 to +
Hypotension	+	0 to +	0	++	+	+	+	0
Anticholinergic side effects	++	0	0	+	0	0	0	0

Note. This table is not based on direct quantitative comparative data of all the drugs listed. Data from many studies with varying methodology were reviewed to produce this one view. In addition, it is well known that interindividual variability is considerable with regard to drug safety and that most antipsychotic-induced adverse effects are dose-dependent. FGAs=first-generation antipsychotic drugs; SGAs=second-generation antipsychotic drugs; TGA=third-generation antipsychotic drug; 0 = minimal to no risk; + = low risk; ++ = moderate risk; +++ = high risk; ? = unknown risk.

Source. Adapted from Falkai et al. 2005; Lehman et al. 2004; Miyamoto et al. 2008.

Haattavaikutus	Hoito
Väsymys	Lääkeannoksen lasku tai vaihto toisen ryhmän tai tyypin lääkkeeseen
Ummetus	Lääkeannoksen lasku tai vaihto toisen ryhmän tai tyypin lääkkeeseen
Sydämentykytys	Lääkeannoksen lasku tai vaihto toisen ryhmän tai tyypin lääkkeeseen Beetasalpaaja
Virtsaumpi	Lääkeannoksen lasku tai vaihto toisen ryhmän tai tyypin lääkkeeseen
Hypotensio	Lääkeannoksen lasku tai vaihto toisen ryhmän tai tyypin lääkkeeseen
Sentraalinen antikolinerginen vaikutus	Lääkeannoksen lasku tai vaihto toisen ryhmän tai tyypin lääkkeeseen
Lääkeparkinsonismi	Lääkeannoksen lasku tai vaihto toiseen lääkkeeseen, antikolinerginen lääkitys (biperideeni 2 mg × 1–3/vrk, bentsheksoli 2 mg × 1–3/vrk, orfenadriini 50–100 mg × 2–3/vrk), amantadiini (100 mg × 1–2/vrk)
Akuutti dystonia	Antikolinerginen lääke (biperideeni 2,5–5 mg i.m.)
Akatisia	Lääkeannoksen lasku, beetasalpaaja (propranololi 30–90 mg/vrk), bentsodiatsepiini (loratsepaami, klonatsepaami), vaihto 2. polven antipsykoottiin
EP-oireet	Annoksen pienentäminen, lääkkeen vaihto Antikolinergi
Maligni neuroleptioireyhtymä	Lääkkeen käytön välitön lopettaminen, dopamiiniagonistit, antispastiset aineet
Tardiivi dyskinesia	Annoksen lasku, vaihto 2. polven psykoosilääkkeeseen, amantadiini, selegiliini
Kouristukset	Lääkityksen lopetus tai vähentäminen puoleen, neurologinen selvitys
Endokriiniset sivuvaikutukset	Bromokriptiini (1,25–2,5 mg × 2–3/vrk)
Painonnousu	Annoksen lasku, dieettikontrolli, vaihto lihottamattomaan 2. polven antipsykoottiin
Seksuaalitoimintojen häiriöt	Annoksen lasku, lääkkeen vaihto
Iho-oireet	Antihistamiini, lääkkeen vaihto

Table 22.2 ADVERSE EFFECT PROFILES OF COMMON ANTIPSYCHOTICS

	HALOPERIDOL	CLOZAPINE	RISPERIDONE	OLANZAPINE	QUETIAPINE	ZIPRASADONE	ARIPIRAZOLE	PALIPERIDONE
Motoric effects	+++	0	++	0/+	0	0/+	++	++
Metabolic effects	+	+++	++	+++	++	0/+	0/+	++
Cardiovascular effects	++	+++	+	+	+	++	0	++
Prolactin elevation	++	0/+	+++	0/+	0/+	0/+	0	+++
Cholinergic effects	0	+++	0/+	+ /+++	0/+	0/+	0	0/+
Hematological effects	0	+++	0	0	0	0	0	0
Sedation	+	+++	+	+ /+++	+++	++	+	+

Adapted from *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*, Fifth Edition. Glen O. Gabbard, MD (Ed.) (2014) Arlington, VA.

Common Side Effects of Antipsychotics

DESCRIPTION	TIME COURSE	TREATMENT	COMMENT
Akathisia			
A subjective, intolerable feeling of inner restlessness or sensation of the need to move	Transient reaction that may remit spontaneously over a few weeks	May trial propranolol 10 mg PO BID or TID and increase as tolerated. Benzodiazepines may be effective as well	Common side effect of aripiprazole
Dystonia			
Painful, uncontrollable tightening of muscles involving neck, back, or ocular muscles	Few hours to days of starting an antipsychotic	IM diphenhydramine (25-50 mg) or benztropine (1-2 mg) is a rapid, effective treatment	The emergence of dystonia can be a frightening experience for the patient, and reassurance coupled with education is critical to maintaining a trusting clinician–patient relationship and ongoing adherence with a treatment plan

DESCRIPTION	TIME COURSE	TREATMENT	COMMENT
Parkinsonian syndrome			
Mimics Parkinson disease, masked facies, limb rigidity, bradykinesia, pill-rolling tremor, micrographia, shuffling gait with postural instability		Oral anticholinergic medications (diphenhydramine 25-50 mg PO TID. Trihexyphenidyl (5-10 BID) or benztropine 1-2 mg BID)	May use anticholinergics as a prophylaxis for parkinsonian syndrome when using high-potency antipsychotic such as Haldol. If used for prophylactic treatment, they can generally be tapered and stopped after 10 days. In those who poorly tolerate anticholinergic medications (e.g., patients with dementia), amantadine 100-300 mg BID may be used to treat parkinsonian symptoms, although the lowest effective antipsychotic dose should be used

Common Side Effects of Antipsychotics

DESCRIPTION	TIME COURSE	TREATMENT	COMMENT
Neuroleptic malignant syndrome (NMS)			
Rare, life-threatening side effect of all antipsychotics, involving muscle rigidity, autonomic dysregulation, fever, leukocytosis, elevated creatinine phosphokinase (>300 U/mL), and acute confusion	Usually occurs immediately following the initiation of antipsychotic medication	Immediate transport to or emergency department for fluids, supportive treatment. When severe, may require dopaminergic agents (e.g., dantrolene, bromocriptine)	NMS is difficult to evaluate in the outpatient setting and usually requires emergency medical management
Tardive dyskinesia			
Nonrhythmic, choreoathetoid movements of the face, trunk, and extremities characterize TD. Examination for writhing of the tongue, hands, or trunk should be checked every 6-12 months, as this condition is generally permanent with no known treatment	quick, Long-term EPS and can develop at a rate of about 3%-5% per year for FGAs. TD can occur with SGAs at a rate of about 0.8% per year	Discontinuation of offending antipsychotic, consider lower potency agent. Some reported improvement with vitamin E supplementation	TD risk factors include older age, longer use of antipsychotics, brain damage, diabetes mellitus, and comorbid mood disorder ¹³

First-Line Antipsychotic Medications for Schizophrenia^a

STARTING Dose	TARGET RANGE ^a (mg/day)	PRIMARY CARE TITRATION SCHEDULE	EPS	ORTHOSTATIC HYPOTENSION	METABOLIC SYNDROME ^b	SEDATION	OTHER	
Haloperidol (Haldol) (available in long-acting injectable formulations)	2-5 mg	PO 20-40 mg/day	Increase up to 5 mg daily, as tolerated	+++	+	+/-	+	
	Serenase							
Risperidone (Risperdal) (available in long-acting injectable and ODT formulations)	1 mg BID or 2 mg QHS	4-6	Increase up to 2 mg daily, as tolerated	+++	++	++	++	Hyperprolactinemia
Olanzapine (Zyprexa) (available in long-acting injectable and ODT formulations)	5-10 mg QHS	10-30	Increase every 3-5 days, as tolerated	+	+	+++	+++	Not to be routinely used for the treatment of insomnia

McCarron et al, Primary Care Psychiatry, 2019, 2nd ed

First-Line Antipsychotic Medications for Schizophrenia^a

STARTING Dose	TARGET RANGE ^a (mg/day)	PRIMARY CARE TITRATION SCHEDULE	EPS	ORTHOSTATIC IC HYPOTENSION	METABOLIC SYNDROME ^b	SEDATION	OTHER	
Quetiapine^d (Seroquel)	50-100 mg BID	300-800 mg	Increase 100 mg every 2 days, as tolerated (monitor for orthostatic hypotension)	50- +/-	+++	++	+++	
Quetiapine (Seroquel XR)	300 mg QHS	400-800 mg	Increase every 1-2 days, as tolerated	+/-	+++	++	+++	
Ziprasidone^{e,f} (Geodon) Zeldox	40 mg BID (must be taken with meals) ^f	40-160 mg	Increase every other day to target dose, as tolerated	+	+	+	++	QTc prolongation
Aripiprazole^c (Abilify) (available in long-acting injectable and ODT formulations) 6.10.2019	10-15 mg QAM	10-30 mg	Increase dose after 2 days, as tolerated	+/-	+	+	+	

First-Line Antipsychotic Medications for Schizophrenia^a

STARTING Dose	TARGET RANGE ^a (mg/day)	PRIMARY CARE TITRATION SCHEDULE	EPS	ORTHOSTATIC HYPOTENSION	METABOLIC SYNDROME ^b	SEDATION	OTHER
Paliperidone^{c,g} (Invega) (available in long-acting injectable formulation)	6 mg QAM Xeplion	6-12	Increase by increments of 3 mg every 5 days, as tolerated	++	+	++	++
Asenapine (Saphris) (available in ODT formulation)	5 mg BID Sycrest	5-20	Increase by increments of 5 mg over one week	+	+	+	++ Dysgeusia
Iloperidone (Fanapt)	1 mg BID Fanaptum	6-24	Increase by 2 mg BID each day	+++	+	+	+++
Lurasidone^f (Latuda)	(40 mg QAM	40-160	Increase by 20 mg per day	+++	+	+	+++

First-Line Antipsychotic Medications for Schizophrenia^a

STARTING Dose	TARGET RANGE ^a (mg/day)	PRIMARY CARE TITRATION SCHEDULE	EPS	ORTHOSTATIC HYPOTENSION	METABOLIC SYNDROME ^b	SEDATION	OTHER
Brexpiprazole (Rexulti)	1 mg PO QAM	1-4	Increase to + 2 mg per day for three days, then increase to 4 mg per day	+	++	+++	
Cariprazine (Vraylar)	1.5 mg QAM	PO 6-12	Increase by +++ 1.5 mg per day	+	+	++	

Reagila

Table 5.7 Drugs that can precipitate serotonin syndrome

Drug Class	Drugs
Antidepressants	SSRIs
	SNRIs
	Trazodone
	Tricyclic antidepressants
	MAOIs
Anxiolytics	St. John's Wort (<i>Hypericum perforatum</i>)
	Bupropion
Mood stabilizers	Lithium
	Valproic acid
	Carbamazepine
Amphetamines and derivatives	Dextroamphetamine
	Methylphenidate
	Sibutramine (Meridia; withdrawn in USA)
	3,4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy)
	Methamphetamine
Analgesics	Fentanyl
	Meperidine
	Tramadol
Muscle relaxants	Cyclobenzaprine
Antiemetics	Ondansetron
	Metoclopramide
Antimigraine drugs	Triptans
	Ergot alkaloids
Miscellaneous	Cocaine
	Linezolid
	Tedizolid
	5-Hydroxytryptophan
	Tryptophan

Reprinted with permission of Springer Nature from Hirsch et al. [11]

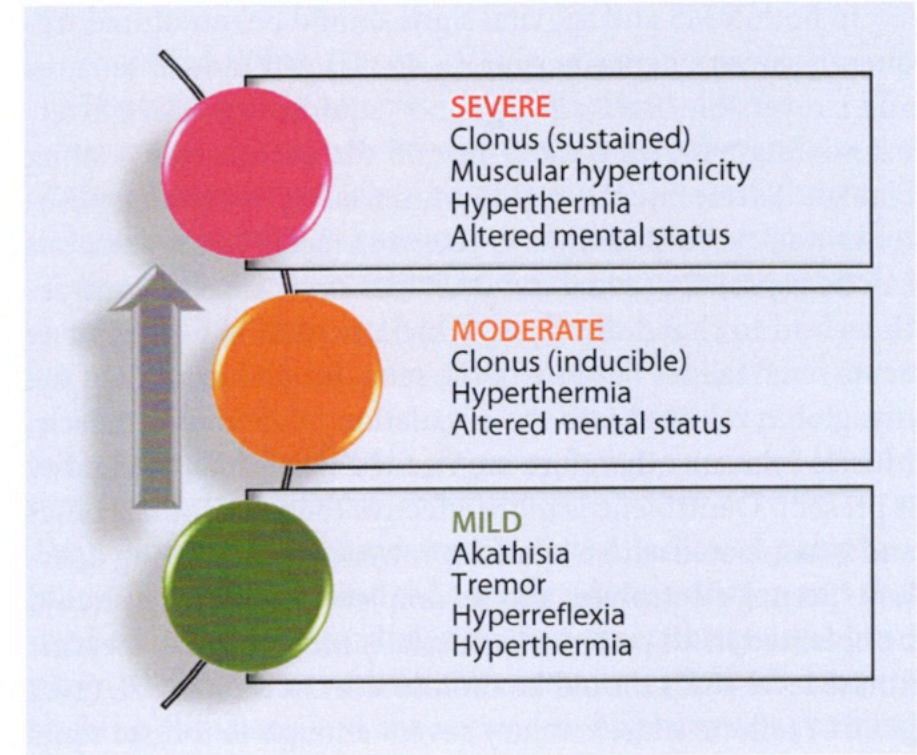


Fig. 5.4 The spectrum of signs and symptoms in serotonin syndrome

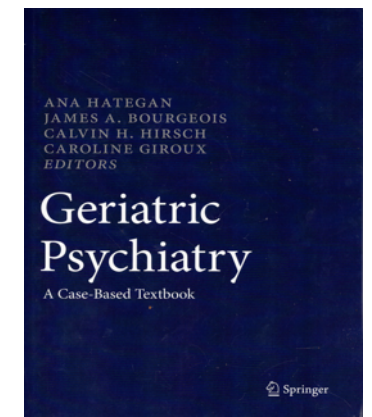
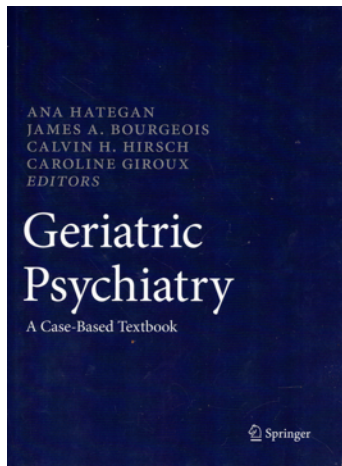
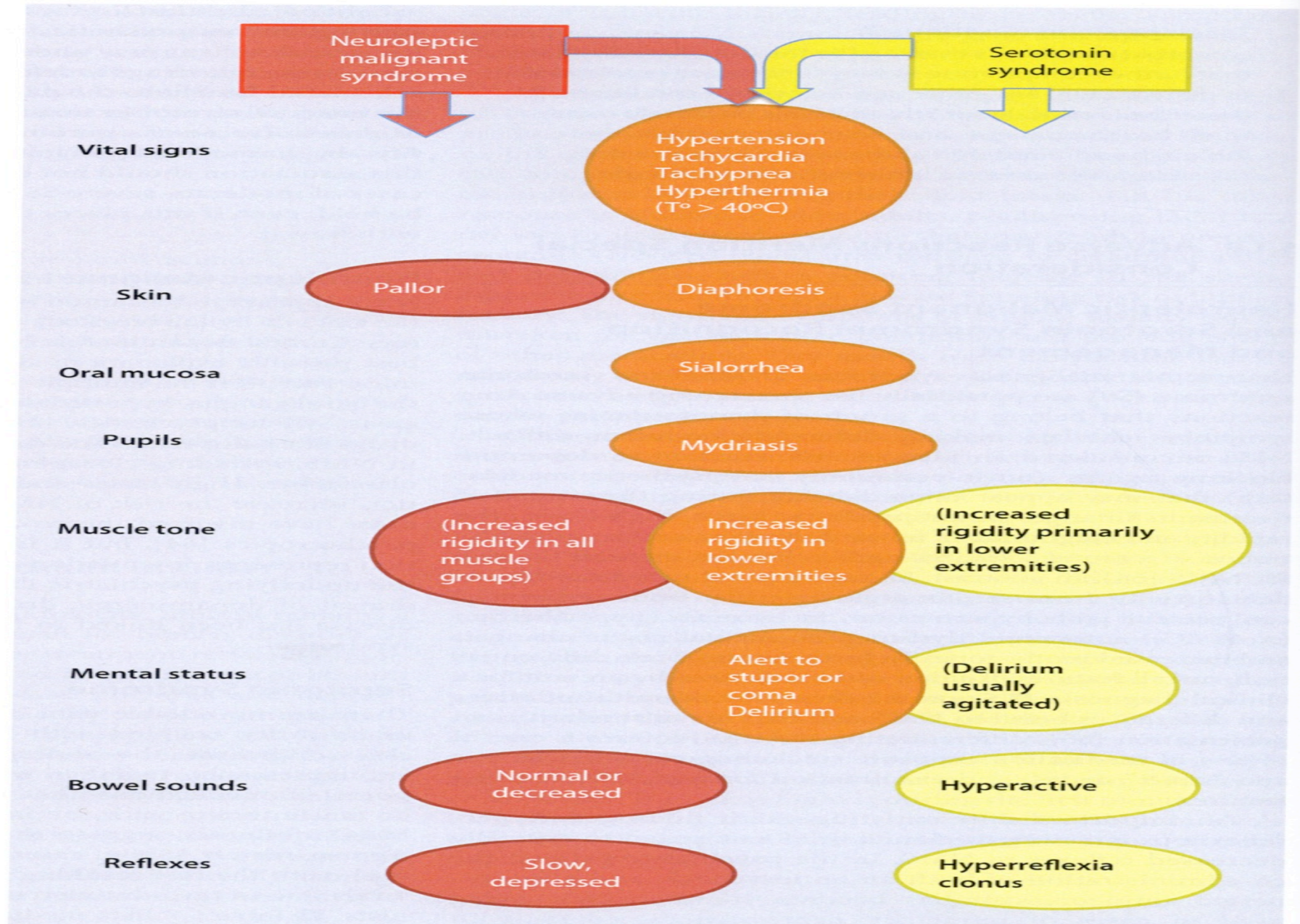


Fig. 5.3 Similarities and differences between neuroleptic malignant syndrome and serotonin syndrome

MNS vs serotoniinisyndrooma



Taulukko 15. Skitsofrenian suositeltavat psykososiaaliset kuntoutusmuodot liitettyinä lääkehoitoon.

Kuntoutusmuoto	Suositus	Kohderyhmä	Rakenne	Toiminta
Psykoedukaatio	Kaikissa skitsofrenian hoitoyksiköissä	Kaikille potilaille	<ul style="list-style-type: none"> • Ryhmämuotoinen • Yksilöllinen • Perhe mukana • 11–20 tapaamista • Ohjaajalla oltava menetelmäkoulutus • Sovellus: psykoedukatiivinen oireen-hallintaryhmä 	<ul style="list-style-type: none"> • Yksilöllinen haavoittuvuus-stressimalli • Yhteistyössä tapahtuva pysyväisoireiden ja varo-merkkien tunnistus • Selviytymis-/ hallinta-keinojen suunnittelu ja harjaannuttaminen
Perheinterventiot	Kaikissa skitsofrenian hoitoyksiköissä	Potilaat, joilla on yhteys perheeseensä tai muihin merkityksellisiin läheisiin	<ul style="list-style-type: none"> • Suositus: 6–9 kuukauden kesto • Minimi: 4 kertaa • Potilas + perhe, perheenjäsenet erikseen, perheryhmät 	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoa sairaudesta • Kriisi-interventiot • Emotionaalinen tuki • Opastusta hallintamenetelmiin (oireet, muut ongelmat)
Arkipäivän ja sosiaalisten taitojen harjaannuttaminen	Kaikissa skitsofrenian hoitoyksiköissä	Kaikki potilaat	<ul style="list-style-type: none"> • Ryhmämuotoinen • Yksilöllinen • Ohjaajan peruskoulutus voi vaihdella • Ohjaajan käsikirjat, potilaiden työkirjat, videot 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaaliset taidot • Itsenäisen elämän arkipäivän taidot (koti + ympäristö) • Menetelminä ohjeistukset, esimerkit, harjoitukset, palaute, palkitseminen • Opittujen menetelmien siirto arkipäivään

Kuntoutusmuoto	Suositus	Kohderyhmä	Rakenne	Toiminta
Ammatillinen kuntoutus	Selvittely- ja yhteistyö-velvollisuus kaikissa yksiköissä	Potilaat, jotka ovat työelämässä tai joiden tavoitteena on työelämä	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutusvastaava /-ohjaaja / sosiaalityöntekijä arvioi ja toimii yhteistyössä työnantajan, kuntoutustahojen tai työvoimaviranomaisten kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> • Yksilöllinen työhön-paluusuunnitelma • Apu työpaikan hankinnassa • Ohjaus ja tuki työpaikalla
Työryhmäpohjainen tehostettu avohoito (ACT)	Kaikissa skitsofrenian avohoito-yksiköissä	Potilaat, jotka ovat korkeassa riskissä uusiutuviin sairaala-hoitoihin	<ul style="list-style-type: none"> • Moniammatillinen tiimi, jossa on myös lääkäripalvelut • Henkilökunnan määrä korkea suhteessa potilasmäärään 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvä tavoitettavuus • Jaettu hoitovastuu • Tiheät potilaskontaktit • Liikkuva työmuoto
Päihdeinterventiot	Kaikissa skitsofrenian hoitoyksiköissä yhteistyössä päihdepalveluiden kanssa	Potilaat, joilla on myös päihdeongelma	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyössä päihdepalveluiden kanssa • Psykiatrian yksikköön lisätty päihdepalvelu 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivoiva haastattelu (psykiatrinen hoitopaikka) • Hallintakeinojen opettelu (kognitiivis-behavioraaliset menetelmät, vaatii päihdeasiantuntemusta)

Taulukko 15 jatkuu. Skitsofrenian suositeltavat psykososiaaliset kuntoutusmuodot liitettyinä lääkehoitoon.

Kuntoutusmuoto	Suositus	Kohderyhmä	Rakenne	Toiminta
Elintapainterventiot	Kaikissa skitsofrenian hoitoyksiköissä	Erityisesti ylipainoiset potilaat (BMI 25 tai yli)	<ul style="list-style-type: none"> • 3 kuukauden ohjaus painon hallintana • Yksilö- tai ryhmäohjaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoa ravitsemuksesta ja kalorisaannista • Annoskoon kontrollointi • Motivoiva haastattelu, tavoitteiden asettaminen • Painon seuranta • Päivittäisen ruokailun ja liikunnan tarkkailu • Ruokailu- ja liikuntatottumusten muuttaminen
Palkitseminen	Pitkäaikaista erityishoitoa tarjoavissa sairaalayksiköissä	Potilaat, joilla esiintyy ongelmia perustaidoissa	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitohenkilökunnan seuranta 	<ul style="list-style-type: none"> • Palkitaan onnistumisista (hygienian hoito, käyttäytyminen sosiaalisissa tilanteissa) • Tarkkaan määritellyt kohteet, joita seurataan

Eräs skitsofrenian keskeinen psykososiaalinen kuntoutusmuoto on kognitiivinen kuntoutus (ks. s. 197).

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds)
Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012

Table 4–10. Remission criteria for schizophrenia MINI-PANSS

Positive and Negative Syndrome Scale items (score 3 or less on all items for 6 months)

P1	Delusions	
P2	Conceptual disorganization	Mini-PANSS
P3	Hallucinatory behavior	Hoitovasteen seurantaan
G5	Mannerisms/posturing	
G9	Unusual thought content	
N1	Blunted affect	
N4	Passive/apathetic social withdrawal	
N6	Lack of spontaneity and flow of conversation	

140711 Mini-PANSS

Yl juha kemppinen

Ehdotus skitsofrenian remissiovaiheen määritelmäksi*

*Andreasen N.C. et al. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. Am J Psychiatry 2005; 162:441-449

Pisteluku kolme (lievä) tai vähemmän jokaisesta kahdeksasta PANSSin oireosiosta vähintään viimeisen 6 kuukauden ajalta

- P1 Harhaluulot
- P2 Ajatus- ja puheenhäiriöt
- P3 Aistiharhat
- N1 Tunneilmaisun latistuminen
- N4 Sosiaalinen vetäytyneisyys
- N6 Spontaanisuuden ja sujuvan keskustelun puute
- G5 Luonnottomat liikkeet ja asennot
- G9 Epätavalliset ja oudot ajatukset

“ Työryhmä päätyi määrittelemään remission tilaksi, jossa sairauden keskeiset oireet ovat niin lieviä, etteivät ne enää merkittävästi vaikuta potilaan käyttäytymiseen.”

Ehdotus skitsofrenian remissiovaiheen määritelmäksi*

*Andreasen N.C. et al. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. Am J Psychiatry 2005; 162:441-449

Pisteluku kolme (lievä) tai vähemmän jokaisesta kahdeksasta PANSSin oireosiosta vähintään viimeisen 6 kuukauden ajalta

- P1 Harhaluulot
- P2 Ajatus- ja puheenhäiriöt
- P3 Aistiharhat
- N1 Tunneilmaisun latistuminen
- N4 Sosiaalinen vetäytyneisyys
- N6 Spontaanisuuden ja sujuvan keskustelun puute
- G5 Luonnottomat liikkeet ja asennot
- G9 Epätavalliset ja oudot ajatukset

“Työryhmä päätyi määrittelemään remission tilaksi, jossa sairauden keskeiset oireet ovat niin lieviä, etteivät ne enää merkittävästi vaikuta potilaan käyttäytymiseen.”

PANSSin pistearviointi – arviointiohje

- 1: Puuttuu
- 2: Vähäinen
- 3: Lievä

Harhaluulot: Yksi tai kaksi harhaluuloa, jotka ovat epämääräisiä, selkiintymättömiä, eikä niistä itsepintaisesti pidetä kiinni. Harhaluulot eivät häiritse ajattelua, sosiaalisia suhteita tai käyttäytymistä.

Ajatus- ja puheenhäiriöt: Ajattelu on yksityiskohtiin takertuvaa, syrjähtelevää tai epäloogista. Ajatusten suuntaaminen päämäärään on jonkin verran vaikeaa ja stressin alaisena voi esiintyä assosiaatioiden löyhtymistä.

Aistiharhat: Yksi tai kaksi selvää mutta harvoin esiintyvää aistiharhaa, tai muutoin joukko heikkoja poikkeavia aistimuksia, jotka eivät johda ajatuksen tai käyttäytymisen vääristymiin.

Tunneilmaisun latistuminen: Kasvonilmeiden ja eleiden vaihtelut näyttävät väkinäisiltä, pakonomaisilta, keinotekoisilta tai vaihtelu puuttuu.

Sosiaalinen vetäytyneisyys: Osoittaa satunnaisesti kiinnostusta sosiaalisiin toimintoihin, mutta aloitekyky on heikko. Tavallisesti on tekemisissä toisten kanssa vain toisten aloitteesta.

Spontaanisuuden ja sujuvan keskustelun puute: Keskustelussa on vain vähän aloitteellisuutta. Potilaan vastaukset jäävät lyhyiksi ja suorasukaisiksi, haastattelijan on esitettävä suoria johdattavia kysymyksiä.

Luonnottomat liikkeet ja asennot: Liikkeessä lievää kömpelyyttä tai asennoissa lievää jäykkyyttä.

Epätavalliset ja oudot ajatukset: Ajatussisältö on jonkin verran kummallinen tai omituinen, tai tavanomaisia ajatuksia esitetään oudossa asiayhteydessä.

4: Kohtalainen

Harhaluulot: Joko vaihteleva määrä heikosti muodostuneita, epävakaita harhaluuloja tai muutama selkeä harhaluulo, joka ajoittain häiritsee ajattelua, sosiaalisia suhteita ja käyttäytymistä.

Ajatus- ja puheenhäiriöt: Lyhyessä ja jäsennellyssä kommunikaatiossa kykenee pitämään ajatukset kasassa, mutta kommunikaation monimutkaistuu tai vähäisenkin paineen alaisena ajatukset löyhtyvät ja muuttuvat asiaankuulumattomiksi.

Aistiharhat: Harhoja esiintyy usein mutta ei jatkuvasti, ja ne vaikuttavat potilaan ajatteluun ja käyttäytymiseen vain vähän.

Tunneilmaisun latistuminen: Kasvojen ilmeiden ja eleiden vähyys luovat raskasmielisen vaikutuksen.

Sosiaalinen vetäytyneisyys: Osallistuu passiivisesti useimpiin sosiaalisiin toimintoihin, mutta vailla mielenkiintoa ja mekaanisesti. Pyrkii vetäytymään taka-alalle.

Spontaanisuuden ja sujuvan keskustelun puute: Keskustelu ei suju vapaasti, on ontuva ja epätasainen. Johdattavia kysymyksiä tarvitaan usein riittävän täydellisten vastausten saamiseksi ja keskustelun ylläpitämiseksi.

Luonnottomat liikkeet ja asennot: Liikkeet ovat selvästi kömpelöitä tai epäyhtenäisiä, tai asento pysyy luonnottomana lyhyitä aikoja.

Epätavalliset ja oudot ajatukset: Ajatukset ovat usein vääristyneitä ja ajoittain vaikuttavat melko eriskummallisilta.

Skitsofrenian remissiovaiheen arviointilomake

Mini-PANSS

Potilas: _____

Päivämäärä: _____

Arviointi ≤ 3 tai > 3	Arviointi
P1 Harhaluulot	_____
P2 Ajatus- ja puheenhäiriöt	_____
P3 Aistiharhat	_____
N1 Tunneilmaisun latistuminen	_____
N4 Sosiaalinen vetäytyneisyys	_____
N6 Spontaanisuuden ja sujuvan keskustelun puute	_____
G5 Luonnottomat liikkeet ja asennot	_____
G9 Epätavalliset ja oudot ajatukset	_____

P1 Harhaluulot

1.1. Deluusiot. Perusteettomia, epätodellisia ja poikkeavia uskomuksia.

Luokitteluperusta: haastattelun aikana esitetty ajatussisältö ja sen vaikutus sosiaalisiin suhteisiin ja käyttäytymiseen.

- 1 Puuttuu - Määritelmä ei ole sovellettavissa.
- 2 Vähäinen - Kyseenalainen patologia; saattaa olla normaalin rajoissa.
- 3 Lievä - Yksi tai kaksi heikkoa, kristallisoitumatonta deluusioita, jotka eivät ole itsepintaisia. Deluusiot eivät häiritse ajattelua, sosiaalisia suhteita tai käyttäytymistä.
- 4 Kohtalainen - Joko kaleidoskooppinen joukko heikkoja, epävakaita deluusioita tai muutama deluusio jotka ajoittain häiritsevät ajattelua, sosiaalisia suhteita tai käyttäytymistä.
- 5 Kohtalaisen vaikea - Lukuisia selviä, itsepintaisia deluusioita, jotka ajoittain häiritsevät ajattelua, sosiaalisia suhteita tai käyttäytymistä.
- 6 Vaikea - Vakiintuneita deluusioita, jotka ovat kristallisoituneita, mahdollisesti systematisoituneita, itsepintaisia ja häiritsevät selvästi ajattelua, sosiaalisia suhteita tai käyttäytymistä.
- 7 Erittäin vaikea - Vakiintuneita deluusioita, jotka ovat joko erittäin systematisoituneita tai lukuisia ja jotka hallitsevat potilaan elämää monitahoisesti. Seurauksena on usein sopimaton ja vastuuton toiminta, joka voi jopa vaarantaa potilaan tai muiden turvallisuuden.

P2 Ajatus- ja puheenhäiriöt

- 1.2. Hajanainen käsityskyky. Hajanainen ajatteluprosessi, jota luonnehtii häiriintynyt päämäärä-hakuinen päättely, esim. seikkaperäisyys, sekundäärisuus, löyhät assosiaatiot, epäjohdonmukaisuus, karkea epäloogisuus tai ajatuskatko.

Luokitteluperusta: kognitiivisverbaalisten prosessien havainnointi haastattelun aikana.

- 1 Puuttuu - Määritelmä ei ole sovellettavissa.
- 2 Vähäinen - Kyseenalainen patologia, saattaa olla normaalin rajoissa.
- 3 Lievä - Ajattelu on seikkaperäistä, sekundääristä tai paraloogista. Ajatusten suuntaaminen päämäärään on jonkin verran vaikeaa ja stressin alaisena voi esiintyä assosiaatioiden löyhtymistä.
- 4 Kohtalainen - Lyhyessä ja jäsenellyssä kommunikaatiossa kykenee fokusoimaan ajatukset, mutta ne löyhtyvät ja muuttuvat asiaankuulumattomiksi kun kommunikaatio on monimutkaisempaa tai kun on stressaantunut.
- 5 Kohtalaisen vaikea - Ajatusten järjestäminen on yleensä vaikeaa ja esiintyy paljon irrevalenttia, epäjohdonmukaista, sekä assosiaatioiden löyhtymistä myös ilman stressiä.
- 6 Vaikea - Ajatukset ovat vaikeasti pois raiteiltaan ja sisäisesti epäjohdonmukaisia, minkä vuoksi esiintyy lähes jatkuvasti paljon asiaankuulumatonta sekä ajatusprosessien häiriintymistä.
- 7 Erittäin vaikea - Ajatukset ovat häiriintyneet niin että potilas on inkoherentti. Assosiaatioiden löyhtyminen on huomattava ja seurauksena on täydellinen kommunikaatiokyvyttömyys, kuten "sanasalaatti!" tai mutismi.

P3 Aistiharhat

- 1.3. Harhainen käytös. Verbaalinen ilmaus tai käyttäytyminen ilmaisee aistimuksia, joita eivät saa aikaan ulkoiset ärsykkeet. Niitä voi olla kuulo-, näkö-, haju- tai tuntoaistin alueella.

Luokitteluperusta: sanallinen tai fyysinen ilmaus haastattelun aikana sekä perusterveydenhuollon tai perheen tiedot käyttäytymisestä.

- 1 Puuttuu - Määritelmä ei ole sovellettavissa.
- 2 Vähäinen - Kyseenalainen patologia; saattaa olla normaalin rajoissa.
- 3 Lievä - Yksi tai kaksi selvää harvoin esiintyvää aistiharhaa, tai muutoin joukko heikkoja poikkeavia aistimuksia jotka eivät johda ajatuksen tai käyttäytymisen vääristymiin.
- 4 Kohtalainen - Harhoja esiintyy usein mutta ei jatkuvasti, ja ne vaikuttavat potilaan ajatteluun ja käyttäytymiseen vain vähän.
- 5 Kohtalaisen vaikea - Harhat ovat toistuvia, ne voivat esiintyä useamman kuin yhden aistin alueella ja ne pyrkivät vääristämään ajattelua ja/tai häiritsemään käyttäytymistä. Potilas voi tulkita näitä kokemuksia delusionaalisesti ja vastata niihin emotionaalisesti sekä toisinaan myös verbaalisesti.
- 6 Vaikea - Harhoja esiintyy lähes jatkuvasti ja ne häiritsevät huomattavasti ajattelua ja käyttäytymistä. Potilas pitää niitä todellisina aistimuksina ja monet emotionaaliset ja verbaaliset vastineet harha-aistimuksiin estävät toimintaa.
- 7 Erittäin vaikea - Potilas on lähes täysin harhojensa vallassa. Harhat käytännöllisesti katsoen hallitsevat ajattelua ja käytöstä. Harha-aistimusten tulkinta on rigidin delusionaalista ja niihin vastataan verbaalisesti ja käyttäytymisellä. Potilas noudattaa käskettäviä harha-aistimuksia.

N1 Tunneilmaisujen latistuminen

- 2.1. Tunteettomuus. Vähentynyt emotionaalinen herkkyys, jota luonnehtivat alentunut kasvojen ilmeikkyyys, tunteiden vaihtelu ja kommunikaatioeleet.

Luokitteluperusta: haastattelun aikaiset havainnot mielialan ja emotionaalisen herkkyyden fyysisistä ilmentymistä.

- 1 Puuttuu - Määritelmä ei ole sovellettavissa.
- 2 Vähäinen - Kyseenalainen patologia; saattaa olla normaalin rajoissa.
- 3 Lievä - Kasvojen ilmeiden ja kommunikaatioeleiden muutokset näyttävät väkinäisiltä, pakonomaisilta, keinotekoisilta tai vaihtelu puuttuu.
- 4 Kohtalainen - Kasvojen ilmeiden vähyyden ja vähäisten eleiden vuoksi olemus on tylsä.
- 5 Kohtalaisen vaikea - Tunteet yleensä "latteita"; kasvojen ilmeet vaihtelevat vain satunnaisesti ja kommunikaatioeleet ovat harvalukuisia.
- 6 Vaikea - Suurimman osan ajasta huomattavaa tunteiden latteutta ja vajavuutta. Saattaa esiintyä moduloimattomia ääritunteenpurkauksia kuten kiihtymystä, raivoa ja epäasiallista, konrolloimatonta naurua.
- 7 Erittäin vaikea - Kasvojen ilmeet ja kommunikaatioeleet puuttuvat käytännöllisesti katsoen kokonaan. Potilas vaikuttaa kuivakkaalta ja puisevalta.

N4 Sosiaalinen vetäytyneisyys

- 2.4. Passiivinen/apaattinen sosiaalinen vetäytyminen. Mielenkiinto ja aloitekyky sosiaaliseen kanssakäymiseen on vähentynyt passiivisuuden, apatian, voimattomuuden tai tahdonvoiman puutteen vuoksi. Seurauksena on alentunut vuorovaikutus ja päivittäisen elämäntoimintojen laiminlyönti.

Luokitteluperusta: perusterveydenhuollon ja perheen tiedot sosiaalisesta käyttäytymisestä.

- 1 Puuttuu - Määritelmä ei ole sovellettavissa.
- 2 Vähäinen - Kyseenalainen patologia; saattaa olla normaalin rajoissa.
- 3 Lievä - Osoittaa satunnaisesti mielenkiintoa sosiaalisiin aktiviteetteihin, mutta aloitekyky on heikko. Tavallisesti on tekemisissä toisten kanssa vain toisten aloitteesta.
- 4 Kohtalainen - Osallistuu passiivisesti useimpiin sosiaalisiin aktiviteetteihin, mutta vailla mielenkiintoa ja mekaanisesti. Pyrkii vetäytymään taka-alalle.
- 5 Kohtalaisen vaikea - Osallistuu passiivisesti vain vähäisiin toimintoihin eikä käytännöllisesti katsoen osoita mielenkiintoa eikä aloitteellisuutta. Viettää yleensä vähän aikaa toisten kanssa.
- 6 Vaikea - On apaattinen ja eristäytyy, osallistuu perin harvoin sosiaalisiin aktiviteetteihin ja ajoittain lyö laimin henkilökohtaiset tarpeensa. Spontaaneja sosiaalisia kontakteja on erittäin vähän.
- 7 Erittäin vaikea - Perin pohjin apaattinen, sosiaalisesti eristäytynyt ja laiminlyö itsensä.

N6 Spontaanisuuden ja sujuvan keskustelun puute

- 2.6. Spontaanisuuden puute ja keskustelun kulku. Normaaliin kommunikaation alentuminen apatiaan, tahdonvoiman puutteeseen, defensiivisyyteen tai kognitiiviseen vajavuuteen

liittyen. Ilmenee verbaalis-vuorovaikutuksellisen prosessin joustavuuden ja tuottavuuden vähenemisenä.

Luokitteluperusta: kognitiivis-verbaalisten prosessien havainnointi haastattelun aikana.

- 1 Puuttuu - Määritelmä ei ole sovellettavissa.
- 2 Vähäinen - Kyseenalainen patologia; saattaa olla normaalin rajoissa.
- 3 Lievä - Keskustelussa vähän aloitteellisuutta. Potilaan vastaukset jäävät lyhyiksi ja kaunistelemattomiksi; ne vaativat haastattelijan suoria ja johdattelevia kysymyksiä.
- 4 Kohtalainen - Keskustelu ei kulje vapaasti, vaan tuntuu epätasaiselta ja ontuvalta. Tarvitaan usein johdattelevia kysymyksiä nostattamaan adekvaatteja vastauksia ja edistämään keskustelua.
- 5 Kohtalaisen vaikea - Potilas osoittaa huomattavan spontaanisuuden ja avoimuuden puutetta ja vastaa haastattelijan kysymyksiin vain yhdellä tai kahdella lyhyellä lauseella.
- 6 Vaikea - Potilaan vastaukset rajoittuvat etupäässä muutamaan sanaan tai lyhyeen lauseeseen tarkoituksena välttää tai lyhentää kommunikaatiota. (Esim. "En tiedä", "En pysty sanomaan.") Sen seurauksena keskustelu on erittäin vaikeaa eikä haastattelu tuota tulosta.
- 7 Erittäin vaikea - Verbaalinen ilmaisu rajoittuu pelkästään satunnaiseen äännähdykseen; keskustelu on mahdotonta.

G5 Luonnottomat liikkeet ja asennot

3.5. Maneerit ja asennot. Luonnoton liikehdintä tai asento, jota luonnehtii kömpelö, väkinäinen, hajanainen tai bisarri olemus.

Luokitteluperusta: fyysisten manifestaatioiden havainnointi haastattelun aikana sekä perusterveydenhuollon ja perheen tiedot.

- 1 Puuttuu - Määritelmä ei ole sovellettavissa.
- 2 Vähäinen - Kyseenalainen patologia; saattaa olla normaalin rajoissa.
- 3 Lievä - Liikkeissä lievää kömpelyyttä tai asennossa lievää jäykkyyttä.
- 4 Kohtalainen - Liikkeet ovat selvästi kömpelöitä tai hajanaisia, tai asento pysyy luonnottomana lyhyitä aikoja.
- 5 Kohtalaisen vaikea - Havaittavissa satunnaisia bisarreja rituaaleja tai luonnoton asento säilyy pitkiä aikoja.
- 6 Vaikea - Bisarreja rituaaleja toistetaan usein, maneeereita, stereotyyppistä liikehdintää, vääristynyt asento pysyy pitkiä aikoja.
- 7 Erittäin vaikea - Toimintaa häiritsee vaikea, käytännössä jatkuva rituaalien, maneerien tai stereotyyppisen liikehdinnän noudattaminen tai pysyvä luonnoton asento joka säilyy suurimman osan aikaa.

G9 Epätavalliset ja oudot asennot

3.9. Epätavallinen ajatussisältö. Ajattelua luonnehtivat oudot, mielikuvitukselliset ja bisarit ajatukset, jotka vaihtelevat etäisistä ja epätyypillisistä vääristyneisiin, epäloogisiin ja avoimen absurdeihin.

Luokitteluperusta: haastattelun aikana ilmaistu ajatussisältö.

- 1 Puuttuu - Määritelmä ei ole sovellettavissa.
- 2 Vähäinen - Kyseenalainen patologia; saattaa olla normaalin rajoissa.
- 3 Lievä - Ajatussisältö on jonkin verran omituinen tai poikkeava, tai tuttujen ajatusten sisältö outo.
- 4 Kohtalainen - Ajatukset ovat usein vääristyneitä ja ajoittain vaikuttavat melko bisarreilta.
- 5 Kohtalaisen vaikea - Potilas esittää monia outoja ja mielikuvituksellisia ajatuksia (esim. että on kuninkaan adoptiopoika, että on paennut kuolleista) tai avoimen absurdeja ajatuksia (esim. että potilaalla on satoja lapsia, että saa hammaspaikan välityksellä radiolähetyksiä ulkoavaruudesta).
- 6 Vaikea - Potilas osoittaa monia epäloogisia ja absurdeja ajatuksia tai ajatuksia joiden sisältö on selvän bisarri (esim. että potilaalla on kolme päätä, että on vieras toiselta planeetalta).
- 7 Erittäin vaikea - Ajattelu on täynnä absurdeja, bisarreja ja groteskeja ajatuksia.

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds)
Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012

Table 4–8. Examples of coping strategies: behavioral (B),
cognitive (C), and emotional (E)

Problem centered

B—“I try to speak slower, looking for a point to anchor the thoughts that are blowing in my mind.”

C—“I talk to myself, trying to find a way to deal with the problem.”

E—“To begin with, I try to calm myself.”

Non–problem centered

B—“I don’t talk about the problem, but I try to look normal or friendly.”

C—“I try to distract myself, thinking of other things.”

E—“The only thing I can do is become very sad.”

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds)
Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012

Table 4–9. Risk factors for nonadherence

Patient-related risk factors

- Poor insight
- Negative attitude toward medication
- History of nonadherence
- Past or current comorbid substance abuse
- Short duration of illness

Treatment-related risk factors

- Higher antipsychotic dose
- Complexity of treatment regimen
- Use of first-generation antipsychotics vs. second-generation antipsychotics

Environment-related risk factors

- Poor therapeutic alliance
 - Poor outpatient-clinician relationship
 - Family belief about medications
 - Inadequate discharge planning and follow-up care
 - Practical issues such as lack of money
 - Stigmatization
-

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds) Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012

Table 10–1. Social skills training procedures

Identify the problem: Identify together with the patient the actual obstacles to the personal goals in life.

Set the goal: Specify the suitable social behaviors required for successful attainment of short-term goals after a detailed description of what communication skills are to be learned.

Role-playing: Demonstrate the communication skills required for successful social interaction.

Feedback: Focus on the quality of the behaviors used in the role-play.

Social modeling: Teach, through demonstration, the desired interpersonal behaviors.

Behavioral practice: Repeat the target behavior until it reaches success in real life.

Positive social reinforcement: Reinforce contingently the improved skills.

Homework: Motivate the patient to use communication skills in real-life situations.

Problem solving: Provide reinforcement on the basis of the patient's experience in using the skills.



A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: A pilot study



Mar Rus-Calafell ^{a, b, *}, José Gutiérrez-Maldonado ^a, Joan Ribas-Sabaté ^b

^a Department of Personality, Assessment and Psychological Treatments, University of Barcelona, Passeig de la Vall d'Hebrón, 171, 08035 Barcelona, Spain

^b Department of Psychiatry and Mental Health, Igualada General Hospital, Avinguda Catalunya, 11, 08700 Igualada, Spain

Table 1

Brief description of the VR integrated program (*Soskitrain*) 7 activities.

Skill	Purpose	Activity/Technique
Social perception	To improve emotion recognition capability.	Facial emotion recognition task choosing between 7 facial emotions (happiness, sadness, fear, anger, disgust, surprise and neutral).
Processing social information	Correct interpretation of other expressions and intentions. Generation of alternative thoughts.	Two-way interactions with a cashier and a barman with different emotional states (happy, sad, anger and ambiguous).
Responding and sending skills	Use of verbal (passive, aggressive and assertive) and non-verbal communication.	Identification of correct patterns of non-verbal communication (e.g., eye contact, physical space, posture and gestures). Accurate recognition and use of the three communication styles in different people (e.g. a security guard in a museum or a waitress in a restaurant).
Affiliative skills	To increase expressing affection, personal opinions and needs to family and friends.	Making and receiving compliments to or from the others.
Assertive communication	To learn specific assertive techniques to deal with discrimination or manipulation situations and improve self-confidence.	Two-way conversations with a manipulating friend trying to take advantage of the participant. Changing the roles, the participant has to convince his/her friend to do something and guess the anti-manipulating technique he is using to refuse it.
Instrumental role skills	To improve interactional skills in social situations to increase likeability (e.g. making requests, saying no and purchasing some drinks).	Two-way conversations with staff and people in a pub with specific instructions in saying no to some proposals, request and purchase specific things.
Conversational skills	To improve skills for starting, maintaining and finishing a conversation. To increase time expended in a conversation to reduce social anxiety and implement pleasantness.	One-to-one conversations with a man or woman to speak about different topics (e.g. sports, cinema, food, travel), encouraging the subject to keep on going in a conversation.



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jbtep



A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: A pilot study



Mar Rus-Calafell ^{a, b, *}, José Gutiérrez-Maldonado ^a, Joan Ribas-Sabaté ^b

^a Department of Personality, Assessment and Psychological Treatments, University of Barcelona, Passeig de la Vall d'Hebrón, 171, 08035 Barcelona, Spain

^b Department of Psychiatry and Mental Health, Igualada General Hospital, Avinguda Catalunya, 11, 08700 Igualada, Spain

M. Rus-Calafell et al. / J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 45 (2014) 81–89



Fig. 1. Examples of *Soskitrain* scenarios.

Taulukko 16. Oireidenhallinnan periaatteita.

	Yksilöllisen haavoittuvuus-stressimallin hahmottaminen
	Tietoa psykoosista ja sen hoidosta – toiveita ja pelkoja
1	Varhaisten varoitusmerkkien tunnistaminen ja hallinta <ul style="list-style-type: none"> • mielialan muutokset • unihäiriöt • ajatusten ja tunteiden muutokset • käyttäytymisen muutokset
2	Pysyväisoireiden tunnistaminen ja hallinta <ul style="list-style-type: none"> • kuuloharhat • harhaluulot • masentuneisuus • ahdistuneisuus
3	Alkoholin ja huumeiden käytön välttäminen
4	Toimintasuunnitelman laatiminen kriisitilanteita varten

Taulukko 17. Perheinterventioiden keinoja.

1	Perheiden tukeminen
2	Koulutuksen tarjoaminen perheille <ul style="list-style-type: none"> • tiedon antaminen mm. skitsofrenian hoidosta ja kuntoutuksesta sekä sairauden uusiutumiseen liittyvistä tekijöistä • oireidenhallinnan opettaminen
3	Perheenjäsenten stressinhallintakeinojen kehittäminen <ul style="list-style-type: none"> • ongelmanratkaisu- ja selviytymiskeinojen tehostaminen • tarvittaessa kommunikaatiotaitojen parantaminen

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds)
Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012

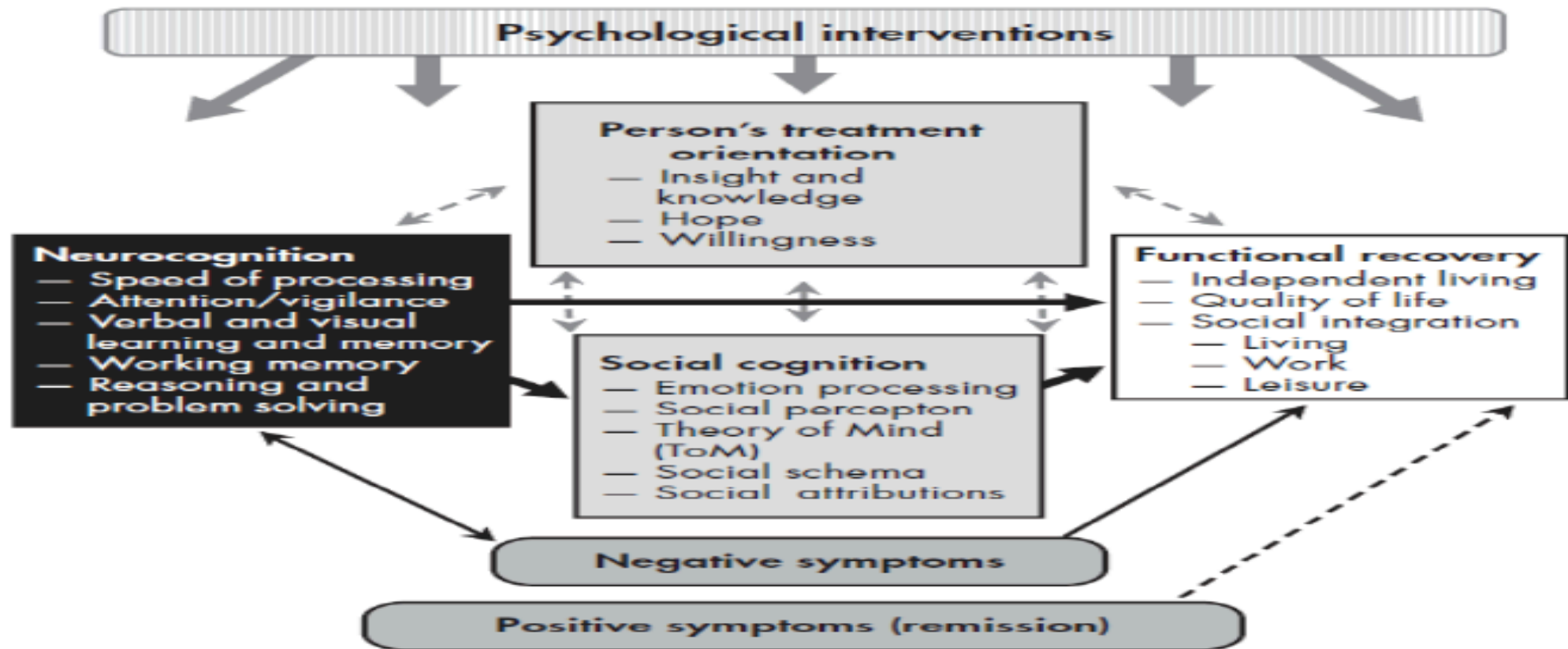


Figure 5–4. Integrative model of treatment: possible mediators between neurocognition and functional outcome.

Source. Adapted from Mueller and Roder 2010; Roder et al. 2010.

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds)
Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012

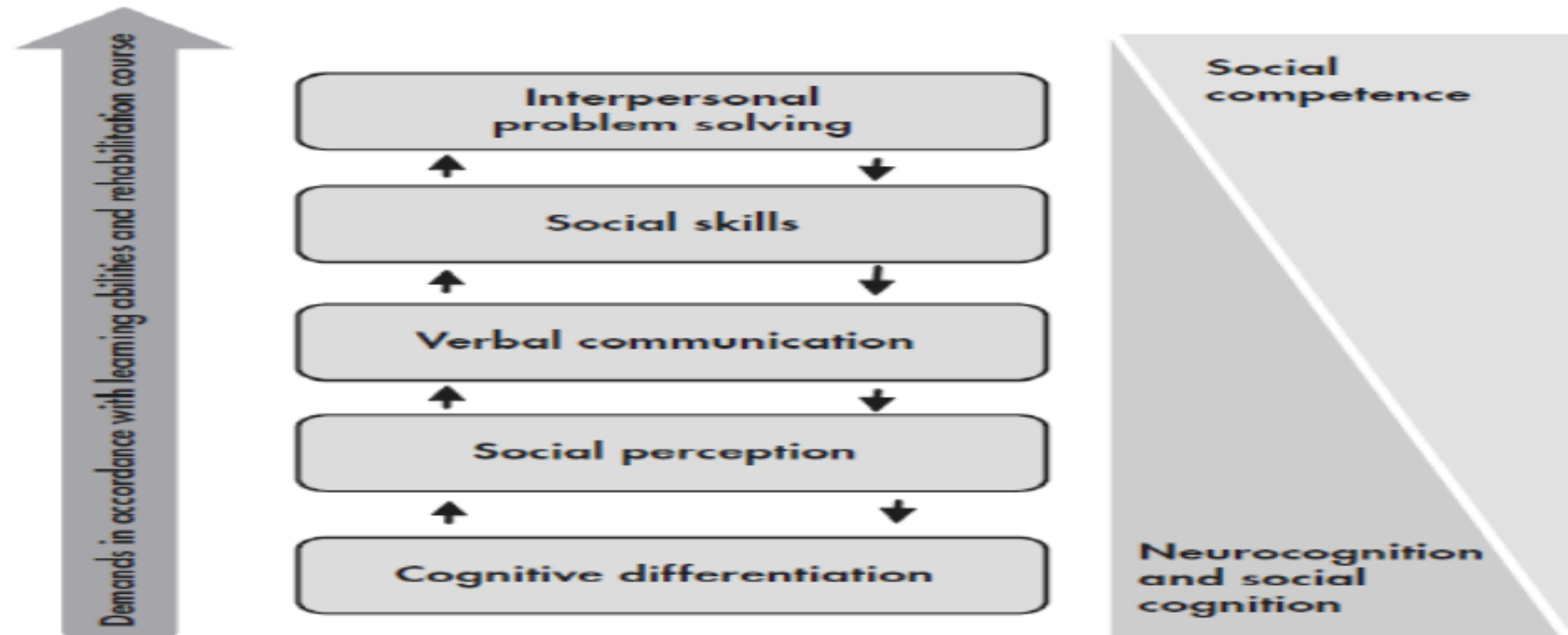


Figure 5–5. Integrated Psychological Therapy: content and conceptualization.

Source. Adapted from Roder et al. 2010.

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds)
 Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012

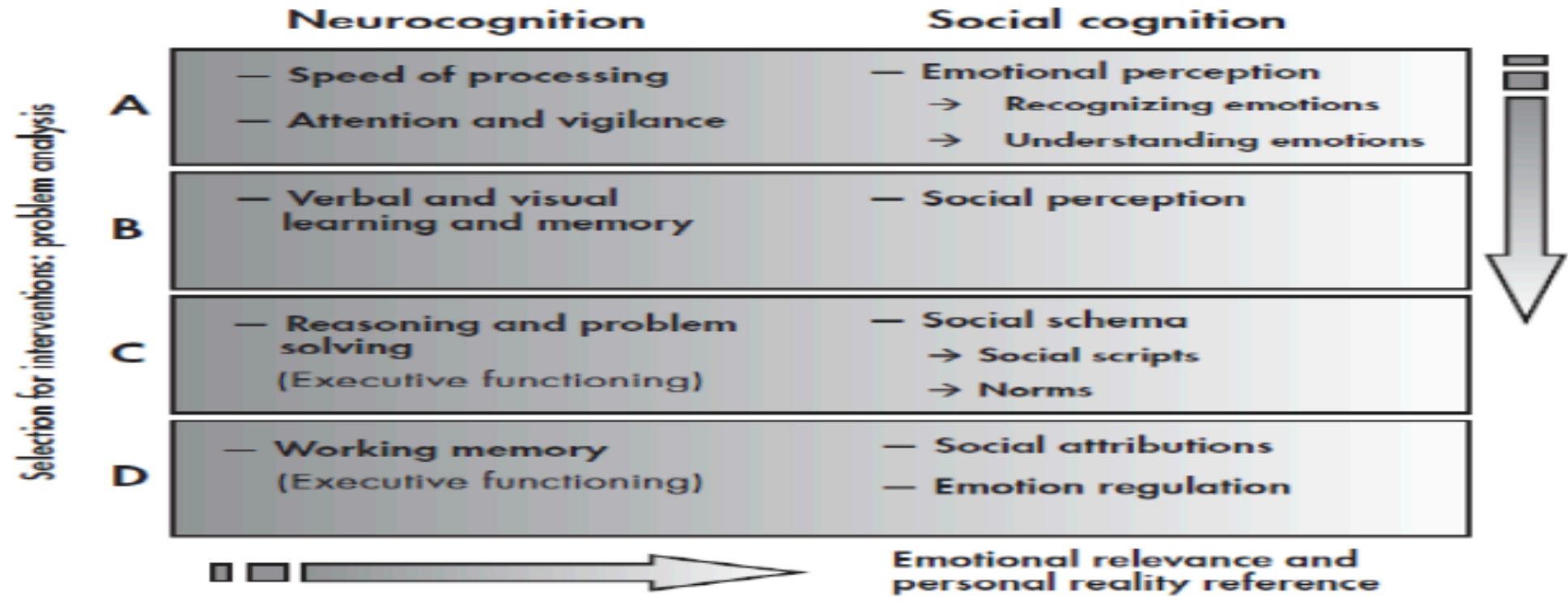


Figure 5–6. Integrated Neurocognitive Therapy: content and conceptualization.

Source. Adapted from Mueller and Roder 2010; Roder et al. 2010.

Kysymyksiä?