

010725 Psykiatrinen diagnostiikka osa 2

Yl juha kemppinen

010725 Psykiatrinen diagnostiikka –osa 2

- Agenda:

1. Masennus
2. Bipolaaritauti
3. Psykoosit
4. Päihdeongelmat
5. Ahdistuneisuus
6. Syömishäiriöt
7. Somatoformiset häiriöt
8. Neuropsykiatriset taudit

ICD- 9 Yleiset Lääketieteelliset tilat:

Infektiot ja loistaudit
Kasvannaiset
Endokriiniset, ravitsemukselliset, metaboliset
ja immunitettihäiriöt
Raskaus -, synnytys - ja lapsivuodekomplikaatiot
Synnynäiset anomaliat
Epämääräiset olosuhteet, vammat ja myrkytykset
Verisairaudet
Aistin- ja keskushermostosairaudet
Verenkertoelimistön sairaudet
Hengityselinsairaudet
Ruuansulatuskanavan sairaudet
Virtsateiden sairaudet
Iho- ja ihonalaiskudoksen sairaudet
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Päihteiden laukaisemat tilat :

Amnestinen oireyhtymä
Delirium
Dementia

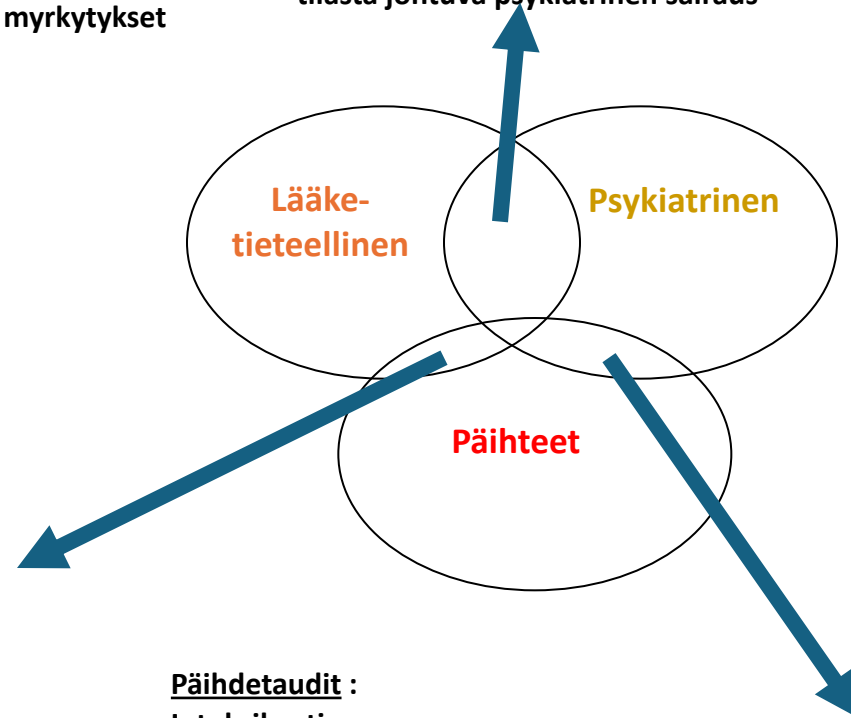
Päihteisiin liittyvät tai laukaisevat

lääketieteelliset tilat:

Rytmihäiriöt
Verenkuvamuutokset
Kardiomyopatiat
Ruokatorvikohjut
Gastriitti
Hepatiitti
Haimatulehdus
Myopatiat, neuropatiat jne

Päihteisiin liittymättömät amnestiset oireyhtymät,

Delirium, Dementia, Lääketieteellisiin
tiloihin vaikuttavat psykologiset tekijät,
Lääketieteellisestä tilasta johtuvat psykiatriset
tilat:
Katatonia, Persoonallisuuden muutos, somaattisesta
tilasta johtuva psykiatrinen sairaus



Päihdetaudit :

Intoksikaatio
Riippuvuus

Alkoholi, Amfetamiini,
Kahvi, Kannabis, Kokaiini,
Hallusinogeenit, Imppaus,
Tupakka, Opiaatit, PCP,
Rauhoittavat, Unilääkkeet,
Designhuumeet

SCID I Akseli I :

Lapsuus- ja nuorisopsykiatri-
set häiriöt
Skitsofrenia ja muut psykoosit
Mielialahäiriöt
Ahdistuneisuushäiriöt
Itseaiheutetut häiriöt
Dissosiaatiohäiriöt
Seksuaaliset ja sukupuoli-
identiteettihäiriöt
Syömishäiriöt
Unihäiriöt
Impulssikontrollihäiriöt
Sopeutumishäiriöt

SCID II - Akseli II:

Persoonallisuushäiriöt
Kehitysvammaisuus
V koodi tilat

Päihteiden laukaisemat

tilat:

Psykoottiset häiriöt
Mielialahäiriöt
Ahdistushäiriöt
Seksuaalitoiminnan häiriöt
Unihäiriöt
... NAS

Lääkeaineiden laukaisemat tilat

Strukturoitu kliininen haastattelu:

STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV AXIS I DISORDERS

➔ **SCID - I**

CLINICIAN VERSION

Michael B. First, M.D.

Robert L. Spitzer, M.D.

Miriam Gibbon, M.S.W.

Janet B. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Institute
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Haastateltava: _____ Syntymäaika tai ht: _____

Haastattelija: _____ Haastattelijan numero tai koodi: _____

Haastattelun päivämäärä: _____

Tietolähteet:
(merkitse kaikki joita on käytetty)

- ☐ Haastateltava
- ☐ Perhe/ ystävät/ tuttavat/ työtoverit
- ☐ Terveystieteiden henkilöstö
- ☐ sairauskertomus/ lähete

SCID-CV DIAGNOSTINEN YHTEENVETO MIELIALAHÄIRIÖT

Nykyinen	Elinaikainen	Kaksisuuntainen mielialahäiriö, tyyppi I (D4)	ICD-10-koodi
☐	☐	296.40 ...viimeisin jakso hypomaaninen	F31.0
☐	☐	296.0x ...yksittäinen maaninen jakso	F30.
☐	☐	296.4x ...viimeisin jakso maaninen	F31.
☐	☐	296.6x ...viimeisin jakso sekamuotoinen	F31.6
☐	☐	296.5x ...viimeisin jakso masennus	F31.
merkitse viides numero: __ 1- lievä __ 2- keskivaikea __ 3- vaikea ilman psykoottisia piirteitä __ 4- vaikea psykoottisin piirtein __ 5- osittaisessa remissiossa __ 6- remissiossa __ 0- määrittelemätön			
☐	☐	296.70 ... viimeisin jakso määrittelemätön	F31.9
Muut kaksisuuntaiset mielialahäiriöt			
☐	☐	296.89 Kaksisuuntainen mielialahäiriö, tyyppi II (D9)	F31.8
merkitse: __ hypomaaninen __ masennus			
☐	☐	301.13 Mielialan aaltoiluhäiriö (D12)	F34.0
☐	☐	296.80 Tarkemmin määrittelemätön kaksisuuntainen mielialahäiriö (D16)	F31.9
Vakava masennustila (D16)			
☐	☐	296.2x Vakava masennustila, yksittäinen jakso	F32.
☐	☐	296.3x Vakava masennustila, toistuva	F33.

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

- A. Mielialajaksot
- B/C. Psykoottisuuden seulonta
- D. Mielialahäiriöt
- E. Päihteiden käyttöhäiriöt
- F. Ahdistuneisuushäiriöt
- G. Somatoformiset häiriöt
- H. Syömishäiriöt
- I. Sopeutumishäiriöt
- J. Optionaalinen moduli

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

- A. Mielialajaksot
 - Vakava masennusjakso (nykyinen/ aikaisemmin)
 - Maaninen jakso (nykyinen/ aikaisemmin)
 - Hypomaaninen jakso (nykyinen/ aikaisemmin)
 - Dystyyminen häiriö (vain nykyinen)
 - Lääketieteellistä tilasta johtuva mielialahäiriö
 - Päihteistä johtuva mielialahäiriö

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

• B. Psykoottiset oireet

- Deluusiot/harhaluulot
- Hallusinaatiot/aistiharhat
- Hajanainen puhe ja ajattelu
- Epänormaali käyttäytyminen
 - (katatonia)
- Negatiiviset oireet

DSM-5 kriteerit:

2/5, joista yksi pitää olla

- harhaluulot, harhat tai hajanaisuus

- **Diagnoosia asetettaessa:**

- **Psykoottisten oireiden tyyppi**
- **Sairaudenkulku**
 - **Kesto**
 - **Altistavat tekijät**
 - **Sairauden kulku**
 - **Premorbidi persoonallisuus**
 - **Jäännösoireet**
- **Sairauden seuraukset**
- **Poissulkukriteerit**

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

- C. Psykoottiset häiriöt

- Skitsofrenia
 - Paranoidinen
 - Katatoninen
 - Disorganisoitunut
 - Erilaistumaton
 - Residuaali
- Skitsofreniforminen häiriö
- Skitsoaffektiivinen häiriö
- Harhaluuloisuushäiriö
- Lyhyt psykoottinen häiriö
- Lääketieteellisestä tilasta johtuva psykoosi
- Päihteistä johtuva psykoosi
- Psychosis NAS

DSM-5 kriteerit:

- **Katatonia:**

- **Agitaatio, stupor**
- **Katalepsia**
- **Ekolalia**
- **Ekopraksia**
- **Liioiteltu komplianssi**
- **Irvistely**
- **Mannerismi**
- **Mutismi**
- **Negativismi**
- **Posturismi**
- **Stereotypiat**
- **”waxy flexibility”**

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

- D. Mielialahäiriöt
 - Bipolar I
 - Bipolar II
 - Bipolar muut (syklotyminen, NAS)
 - Vakava masennustila
 - Masennustila NAS

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

- E. Päihteiden käyttöhäiriöt
 - Alkoholiriippuvuus ja – väärinkäyttö
 - Amfetamiini
 - Kannabis
 - Kokaiini
 - Hallusinogeeni
 - Opioidi
 - Fensyklidiini
 - Rauhoittava- ja unilääke
 - Seka- ja monipäihderiippuvuus ja – väärinkäyttö
 - Muu päihderiippuvuus ja - väärinkäyttö

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

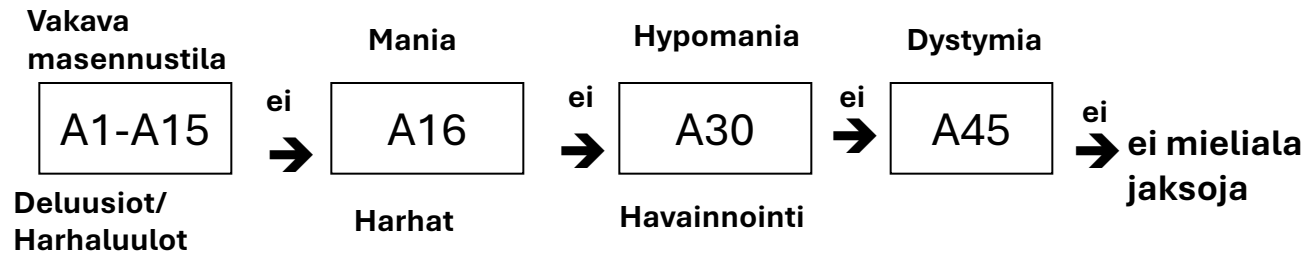
- G. Somatoformiset häiriöt
 - Somatisointihäiriö (vain nykyinen)
 - Erilaistumaton somatoforminen häiriö (vain nykyinen)
 - Kipuoireyhtymä (vain nykyinen)
 - Hypokondriasis (vain nykyinen)
 - Kehon dysmorfinen häiriö (vain nykyinen)

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

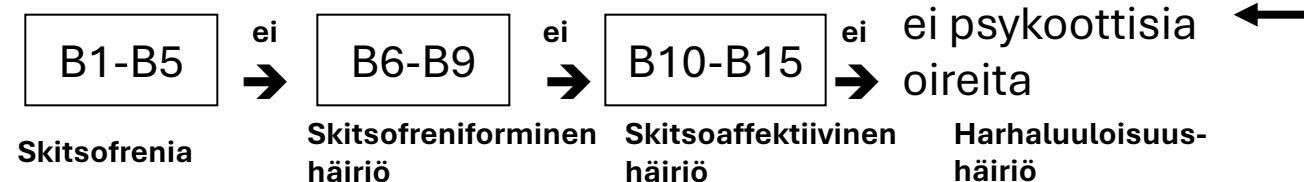
- H. syömishäiriöt
 - Anoreksia nervosa
 - Bulimia nervosa
 - Binge eating disorder
- I. Sopeutumishäiriöt
 - Sopeutumishäiriö (vain nykyinen)
- J. Optionaalinen moduli
 - Akuutti stressihäiriö
 - Lievä tai keskivaikea masennus
 - Sekamuotoinen ahdistus- ja masennushäiriö
 - Aikaisempien masennus/maniajaksojen oireiden yksityiskohdat

SCID I yhteenveto :

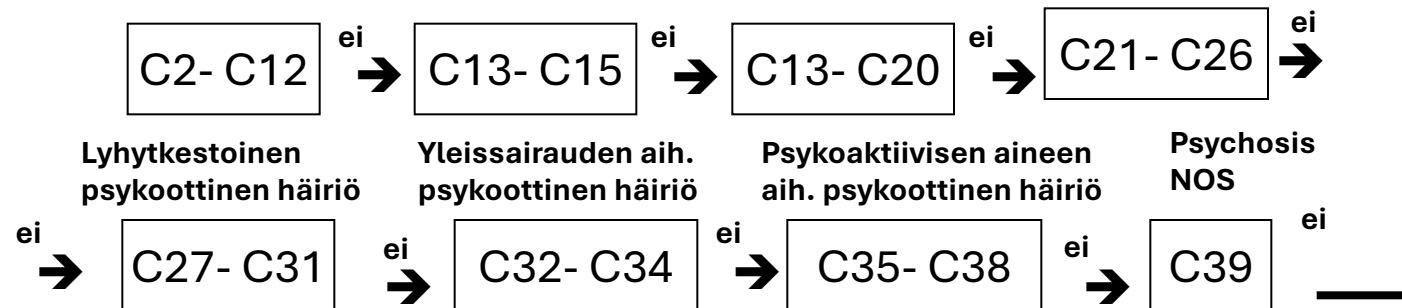
A. Mielialajaksot (1-69) :



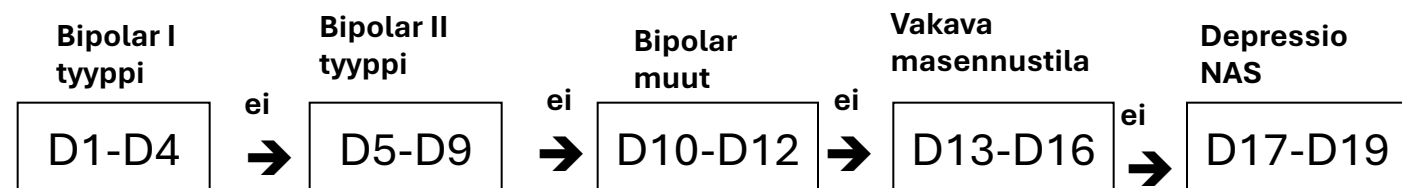
B. Psykoottiset oireet (1-14):



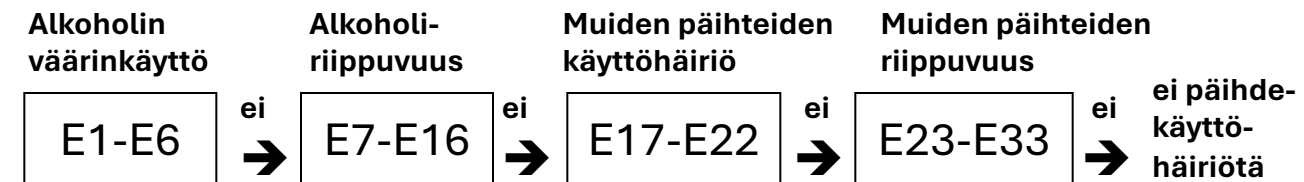
C. Psykoosien erotusdiagnoosit (1-39):



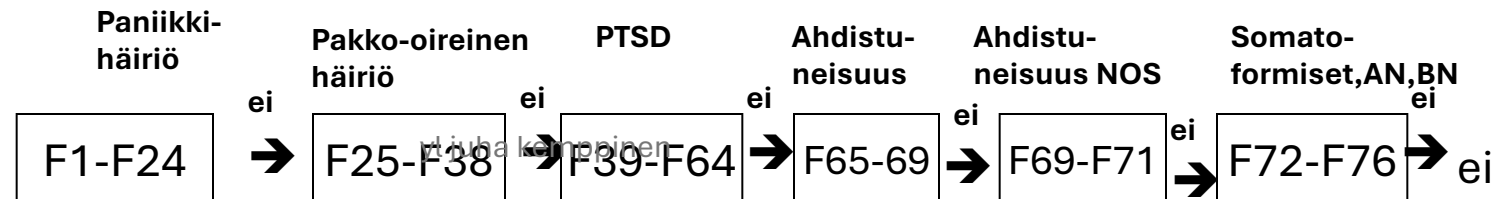
D. Mielialahäiriöt (1-14):



E. Alkoholin ja muiden päihteiden käyttöhäiriöt (1-32) :



F. Ahdistuneisuus häiriöt ja muut (1-79):



Decision trees organized by DSM-5 diagnostic grouping

First M, DSM-5™ Handbook of Differential Diagnosis, 2014

I Neurodevelopmental presentations

[Decision Tree for Poor School Performance](#) Poor school performance

[Decision Tree for Behavioral Problems in a Child or Adolescent](#) Behavioral problems in a child or adolescent

[Decision Tree for Speech Disturbance](#) Speech disturbance

[Decision Tree for Distractibility](#) Distractibility

II Schizophrenia and other psychotic presentations

[Decision Tree for Delusions](#) Delusions

[Decision Tree for Hallucinations](#) Hallucinations

[Decision Tree for Catatonic Symptoms](#) Catatonic symptoms

III Bipolar presentations

[Decision Tree for Elevated or Expansive Mood](#) Elevated or expansive mood

[Decision Tree for Irritable Mood](#) Irritable mood

IV Depressive presentations

[Decision Tree for Depressed Mood](#) Depressed mood

[Decision Tree for Suicidal Ideation or Behavior](#) Suicidal ideation or behavior

[Decision Tree for Psychomotor Retardation](#) Psychomotor retardation

V Anxiety presentations

[Decision Tree for Anxiety](#) Anxiety

[Decision Tree for Panic Attacks](#) Panic attacks

[Decision Tree for Avoidance Behavior](#) Avoidance behavior

VI Trauma- and stressor-related presentations

[Decision Tree for Trauma or Psychosocial Stressors Involved in the Etiology](#) Trauma or psychosocial stressors involved in the etiology

VII Somatic symptom presentations

[Decision Tree for Somatic Complaints or Illness/Appearance Anxiety](#) Somatic complaints or illness/appearance anxiety

VIII Feeding and eating presentations

[Decision Tree for Appetite Changes or Unusual Eating Behavior](#) Appetite changes or unusual eating behavior

IX Sleep-wake presentations

[Decision Tree for Insomnia](#) Insomnia

[Decision Tree for Hypersomnolence](#) Hypersomnolence

X Sexual dysfunction presentations

[Decision Tree for Sexual Dysfunction in a Female](#) Sexual dysfunction in a female

[Decision Tree for Sexual Dysfunction in a Male](#) Sexual dysfunction in a male

XI Disruptive, impulse-control, and conduct presentations

[Decision Tree for Aggressive Behavior](#) Aggressive behavior

[Decision Tree for Impulsivity or Impulse-Control Problems](#) Impulsivity or impulse-control problems

[Decision Tree for Self-Injury or Self-Mutilation](#) Self-injury or self-mutilation

XII Substance-related presentations

[Decision Tree for Excessive Substance Use](#) Excessive substance use

XIII Neurocognitive presentations

[Decision Tree for Memory Loss](#) Memory loss

[Decision Tree for Cognitive Impairment](#) Cognitive impairment

XIV Etiological medical presentations

[Decision Tree for Etiological Medical Conditions](#) Etiological medical conditions

SCID-5-CV- DIAGNOSTINEN YHTEENVETO

- I Keskushermoston kehitykselliset häiriöt
- **II Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt**
- III Kaksisuuntaiset ja niihin liittyvät mielialahäiriöt
- IV Masennushäiriöt
- V Ahdistuneisuushäiriöt
- VI Pakko-oireiset tai vastaavat häiriöt
- VII Trauma- ja stressitekijäperäiset häiriöt
- VIII Dissosiatiiviset häiriöt
- IX Elimellisoireiset häiriöt
- X Syömiskäyttäytymiseen liittyvät häiriöt
- XI Eliminaatiohäiriöt
- XII Uni-valverytmin häiriöt
- XIII Seksuaaliset toimintahäiriöt
- XIV Sukupuoliahdistus
- XV Käytöksen ja impulssikontrollin häiriöt
- XVI Päihteisiin liittyvät häiriöt ja riippuvuushäiriöt
- XVII Neurokognitiiviset häiriöt
- XVIII Persoonallisuushäiriöt
- XIX Seksuaaliset kohdehäiriöt
- XX Muut mielenterveyden häiriöt
- XXI Lääkityksen aiheuttamat liikehäiriöt ja muut lääkityksen aiheuttamat häiriöt
- XXII Muut mahdollisen huomion kohteena olevat tilat

SCID-5-CV- DIAGNOSTINEN YHTEENVETO

II SKITSOFRENIA JA MUUT PSYKOOTTISET HÄIRIÖT

- **301 .22 (F21) Psykoosipiirteinen persoonallisuus**
- **297. 1 (F22) Harhaluuloisuushäiriö**
 - *Määritä* tyyppi:
 - Erotomaaninen tyyppi,
 - Suuruusharhainen tyyppi,
 - Mustasukkaisuusharhainen tyyppi,
 - Vainoharhainen tyyppi,
 - Somaattisharhainen tyyppi,
 - Sekamuotoinen tyyppi,
 - Määrittämätön tyyppi
- **298.8 (F23) Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö**
- *Täsmennä* jos:
 - Liittyy merkittäviä stressitekijöitä
 - Ei liity merkittäviä stressitekijöitä
 - Synnytykseen liittyvä (peripartum aika)
- **295.40 (F20.81) Skitsofreenistyyppinen häiriö**
- *Täsmennä* jos:
 - Hyvän ennusteen piirteitä
 - Ilman hyvän ennusteen piirteitä

- **295.90 (F20.9) Skitsofreniaa,**
- **__._ (_____) Skitsoaffektiivinen häiriö**
- *Määritä* tyyppi:
 - **295.70 (F25.0) Kaksisuuntainen tyyppi**
 - **295.70 (F25.1) Masennusoireinen tyyppi**
 - **__._ (_____) Kemiallisen aineen (päihteen/lääkeaineen) aiheuttama psykoottinen häiriö**
 - **__._ (_____) Muusta lääketieteellisestä tilasta johtuva psykoottinen häiriö**
- *Määritä* ovatko:
 - **293.81 (F06.2) Harhaluulot vallitseva oire**
 - **293.82 (F06.0) Aistiharhat vallitseva oire**
- **293.89 (F06.1) Toiseen mielenterveyshäiriöön liittyvä katatonia (Katatonia-määrite)**
- **293.89 (F06.1) Elimelliseen sairauteen liittyvä katatonia**
- **293.89 (F06.1) Tarkemmin määrittämätön katatonia**
- **Huomaa:** merkitse ensin **781.99 (R29.818)** muu hermojärjestelmän tai
- luuston ja lihaksiston oire.
- **298.8 (F28) Muu määritetty** psykoottinen häiriö
- **298.9 (F29) Määrittämätön** psykoottinen häiriö

3. Psykoosit

Yl juha kemppinen

13.2.2024 Käypä Hoito-suositus: Skitsofrenia

Keskeinen sanoma

- Skitsofrenia on **vakava, monimuotoinen psyykinen sairaus**, jonka ennustetta voidaan parantaa varhaisella tunnistamisella, varhain aloitetulla hoidolla ja aktiivisella kuntoutuksella.
- Skitsofrenian hoito perustuu
 - **pitkäjänteiseen, luottamukselliseen hoitosuhteeseen**
 - yksilölliseen, potilaan ja hänen lähiomaistensa tarpeet huomioon ottavaan, säännöllisesti tarkistettavaan hoitosuunnitelmaan.
- Hoidossa keskeisiä ovat
 - **psykoosilääkitys**, jossa pyritään tehokkaan oirelievityksen lisäksi pienimpään tehokkaaseen annokseen ja haittavaikutusten minimoimiseen
 - potilaan ja hänen perheensä koulutuksellinen terapia (**psykoedukaatio**)
 - psykososiaalisen yksilöhoidon spesifiset muodot, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT)
 - potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua lisäävät **monipuoliset psykososiaalisen kuntoutuksen muodot**
 - **työkuntoutuksen ja tuetun työllistymisen edistäminen**.
 - **somaattisen terveyden arviointi, sen edistäminen** ja erityisesti kardiometabolisten riskien pienentäminen heti ensipsykoosista lähtien.

13.2.2024 Käypä Hoito-suositus: Skitsofrenia

Keskeinen sanoma (jatkuu)

- **Pitkäaikaishoidossa tärkeitä ovat**
 - potilaiden aktiivinen tukeminen hoitoon sitoutumiseen
 - uusien sairausjaksojen ehkäisy
 - mielekäs päiväohjelma ja sosiaaliset suhteet
 - potilaiden integroiminen yhteiskuntaan
 - joustavat palvelut kriisitilanteissa.
- Alueelliset hoitopalvelut tulee järjestää siten, että eriasteisesti sairastavat potilaat saavat yksilöllisiä tarpeitaan vastaavan hoidon ja kuntoutuksen **joustavasti ja integroidusti**.
- Psykososiaalisten hoito- ja kuntoutuspalveluiden **tasa-arvoinen alueellinen saatavuus** tulee turvata.
- Jotta tehokkaiksi osoittautuneet menetelmät saadaan osaksi hoitojärjestelmäämme, terveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilökunnalle on järjestettävä **koulutusta**.
- Skitsofrenian hyvä avohoitopainotteinen hoito edellyttää **riittäviä henkilöstö- ja osaamisresursseja**.

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

- B. Psykoottiset oireet
 - Deluusiot/harhaluulot
 - Hallusinaatit/aistiharhat
 - Hajanainen puhe ja käyttäytyminen
 - Katatoninen käyttäytyminen
 - Negatiiviset oireet

DSM-5 kriteerit:

Harhaluulot:

- Erotomaaniset
- Suuruus
- Syyllisyys
- Mustasukkaisuus
- Passiivisuus (radioaallot)
- Vainoaminen
- Köyhyys
- Viittaus (reference, TV:ssä)
- Somaattinen
- Ajatusten kontrolli (päähän ajatuksia)

SCID I (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (First et al, 1996)

- C. Psykoottiset häiriöt

- Skitsofrenia
 - Paranoidinen
 - Katatoninen
 - Disorganisoitunut
 - Erilaistumaton
 - Residuaali
- Skitsofreniforminen häiriö
- Skitsoaffektiivinen häiriö
- Harhaluuloisuushäiriö
- Lyhyt psykoottinen häiriö
- Lääketieteellisestä tilasta johtuva psykoosi
- Päihteistä johtuva psykoosi
- Psychosis NAS

- **DSM-5 Diagnoosia asetettaessa**
 - **Psykoottisten oireiden tyyppi**
 - **Sairaudenkulku (>40v?. Late onset)**
 - **Kesto**
 - **Altistavat tekijät**
 - **Sairauden aikaisempi kulku**
 - **Edeltävä persoonallisuus**
 - **Jäännösoireet**
 - **Sairauden seuraukset**
 - **Poissulkukriteerit**
 - **Fyysiset syyt?**
 - **Päihteet?**
 - **Lääkitykset?**
 - **Mieliala?**

SCID CV- DIAGNOSTINEN YHTEENVETO

- SKITSOFRENIA JA MUUT PSYKOOTTISET HÄIRIÖT:
 - **Skitsofrenia**
 - F20.0 paranoidinen muoto (295.30)
 - F20.2 katatoninen muoto (295.20)
 - F20.1 hajanainen muoto (295.10)
 - F20.3 erilaistumaton muoto (295.90)
 - F20.5 residuaalinen muoto (295.60)
 - F20.8 Skitsofreniforminen häiriö (295.40)
 - F25. Skitsoaffektiivinen häiriö (295.70)
 - F22.0 Harhaluuloisuushäiriö (297.10)
 - F23. Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö (298.80)
- F06.2 Yleissairauden aiheuttama psykoottinen häiriö harhaluulo-oirein (293.81)
 - merkitse yleissairaus
- F06.0 Yleissairauden aiheuttama psykoottinen häiriö aistiharhaoirein (293.82)
 - merkitse yleissairaus
- F10.51 Alkoholin aiheuttama psykoottinen häiriö harhaluulo-oirein (291.50)
- F10.52 Alkoholin aiheuttama psykoottinen häiriö aistiharhaoirein (291.30)
- F1x.51 Muun psykoaktiivisen aineen aiheuttama psykoottinen häiriö harhaluulo-oirein (292.11)
 - merkitse aine
- F10.52 Muun psykoaktiivisen aineen aiheuttama psykoottinen häiriö aistiharhaoirein (292.12)
 - merkitse aine
- F29 Tarkemmin määrittelemätön psykoottinen häiriö, Psychosis NAS (298.90)

SCID-5-CV- DIAGNOSTINEN YHTEENVETO

II SKITSOFRENIA JA MUUT PSYKOOTTISET HÄIRIÖT

- **301 .22 (F21) Psykoosipiirteinen persoonallisuus**

- **297. 1 (F22) Harhaluuloisuushäiriö**

- *Määritä* tyyppi:
- Erotomaaninen tyyppi,
- Suuruusharhainen tyyppi,
- Mustasukkaisuusharhainen tyyppi,
- Vainoharhainen tyyppi,
- Somaattisharhainen tyyppi,
- Sekamuotoinen tyyppi,
- Määrittämätön tyyppi

- **298.8 (F23) Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö**

- *Täsmennä* jos:

- Liittyy merkittäviä stressitekijöitä
- Ei liity merkittäviä stressitekijöitä
- Synnytykseen liittyvä (peripartum aika)

- **295.40 (F20.81) Skitsofreenistyyppinen häiriö**

- *Täsmennä* jos:

- Hyvän ennusteen piirteitä
- Ilman hyvän ennusteen piirteitä

- **295.90 (F20.9) Skitsofreniaa,**

- **___ (___) Skitsoaffektiivinen häiriö**

- *Määritä* tyyppi:

- **295.70 (F25.0)** Kaksisuuntainen tyyppi
- **295.70 (F25.1)** Masennusoireinen tyyppi
- **___ (___)** Kemiallisen aineen (päihteen/lääkeaineen) aiheuttama psykoottinen häiriö
- **___ (___)** Muusta lääketieteellisestä tilasta johtuva psykoottinen häiriö

- *Määritä* ovatko:

- **293.81 (F06.2)** Harhaluulot vallitseva oire
- **293.82 (F06.0)** Aistiharhat vallitseva oire

- **293.89 (F06.1)** Toiseen mielenterveyshäiriöön liittyvä katatonia (Katatonia-määrite)

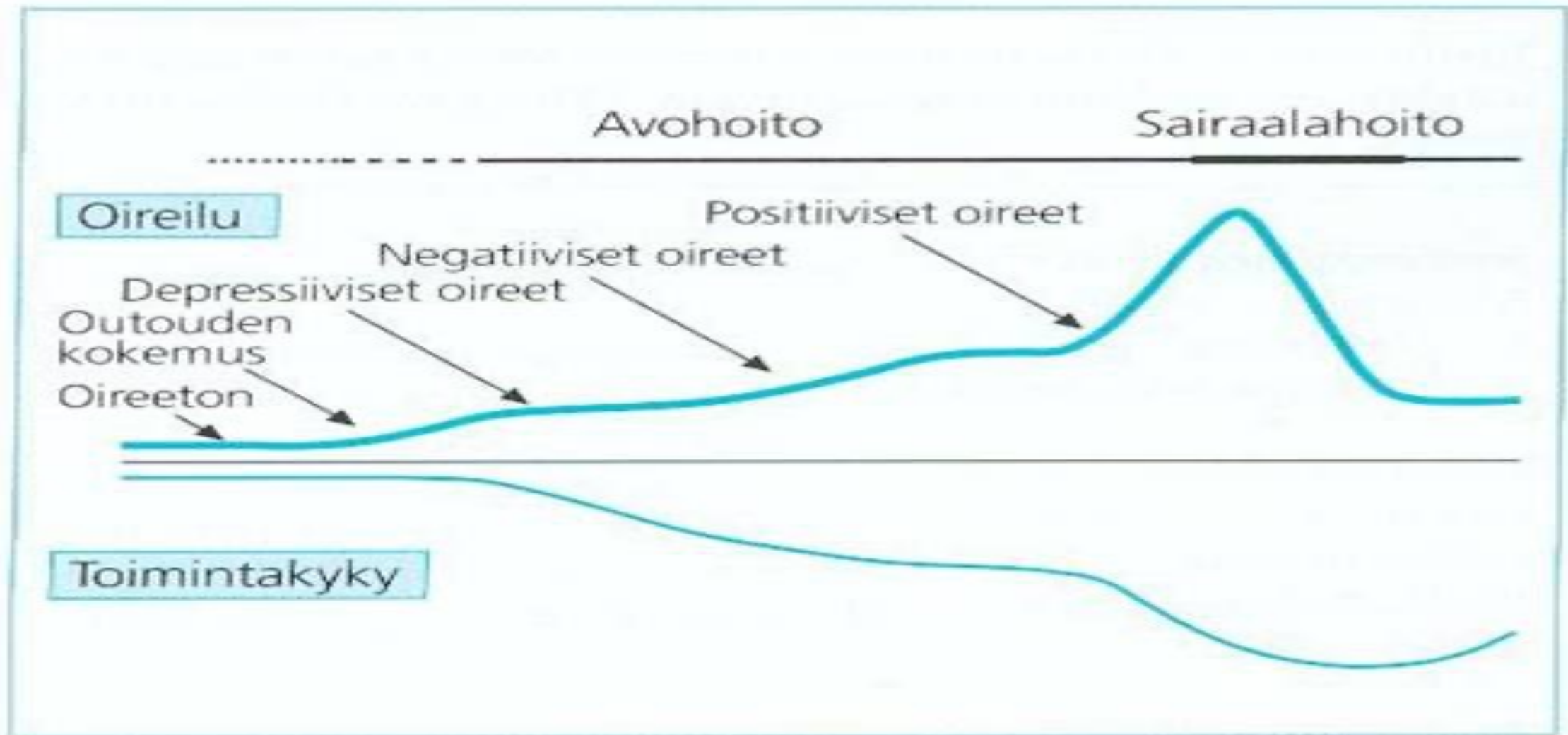
- **293.89 (F06.1)** Elimelliseen sairauteen liittyvä katatonia

- **293.89 (F06.1)** Tarkemmin määrittämätön katatonia

- **Huomaa:** merkitse ensin **781.99 (R29.818)** muu hermojärjestelmän tai luuston ja lihaksiston oire.

- **298.8 (F28)** Muu määritetty psykoottinen häiriö

- **298.9 (F29)** Määrittämätön psykoottinen häiriö



Kuva 3. Psykoosin kehittyminen suhteessa oireiluun, toimintakykyyn ja hoitoon.

Skitsofreniaspektrin sairaus

1. Vetäytyy tai alkaa käyttäytyä oudosti ennen sairastumista
2. 3-6 vuotta ennen sairastumista prodromaalioireita esiintyy
3. 6 kk ennen sairastumista on selvä käyttäytymismuutos havaittavissa (harhoja, harhaluuloja, outoja uskomuksia)
4. Sairautta edeltävästi kuudesta kuukaudesta yhden kuukauden on ollut selvästi psykoottinen
5. Sairaus aiheuttaa merkittäviä ongelmia työssä ja sosiaalisessa toiminnassa
6. Pitää sulkea pois somaattiset, päihde- ja mielialasyyt
7. Harvat palaavat täysin sairautta edeltävälle tasolle

Skitsofrenian ennakko-oireet ja sairauden merkit (Yung&McGorry,1996)

✓ Neuroottiset oireet

- ✓ Ahdistus
- ✓ Levottomuus
- ✓ Ärtynisyys
- ✓ Vihaisuus

✓ Fyysiset oireet

- ✓ Ruumiilliset vaivat
- ✓ Laihtuminen
- ✓ Ruokahaluttomuus,
- ✓ Unihäiriöt

✓ Mielialaoireet

- ✓ Masentuneisuus,
- ✓ Kyvyttömyys nauttia
- ✓ Syyllisyys
- ✓ Itsetuhoajatukset
- ✓ Mielialan vaihtelu

✓ Muut oireet

- ✓ Pakkoajatukset ja -toiminnot
- ✓ Kohonnut vuorovaikutuksellinen herkkyys
- ✓ Tunne oman itsensä muiden tai ympäristön muuttumisesta
- ✓ Tunne liikkeiden muuttumisesta
- ✓ Puheen kummallisuudet
- ✓ Havaintojen vääristymät
- ✓ Epäileväisyys
- ✓ Affektien muutokset

Skitsofrenian ennakko-oireet ja sairauden merkit (Yung&McGorry,1996) (jatkuu)

✓ Tahtoelämän muutokset

- ✓ Apaattisuus
- ✓ Haluttomuus
- ✓ Ikävystyneisyys
- ✓ Mielenkiinnon menetys
- ✓ Väsyneisyys
- ✓ Energiattomuus

✓ Kognitiiviset muutokset

- ✓ Huomiokyvyn häiriö
- ✓ Hajamielisyyys
- ✓ Keskittymiskyvyttömyys
- ✓ Ajatuksiin vajoaminen
- ✓ Päiväuneksunta
- ✓ Ajatusten salpautuminen
- ✓ Vähentynyt abstarhointikyky

✓ Käyttäytymisen muutokset

- ✓ Koulunkäynnin, opiskelun, työnteon tai muiden roolitoimintojen heikkeneminen
- ✓ Sosiaalinen vetäytyneisyys
- ✓ Impulsiivisuus
- ✓ Outo käyttäytyminen
- ✓ Aggressiivinen ja karkean poikkeava käyttäytyminen

Taulukko 2. PROD-seula

PROD-seulan oirekysymykset

Onko sinulla viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana esiintynyt seuraavia oireita?

	Ei	Kyllä
1. Huolestuneisuutta, hermostuneisuutta tai ahdistuneisuutta	☐	☐
2. Yönunen häiriöitä vähintään viikon ajan	☐	☐
3. Ruumiillista levottomuutta, esimerkiksi niin, että kulkisit edestakaisin pystymättä olemaan paikallasi	☐	☐
4. Erityistä stressiä tavanomaisista arkipäivän tapahtumista vähintään viikon ajan	☐	☐
5. Vaikeutta ajatella selkeästi, keskittyä ajattelemaasi, häiritseviä ajatuksia tai ajatusten katkeilua	☐	☐
6. Vaikeutta eri vaihtoehtojen harkinnassa ja pientenkin päätösten teossa	☐	☐
7. Kokemuksia, että ajatuksia tulisi mieleesi erityisen vilkkaasti tai että sinun olisi vaikea hillitä ajatuksiasi	☐	☐
8. Vaikeutta ymmärtää lukemaasi tekstiä tai kuulemaasi puhetta	☐	☐
9. Masentuneisuutta, apaattisuutta, energian puutetta tai erityistä väsyneisyyttä	☐	☐
10. Vaikeutta kontrolloida puhettasi, käyttäytymistäsi tai ilmeitäsi	☐	☐
11. Vaikeutta tai epävarmuutta lähestyä toisia ihmisiä vähintään viikon ajan	☐	☐
12. Aloitekyvyttömyyttä tai vaikeutta tekemisen saattamisessa loppuun vähintään viikon ajan	☐	☐

13. Ihmissuhteista vetäytymistä, toisten seuran välttämistä, viihtymistä parhaiten yksin	☐	☐
14. Tuntemuksia siitä, että ympäristön tapahtumat tai toisten ihmisten käyttäytyminen erityisellä tavalla liittyisivät sinuun	☐	☐
15. Tuntenut olosi poikkeuksellisen hyväksi tai itsesi erityisen päteväksi ja tärkeäksi	☐	☐
16. Näkemiseen liittyviä häiriöitä, esimerkiksi epätarkka näköaistimus, korostunutta näönherkkyyttä tai näköhavaintojen muuttumista	☐	☐
17. Kuulemiseen liittyviä häiriöitä, esimerkiksi yliherkkyyttä äänille, outoja ääniä tai äänten kuulumista ilman selvää lähdettä	☐	☐
18. Vaikeutta suorittaa tavallisia rutiinitoimintoja, kuten peseytyminen, pukeutuminen, kotityöt, kaupassa käynti, pyöräily, autoilu, tms. vähintään viikon ajan	☐	☐
19. Tunnetta siitä, että jotain outoa tai selittämätöntä tapahtuu sinussa itsessäsi tai ympäristössäsi	☐	☐
20. Ajatuksenkulkuja, ideoita tai käyttäytymismuotoja, jotka ovat outoja tai erikoisia	☐	☐
21. Tunnetta siitä, että sinua seurattaisiin tai että sinuun jollain erityisellä tavalla vaikutettaisiin	☐	☐

Mikäli potilas rastittaa vähintään 3 kyllä-kohtaa seulan spesifisistä oireista (5, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), on aihetta tutkia psykoosiriskin mahdollisuus tarkemmin.

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 väkinoisiltä, 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 johdattelevia 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 monimutkaistuessa 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. Johdattelevia 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.

SR Kay Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia. Brunner Mazel 1991

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.

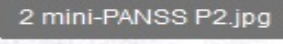
- 1 Puuttuu - Määritelmä ei ole sovellettavissa.
- 2 Vähäinen - Kyseenalainen patologia; saattaa olla normaalin rajoissa.
- 3 Lievä - Yksi tai kaksi heikkoa, kristallisoitumatonta deluusiota, jotka eivät ole itsepintaisia. Deluusiot eivät häiritse ajattelua, sosiaalisia suhteita tai käyttäytymistä.
- 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.

1 mini-PANSS P1.jpg

P2 Ajatus- ja puheenhäiriöt

- 1.2. Hajanainen käsityskyky. Hajanainen ajatteluprosessi, jota luonnehtii häiriintynyt päämäärä-hakuinen päättely, esim. seikkaperäisyys, sekundäärisyys, löyhät assosiaatiot, epäjohton-mukaisuus, 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, sekun  paraloogista. Ajatusten suuntaaminen päämäärään on jonkin verran vaikeaa ja stressin alaisena voi esiintyä assosiaatioiden löyhtymistä.
- 4 Kohtalainen - Lyhyessä ja jäsennellyssä 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, epäjohtonmukaista, sekä assosiaatioiden löyhtymistä myös ilman stressiä.
- 6 Vaikea - Ajatukset ovat vaikeasti pois raiteiltaan ja sisäisesti epäjohtonmukaisia, 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 käskeviä harha-aistimuksia.

N1 Tunneilmaisujen latistuminen

- 2.1. Tunteettomuus. Vähentynyt emotionaalinen herkkyys, jota luonnehtivat alentunut kasvojen ilmeikkyys, 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.

4 mini-PANSS N1.jpg

N4 Sosiaalinen vetäytyneisyys

- 2.4. Passiivinen/apaatinen 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. Normaalin 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.

Skitsofrenia – Oireet

kreikk. Schizein “jakaa”, phren “mieli”

Huom! Vain 1 kriteeri A vaaditaan, mikäli harhaluulot ovat bisarreja tai harhat koostuvat henkilön käytöstä tai ajatuksia kommentoivasta äänestä tai kahdesta tai useammasta keskenään keskustelevasta äänestä.

Positiiviset Oireet:

2. Hallusinaatiot, Aistiharhat (ääni !)

1. Deluusiot, Harhaluulot (bisarreja, vainoamis -)

3. Disorganisoitumaton, Järjestymätön Ajattelu ,Puhe

4. Järjestäytymätön Käyttäytyminen

Havaitsemisen häiriöt

Sopimattomat emootiot

Negatiiviset oireet:

Latteat emootiot, ilmeettömät tai reagoimattomat kasvot

Anhedonia, mielihyvän puuttuminen

Alogia, köyhtynyt puhe

Avolitio, kyvyttömyys aloittaa

päämääräsuuntautunutta toimintaa

Tunteiden puuttuminen

Mielialaoireet:

Motivaation puuttuminen

Sosiaalinen vetäytyminen

Oivalluskyky

Demoralisoituminen

Suicidi

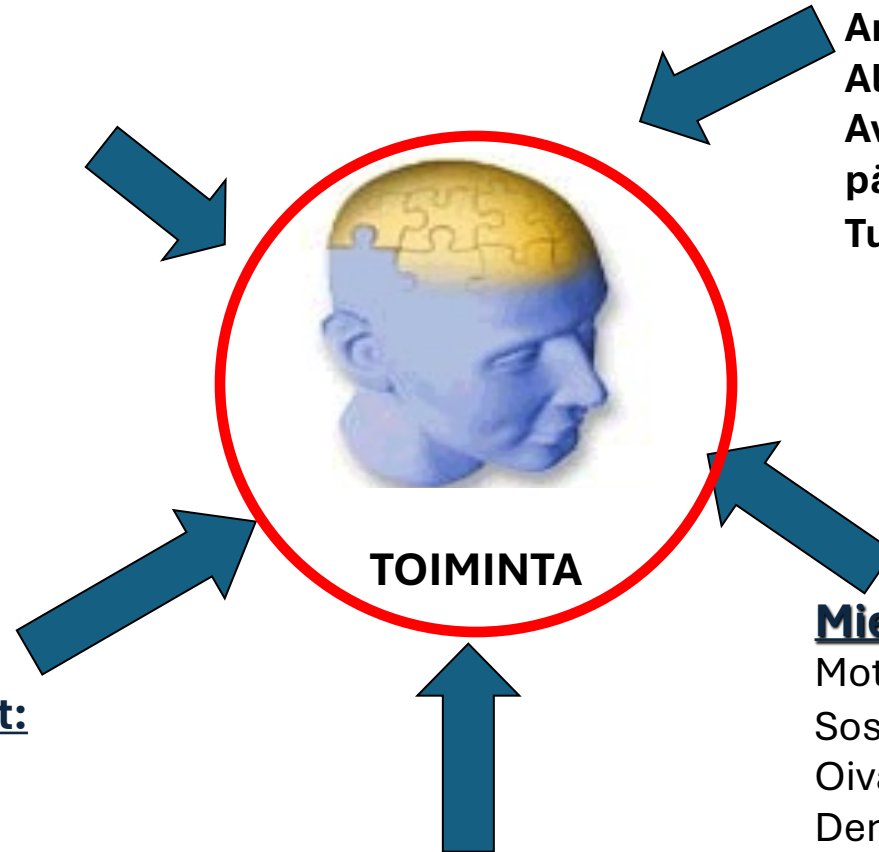
Neurokognitiiviset oireet:

Toiminnanohjaus,

tarkkaavaisuus,

työ- ja toisiomuisti,

vigilanssi



Aggressiivisuus

Aggressiivisuus

Juha Kempainen, 2008

SYMPTOMS

Sekava puhe



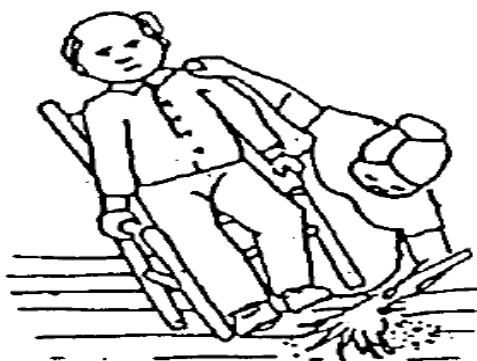
Jumping from one subject to another and saying things that don't make sense

Harhat ja harhaluulot

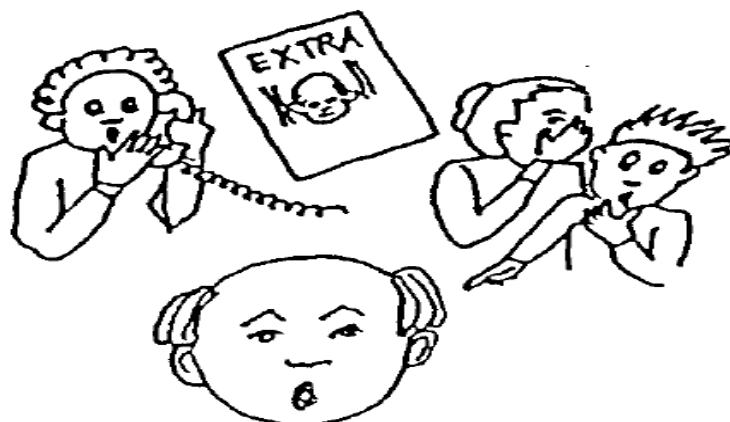


Seeing, hearing, or feeling things that others do not

Ei kiinnosta



No interest or feelings about anything



False beliefs or thoughts that no one believes or understands (for example, believing others are always talking about you)

Oma mikä-mikä- maailma

Arki ei suju



Unable to complete everyday tasks

SCHIZOPHRENIA

- LOSS OF EGO BOUNDARIES
- INABILITY TO TRUST
- WITHDRAWN OR PECULIAR BEHAVIOR
- INDIFFERENT-ALLOOF
- LOVE/HATE FEELINGS
- PERSONALITY CHANGES
- CONFUSED-CHAOTIC THOUGHTS
- RETREAT TO FANTASY WORLD
- AUTISM
- AUDITORY HALLUCINATIONS & DELUSIONS
- HYPERSENSITIVITY TO SOUND-SIGHT & SMELL
- DIFFICULTY RELATING TO OTHERS
- NEGATIVISM
- RELIGIOSITY
- LACK OF SOCIAL AWARENESS
- DISORGANIZED



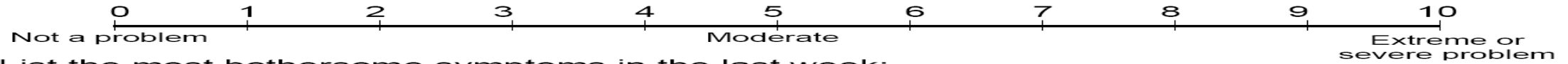
TABLE 25.1 *Frequency of Psychotic Symptoms in Schizophrenia (WHO International Pilot Study)*

Lack of insight	Oivalluskyvyn puute	97%
Auditory hallucinations	Kuuloharhaluulot	74%
Verbal hallucinations	Ääniharhaluulot	70%
Ideas of reference	Viiteharhaluulot	70%
Suspiciousness	Epäluuloisuus	65%
Flatness of affect	Tunteiden latistuminen	65%
Voices speaking	Äänten kuuleminen	65%
Paranoid state	Vainoharhaisuus	64%
Thought alienation	Tarkkailun alaisena	52%
Thoughts spoken aloud	Ajatukset ääneen	50%

Source: Sartorius, et al. (1974).

Schizophrenia

Circle that number that best describes how much a problem your symptoms were:

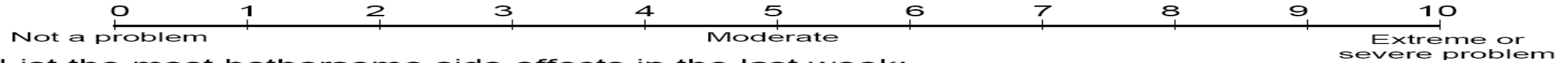


List the most bothersome symptoms in the last week:

-
-
-

Things I did for me: _____

Circle that number that best describes how much a problem your side effects were:



List the most bothersome side effects in the last week:

-
-
-

Things I did that helped: _____

List medications that you are currently taking:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

About how long have you been taking each medication? Weeks Months Years

Table 4–2. Differential diagnosis and medical causes of psychosis

Neurological

Trauma
Multiple sclerosis
Huntington's chorea
Epilepsy
Strokes
Tumor
Abscesses
Normal pressure hydrocephalus
Subarachnoid hemorrhage
Intraparenchymal hemorrhage
Auditory or optic nerve disease
Fabry's disease
Fahr's disease
Wilson's disease
Parkinson's disease

Pharmacological

Antivirals
Anticonvulsants
Anticholinergics
Baclofen
 β -Blockers
Bromocriptine
Cephalosporins
Captopril
Cimetidine
Clonidine
Corticosteroids
Disulfiram
Fluoroquinolones
Methotrexate
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

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

Metabolic and endocrine

- Cushing's syndrome
- Hyperthyroidism
- Hypothyroidism
- Acute intermittent porphyria
- Shock
- Renal failure
- Hepatic failure
- Electrolyte imbalance
- B₁₂ deficiency
- Addison's disease
- Paraneoplastic syndrome
- Systemic lupus erythematosus

Theophylline

- Vincristine

Substance abuse

- Alcohol
- Amphetamines
- Belladonna alkaloids
- Cannabis
- Cocaine
- Lysergic acid diethylamide
- Phencyclidine

Infections and toxins

- Syphilis
- Herpes encephalitis
- HIV/AIDS
- Creutzfeldt-Jakob disease
- Lyme disease
- Meningitis
- Malaria
- Heavy metal poisoning
- Carbon monoxide poisoning

Source. Adapted from Hilty et al. 1999.

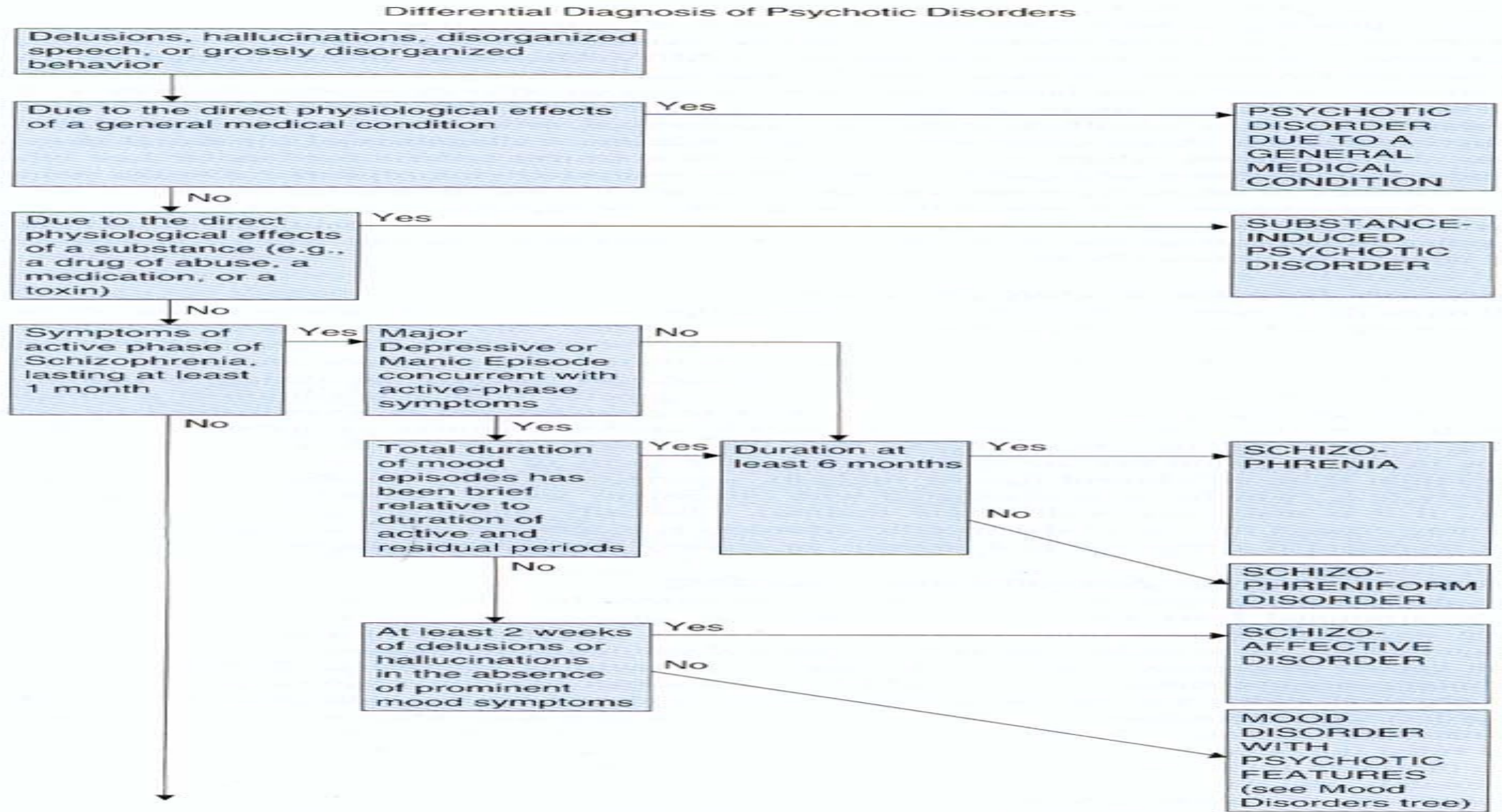


Figure 1-3 Differential diagnosis of psychotic disorders. (Source: American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Rev.* APA, Washington, DC, pp. 750–751.)

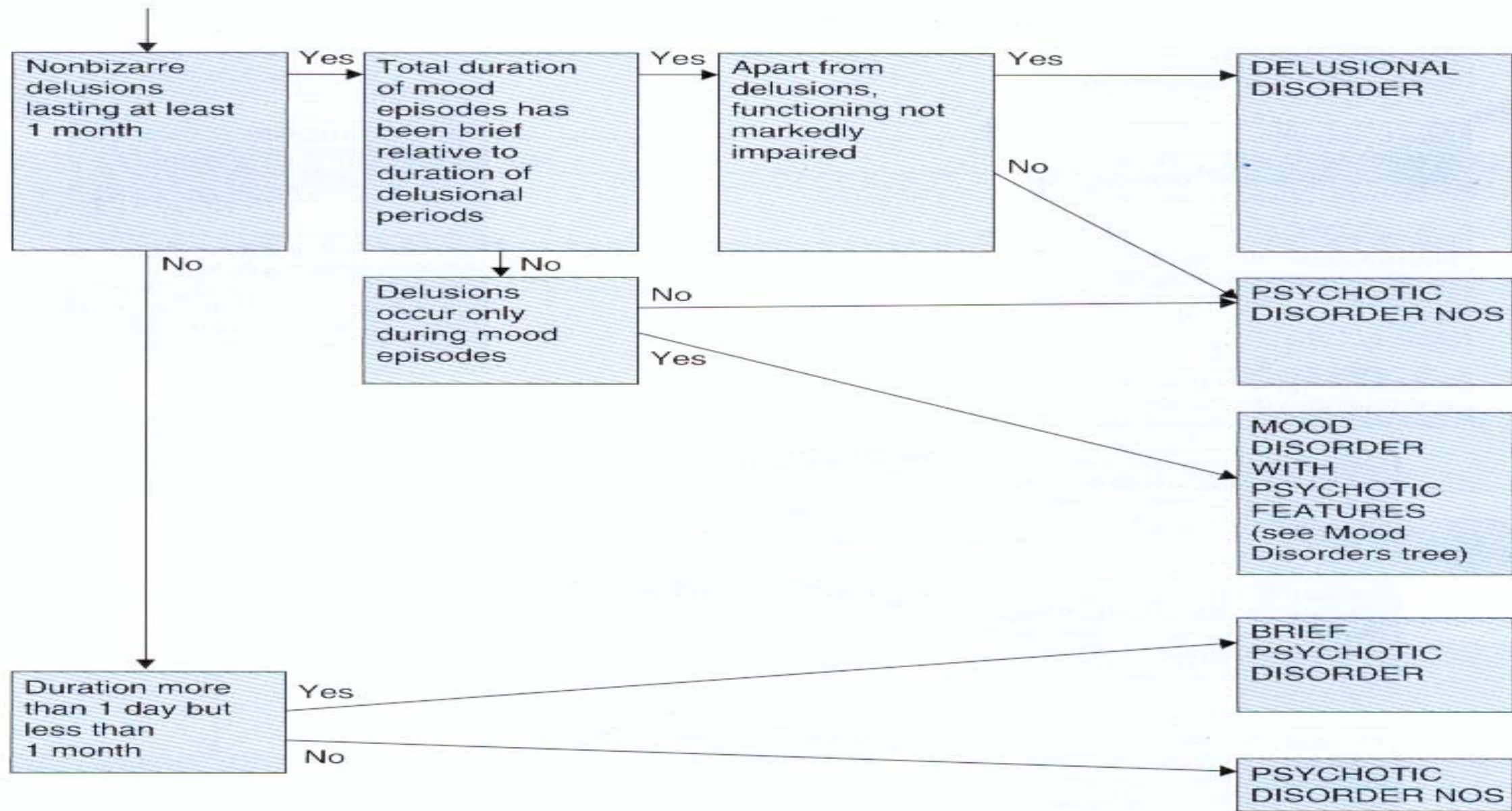


Figure 1-3 (Continued)

yl juha kemppinen

Psykoosipotilaan tutkiminen

- Psykiatrinen tutkimus käsittää
 - potilaan kliinisen ja toiminnallisen tilan arvioinnin
 - perhehaastattelun ja lasten tilanteen arvioinnin.
- Perheen lasten ja nuorten tilannetta on syytä arvioida yhteistyössä neuvola- ja kouluterveyden huollon sekä tarvittaessa lasten- ja nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun kanssa. Myös omaisten havainnot ja kokemukset potilaan voinnista ja sen muutoksista voivat osaltaan tukea taudinmäärittäystä.
- Skitsofreniapotilaan tutkiminen edellyttää laajaa perehtymistä potilaan kliinisiin oireisiin ja toimintakyvyn häiriöihin ja hänen lähipiiriinsä, joten tutkiminen on syytä suorittaa vaiheittain useampaan tutkimuskertaan jaettuna.

Psykoosipotilaan tutkiminen

Kliinisen tilan arviointi

- Kliinisen tilan arviointi perustuu psykiatriseen haastatteluun, jonka tukena suositellaan käytettäväksi standardoituja mittareita (esim. BPRS, joka on saatavana www.mielenterveystalo.fi -sivuston [3](#) ammattilaisosiossa BPRS+3-versiona, ja PANSS).
- Ne lisäävät haastattelun luotettavuutta ja kattavuutta. Strukturoidut mittarit mahdollistavat kliinisen tilan muutosten seurannan ja soveltuvat myös muun hoitohenkilökunnan käyttöön.
- Mittarit takaavat sen, että samat asiat tulevat kysytyiksi jokaisella haastattelukerralla, jolloin potilaan vointia voidaan seurata pitkäjänteisesti.
- Mittarien tulokset on helppo siirtää sairauskertomukseen ja poimia siitä digitaalisesti.

Psykoosipotilaan tutkiminen

Kliinisen tilan arviointi

- Skitsofreniapotilaan kliinisen psykiatrisen tutkimuksen tulee sisältää seuraavat arviot:
- suvun psykiatriset sairaudet
- psykoosia edeltänyt psykiatrinen oireilu
- skitsofrenian positiiviset ja negatiiviset oireet
- mieliala, myös mielialan elämän aikainen vaihtelu
- ahdistuneisuus, varsinkin sosiaalinen ahdistuneisuus ja pakko-oireet
- itsetuhoisuus
- väkivaltaisuus

Psykoosipotilaan tutkiminen

Kliinisen tilan arviointi

- Skitsofreniapotilaan kliinisen psykiatrisen tutkimuksen tulee sisältää seuraavat arviot: (jatkuu)
- traumakokemukset ja traumaoireilu
- alkoholin ja huumeiden käyttö
- tupakointi ja nuuskan käyttö
- somaattinen terveydentila ja somaattiset sairaudet
- psykiatrinen hoitohistoria
- sairastumista edeltänyt psykososiaalinen kehitys (ystävyyss- ja parisuhteet, opiskelu- ja työ)
- psykososiaalinen nykytilanne
- kulttuurillinen tausta

Psykoosipotilaan tutkiminen

Toimintakyvyn ja sosiaalisen tilanteen arviointi

- Skitsofreniaan liittyy usein myös sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä (ks. kuva [1](#)), joka voi ilmetä vaikeuksina selviytyä työssä, sosiaalisissa suhteissa, arkiaskareissa ja sosiaalityönsuhteiden hankkimisessa [35](#), [36](#), [37](#).
- Toimintakyvyn arviointi on syytä tehdä jokaiselle skitsofreniapotilaalle, mieluiten hänen omassa elinympäristössään. Työssä olevilla toimintakyvyn arviointi tehdään yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Ks. lisätietoa menetelmistä [2](#).
- Toimintakykyä arvioitaessa on suositeltavaa käyttää hyväksi standardoituja mittareita [38](#). Esimerkiksi alun perin DSM-IV:ään sisältyvä toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu SOFAS-asteikko (ks. Käypä hoito -suositus Depressio, taulukko 8 [5](#)). DSM-5-luokitus suosittelee WHODAS 2.0:aa toimintakyvyn arviointiin. Ks. lisätietoa Toimia-tietokannasta [4](#).
- Myös potilaan sosioekonominen tilanne ja mahdollisesti tarvittavat sosiaaliset etuudet tulee arvioida. Suositeltavinta on, että sen tekee sosiaalityöntekijä.
- Psykoottinen häiriö voi rajoittaa ajoneuvon kuljettamista.
 - Ajoterveysarviointi tehdään Liikenteen turvallisuusviraston lääkäreille laatiman voimassa olevan ohjeen mukaan [5](#). Ohje pohjautuu Euroopan unionin direktiiviin vuodelta 2006 [6](#).

Psykoosipotilaan tutkiminen

Psykologinen ja neuropsykologinen tutkimus

- Psykologiset, varsinkin neuropsykologiset, puutosoireet ennakoivat tavallista heikompaa sosiaalista ennustetta ja niihin voidaan vaikuttaa hoidollisin keinoin, joten niiden arviointi on tarpeen [39](#), [40](#). Jokaiselle skitsofreniapotilaalle tulee siten tehdä psykologinen tutkimus (kognitiivisen toimintakyvyn arviointi mukaan luettuna) tai laaja neuropsykologinen tutkimus. Tutkimus on syytä tehdä vasta, kun potilas on toipunut akuutista psykoosista.
- Psykologinen tutkimus sisältää psyykkisen toimintakyvyn ja persoonallisuuden arvioinnin ja neuropsykologisina osiina kielellisen ja visuospatiaalisen päättelysuoriutumisen, prosessointinopeuden, tarkkaavuuden, kielellisten ja näönvaraisten muistitoimintojen ja työmuistin sekä toiminnanohjauksen kartoituksen. Myös sosiaalista kognitiota on syytä arvioida [41](#). Neuropsykologinen tutkimus kohdistuu laaja-alaisemmin ja syvällisemmin kognitiiviseen suoriutumiseen kuin psykologinen tutkimus [42](#), [43](#), [44](#).
- Psykologinen ja neuropsykologinen tutkimus ovat tärkeitä potilaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa [45](#), [46](#).
- Neuropsykologisessa tai psykologisessa tutkimuksessa todettavat neurokognitiiviset ja sosiaalisen kognition häiriöt ennakoivat heikentynyttä toiminnallista ennustetta. Negatiiviset oireet voivat vahvistaa tätä yhteyttä [47](#), [48](#),

Psykoosipotilaan tutkiminen

Erotusdiagnostiikka

- Psykiatrisessa erotusdiagnostiikassa on huomioitava
 - psykoottistasoiset mielialahäiriöt (esim. psykoottinen mania- tai depressiojakso)
 - akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt
 - lapsivuodepsykoosi
 - harhaluuloisuushäiriöt
 - päihdepsykoosit
 - pakko-oireinen häiriö
 - persoonallisuushäiriöt
 - vaikeat, psykoottisina oireina ilmenevät dissosiaatiohäiriöt
 - laaja-alaiset kehityshäiriöt, kuten autismikirjon häiriöt.

Psykoosipotilaan tutkiminen

Erotusdiagnostiikka

- Psykiatrisessa erotusdiagnostiikassa on huomioitava
 - psykoottistasoiset mielialahäiriöt (esim. psykoottinen mania- tai depressiojakso)
 - akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt
 - lapsivuodepsykoosi
 - harhaluuloisuushäiriöt
 - päihdepsykoosit
 - pakko-oireinen häiriö
 - persoonallisuushäiriöt
 - vaikeat, psykoottisina oireina ilmenevät dissosiaatiohäiriöt
 - laaja-alaiset kehityshäiriöt, kuten autismikirjon häiriöt.
 - Skitsofrenian, skitsoaffektiivisen häiriön ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön erotusdiagnostiikassa on tärkeää selvittää psykoottisten ja mielialaoireiden esiintymisajat ja vaikeusasteet **koko elämän ajalta**. Pelkkä ajankohtaisten oireiden arviointi ei riitä.

Psykoosipotilaan tutkiminen

Erotusdiagnostiikka

- Somaattisessa erotusdiagnostiikassa on huomioitavaneurologiset sairaudet, kuten
 - temporaalielepilepsia
 - aivokasvain ja -verenvuoto
 - aivovamma
 - muistisairaudet
 - Huntingtonin tauti.
- etenevät muistisairaudet vanhuusiässä psykoosiin sairastuneilla
- päihteiden (esim. hallusinogeenit, amfetamiini, alkoholi ja kannabis) käyttö
- eräiden lääkkeiden (esim. glukokortikoidit, antikolinergit ja levodopa) haittavaikutukset

Psykoosipotilaan tutkiminen

Erotusdiagnostiikka

- Somaattisessa erotusdiagnostiikassa on huomioitavaneurologiset sairaudet, kuten (jatkuu)
- keskushermostoinfektiot (esim. enkefaliitti, myös autoimmuunienkefaliitti, neurosyfilis ja HIV)
- endokriiniset sairaudet (esim. hypo- tai hypertyreoosi, hyperkalsemia, Addisonin tauti ja Cushingin tauti)
- metaboliset häiriöt (esim. porfyriat ja Wilsonin tauti)
- vitamiinipuutokset (esim. B₁₂-vitamiinin puutos)
- autoimmuunisairaudet (esim. MS-tauti, systeeminen lupus erythematosus, vaskuliitit ja autoimmuunienkefaliitit)
- raskasmetallimyrkytykset
- kromosomihäiriöt (esim. 22q11.2-deleetio-oireyhtymä eli velokardiofasiaalinen oireyhtymä).

Psykoosipotilaan tutkiminen

Psykiatriset samanaikaissairaudet (komorbiditeetti)

- Skitsofrenian kanssa samanaikaisesti esiintyvien psykiatristen häiriöiden, kuten mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden, nimeämisessä samanaikaissairauksiksi (komorbideiksi) ei ole vakiintunutta käytäntöä.
- Tutkimusten mukaan 50 % skitsofreniapotilaista täyttää elämänsä aikana kliinisen depression ja lähes sama osuus päihde- tai huumehäiriödiagnoosin kriteeri ja noin 35 % skitsofreniapotilaista kärsii jostain ahdistuneisuushäiriöstä, joista yleisimpiä ovat sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireinen häiriö ja paniikkihäiriö tai traumaperäisestä stressihäiriöstä [51](#), [52](#).
- Päihdehäiriöiden toteamiseksi on syytä haastatella potilaan lisäksi myös hänen läheisiään [53](#) ja käyttää somaattisen tutkimuksen lisänä laboratoriomääryityksiä [54](#).
- Kansainvälisten tutkimusten perusteella joka neljäs skitsofreniapotilas kärsii elämänsä aikana alkoholiongelmasta [55](#) ja joka neljäs käyttää kannabista [56](#). Aiemmissa suomalaisissa aineistoissa päihdeongelmaisten osuudet ovat olleet hieman pienempiä [57](#), [58](#).
- Päihdeongelmat (suomalaisissa tutkimuksissa keskeisesti alkoholin lisäksi amfetamiini, kannabis ja opioidit), ovat usein alihoitettuja skitsofreniapotilailla, vaikka ne komplisoivat hoitoa muun muassa suurentamalla sairaalahoitojaksojen uusiutumisen riskiä [59](#), [60](#).
- Suomalaisessa rekisteriaineistossa kannabispsykooseista noin puolet tarkentui viidessä vuodessa skitsofreniaksi

Psykoosipotilaan tutkiminen

Psykiatriset samanaikaissairaudet (komorbiditeetti)

Somaattiset samanaikaissairaudet ja niiden seuranta (jatkuu)

- Skitsofreniapotilailla esiintyy runsaasti somaattisia sairauksia [62](#), [63](#), [64](#), kuten
 - sydän- ja verisuonitauteja
 - aineenvaihduntasairauksia (esim. tyypin 2 diabetes ja metabolinen oireyhtymä)
 - pientä D-vitamiinipitoisuutta
 - heikentynyttä luuston terveyttä
 - keuhkosairauksia (esim. keuhkohtaumatauti)
 - suun sairauksia.
- Skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuus aiheutuu pääosin somaattisista sairauksista, etenkin sydän- ja verisuonitaukeista, syövästä ja hengitystiesairauksista [65](#), [66](#).
- Somaattisille sairauksille altistavat muun muassa epäterveelliset elintavat (mm. tupakointi ja vähäinen liikunta), lihavuus, psykiatrinen lääkehoito, psykoosisairauden oireet (esim. aloitekyvyttömyys) sekä köyhyys ja syrjäytyminen [62](#), [63](#), [67](#).

Psykoosipotilaan tutkiminen

Psykiatriset samanaikaissairaudet (komorbiditeetti)

Somaattiset samanaikaissairaudet ja niiden seuranta (jatkuu)

- Skitsofreniapotilaan somaattisen tilan selvittämiseen ja sen seurantaan ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota [62](#), [63](#), [68](#).
- Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulisi varmistaa, että skitsofreniapotilas on käynyt riittävässä määrin somaattisten sairauksien tarkastuksissa ja seurannassa, että oireet on tutkittu ja että hän on saanut niihin asianmukaista hoitoa. Tarvittaessa tulee olla yhteydessä perusterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon tai somaattiseen erikoissairaanhoidon [69](#).
- Säännöllinen hammashuolto ja tuki suun hygieniasta huolehtimiseen tulee varmistaa.
- Myös skitsofreniapotilaan näkökyky tulee tarkistaa ja näöntarkastuksista tulee huolehtia [62](#).

Psykoosipotilaan tutkiminen

Fyysisen terveyden arvioiminen, hoito ja seuranta

- Skitsofreniapotilaan fyysisen terveyden tutkimisen, hyvän somaattisten sairauksien hoidon ja seurannan tavoitteena on potilaiden ylikuolleisuuden vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen.
- Kaikille ensipsykoosipotilaille tulee tehdä somaattisen tilan arvio (neurologinen arvio mukaan luettuna), tarpeelliset laboratoriotutkimukset ja tarvittaessa kuvantamistutkimukset.
- Ensipsykoosipotilaalta tulee tarkistaa paino, verenpaine ja vyötärönympärys ja niitä tulee seurata säännöllisesti (ks. taulukko [1](#)).
- Ensipsykoosipotilaasta suositellaan otettavaksi seuraavia verikokeita:
 - PVK, CRP, ALAT, GT, Krea, Na, K, lipidit, fP-Gluk, HbA1c, TSH, D-25, EKG (etenkin QT-aika), CDT ja U-huumeseula.
- Muita harkinnan mukaan otettavia veritutkimuksia ovat hCG (fertiili-ikäisillä naispotilailla) ja autoimmuunienkefaliittimarkkerit (pakettitutkimukset esim. Huslab Li-AitNeu ja S-AitNeu) sekä lääkehoidon suunnittelua varten lääkkeiden metaboliaan osallistuvien entsyymien geneettiset variaatiot (esim. CYP2D6, CYP1A2 jne.).

Psykoosipotilaan tutkiminen

Fyysisen terveyden arvioiminen, hoito ja seuranta (jatkuu)

- Skitsofreniaa ei voida todeta laboratoriokokeilla, eikä siihen liity minkään yksittäisten laboratorioarvojen säännönmukaisia poikkeavuuksia.
- Elintapojen, kuten ruokavalion, liikuntatottumusten ja tupakoinnin, selvittäminen ja sukurasitteen kartoittaminen kuuluvat psykoosipotilaan tutkimukseen.
- Lääkehoitojen mahdolliset vaikutukset fyysiseen terveyteen tulee huomioida muun somaattisen seurannan lisäksi. Ks. taulukko [2](#), [82](#).
- Jos todetaan somaattisia sairauksia tai niiden riskitekijöitä, tulee – mieluiten yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa – aloittaa asianmukainen hoito ja tehdä jatkohoitosuunnitelma mahdollisimman pian psykoosisairauden diagnosoimisen jälkeen [63](#). Ks. Käypä hoito -suositukset Dyslipidemiat [6](#), [71](#), Kohonnut verenpaine [7](#), [72](#), Tyypin 2 diabetes [8](#), [73](#), Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä [9](#), [74](#) ja Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset) [10](#), [75](#).
- Skitsofreniapotilaan somaattisen tutkimuksen merkitys on toisaalta psykoosin mahdollisten somaattisten syiden sulkemisessa pois (ks. kohta Erotusdiagnostiikka [3](#)) ja toisaalta skitsofreniaan ja sen hoitoon usein liittyvien somaattisten sairauksien toteamisessa ja seurannassa (ks. kohta Somaattiset samanaikaissairaudet ja niiden seuranta [4](#)).
- Potilaan fyysinen terveys ja etenkin sydän- ja verisuonitautien ja metabolisten sairauksien riskitekijät tulee huomioida heti ensipsykoosista lähtien.

Psykoosipotilaan tutkiminen

Kuvantamistutkimukset

- Lähes 30 %:lla skitsofreniapotilaista ilmenee neuroradiologisia löydöksiä, mutta valtaosa niistä on kuitenkin kliinisesti vähämerkityksellisiä [76](#). Ilman neurologisten oireiden esiintymistä aivokuvantaminen yksinään ei näytä antavan diagnostista lisähyötyä [C](#).
- Varsinkin akuuteissa päivystystilanteissa aivojen tietokonekuvausta, magneettikuvausta ja EEG:tä käytetään tarvittaessa muiden keskushermoston sairauksien sulkemiseen pois. Ks. Lääkärin käsikirjan artikkelit Psyykkisten oireiden somaattisia syitä [1](#) ja Äkillinen sekavuustila (delirium) [2](#) (vaatii käyttöoikeuden).
- Huomattavalla osalla skitsofreniapotilaista tavataan magneettitutkimuksissa useiden aivorakenteiden poikkeavuuksia, kuten pienentyneet aivojen, hippokampuksen ja manteliumakkeen tilavuudet ja laajentuneet aivokammiot. Myös monen skitsofreniapotilaan aivojen kuorikerroksen harmaa aine on vähentynyt varsinkin otsa- ja ohimolohkojen alueilla [77](#), [78](#).

Psykoosipotilaan tutkiminen

Kuvantamistutkimukset (jatkuu)

- Aivojen sivukammioiden ja harmaan aineen muutokset liittyvät skitsofreniapotilaiden kliiniseen ennusteeseen [79](#), [80](#), [81](#). Merkittävä kuorikerroksen harmaan aineen vähenemä ennakoi psykoosiriskissä olevien potilaiden sairastumista psykoosiin, ja ensipsykoosiin sairastuneiden otsalohkon kuorikerroksen harmaa aine ohenee ajan myötä. Suurinta harmaan aineen väheneminen on huonon ennusteen potilailla [82](#). Aivojen kokonaistilavuuden etenevä pieneneminen liittyy myös huonoon kliiniseen ja sosiaaliseen ennusteeseen [79](#). Kognitiivisen remediaation ja käyttäytymisterapian teho näyttää olevan parempi potilailla, joilla on vähän harmaan aineen katoa [77](#).
- On aiheellista uskoa, että aivokuvantaminen voi auttaa psykoosipotilaiden luokittelussa kliinisesti, hoidollisesti ja ennusteellisesti hyödyllisiin alaryhmiin [83](#), minkä vuoksi kaikille ensipsykoosiin sairastuneille on syytä tehdä aivojen magneettikuvaus ja harkinnan mukaan uusia kuvaus potilaan sairauden jatkuessa.
- Jos skitsofreniapotilaalla todetaan laajentuneet aivokammiot tai harmaan aineen vähenemistä, hänen hoidossaan tulee erityisesti painottaa psykososiaalisia ja neurokognitiivisia hoito- ja kuntoutustoimenpiteitä. Lääkehoidon teho on tällöin heikompi ja varhain aloitetusta klotsapiinihoidosta saattaa olla hyötyä.

DIFFERENTIATING PSYCHOTIC DISORDERS

1. **Schizophrenia vs. Delusional Disorder:** In delusional disorder, the content of the delusions involves events that may actually occur to some people in real life (e.g., being followed by the FBI, having cancer, becoming a famous entertainer or author, being poisoned etc.). Bizarre delusions such as thought broadcasting and delusions of control, and prominent hallucinations, only occur in schizophrenia. Hallucinations can occur in individuals with delusional disorder; however, they are limited to a few brief periods. Similarly, disorganized speech, grossly disorganized or catatonic behavior, and negative symptoms are usually absent in delusional disorder (or if present, they are present for less than a few hours). Thus, criterion A of schizophrenia is not present. Nonbizarre delusions can occur in schizophrenia; however, they are not the only psychotic symptom. The individual with schizophrenia additionally experiences either bizarre delusions, prominent hallucinations, or markedly disturbed affect, thought processes, or behavior.
2. **Schizophrenia vs. Schizoaffective Disorder:** The psychotic symptoms are the same. In schizoaffective disorder a manic or depressive episode must be present, and the duration of the mood syndrome is not brief relative to the duration of the psychosis. (As noted above, DSM-IV does not define "brief duration.") However, to be diagnosed with schizoaffective disorder there must be at least two weeks in which the delusions or hallucinations are present but prominent mood symptoms are not.
3. **Schizoaffective Disorder vs. Mood Disorder with Psychotic Features:** In a psychotic mood disorder, there are no periods (or only very brief ones) characterized by psychosis but without prominent mood symptoms. You cannot rely on the content and type of psychotic symptoms, or the number and severity of mood symptoms, to distinguish these two disorders. Rather, the distinguishing factor is whether or not the psychotic and mood symptoms overlap in time.

4. **Schizophrenia vs. Schizophreniform Disorder:** The symptom inclusion criteria are the same. The primary difference is that schizophrenia lasts for more than six months (including the prodromal, active, and residual phases), whereas in schizophreniform disorder the pathology (i.e., all three phases) has lasted less than six months.
5. **Schizophreniform Disorder vs. Brief Psychotic Disorder:** Both refer to psychotic disorders of brief duration. The psychotic symptom inclusion criteria are similar, but not identical. The psychosis inclusion criteria are broader for brief psychotic disorder (any one of: delusions, hallucinations, disorganized speech, grossly disorganized behavior or speech versus criterion A of schizophrenia which requires at least two of five features (unless the delusions or hallucinations are of a special nature, in which case only one feature is required)). Schizophreniform disorder lasts at least a month, whereas brief psychotic disorder lasts less than a month.

Table 4–1. DSM-IV-TR main diagnostic categories of psychotic disorders

Nonaffective psychotic disorders

Schizophrenia

Schizoaffective disorder

Schizophreniform disorder

Delusional disorder

Brief psychotic disorder

Psychotic disorder not otherwise specified

Skitsoaffektiivinen sairaus

Harhaluuloisuushäiriö

Affective psychoses

Bipolar disorder with psychotic features

Major depressive disorder with psychotic features

Substance-induced psychotic disorder

Alcohol-induced

Other substance-induced

Bipolaaritaudin psykoosi

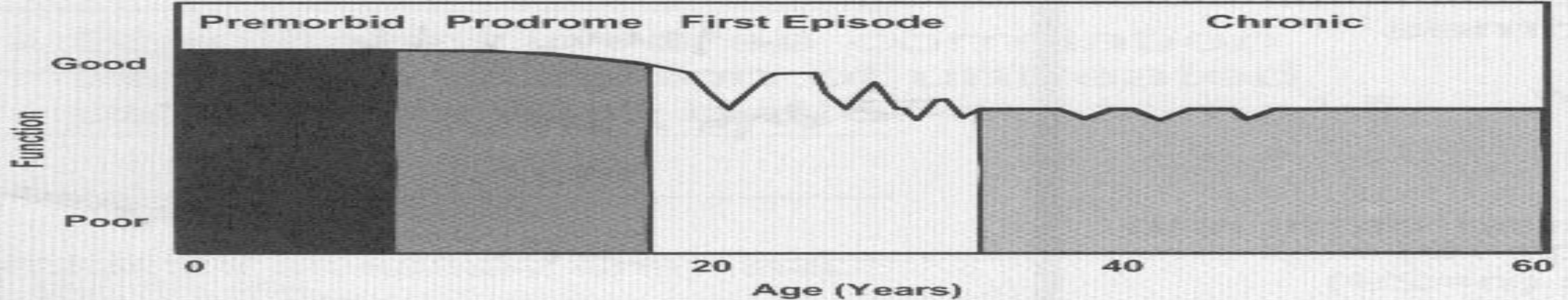
Tavallisen masennuksen psykoosi

Psychotic disorder due to a general medical condition

Source. American Psychiatric Association 2000.

John Lauriello, M.D. Stefano Pallanti, M.D.(eds)
Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 201

The Natural History of Schizophrenia

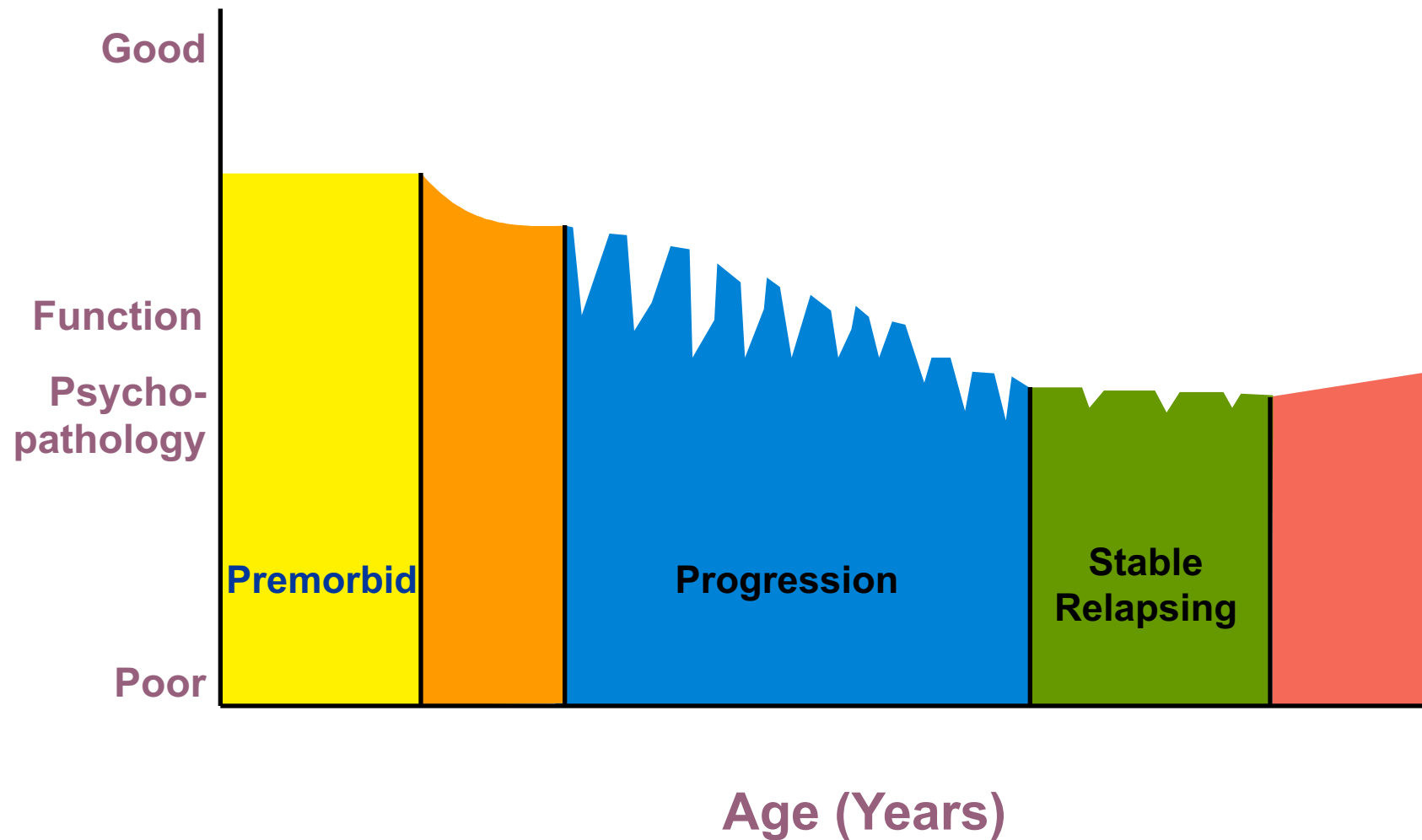


Adapted from: Breier et al. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(3):239-246.

Schizophrenia Prodrome

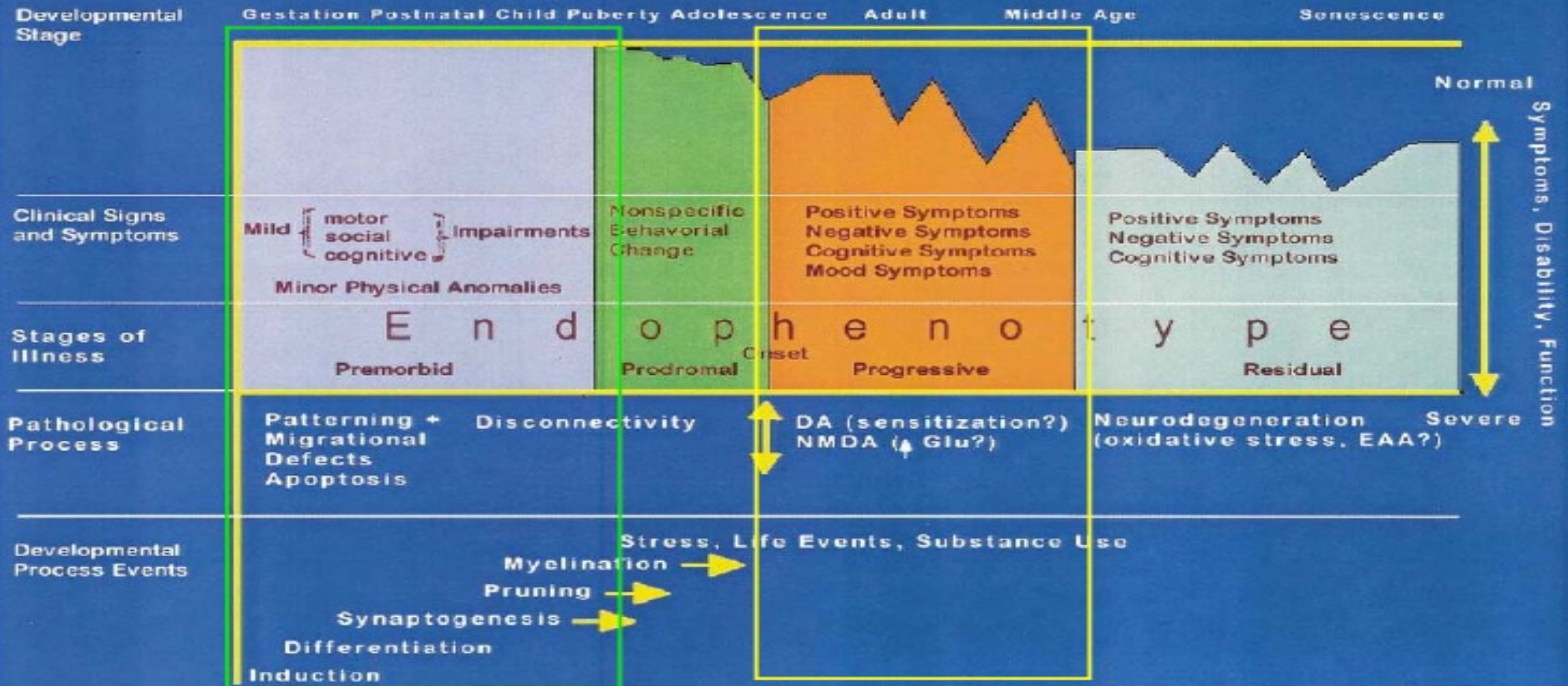
- ◆ A period of months to years prior to the onset of schizophrenia
- ◆ Progressive symptoms/signs
 - Suspiciousness
 - Social isolation
 - Poor focus/attention
 - Bizarre thinking
- ◆ Functional impairment

Course of Schizophrenia

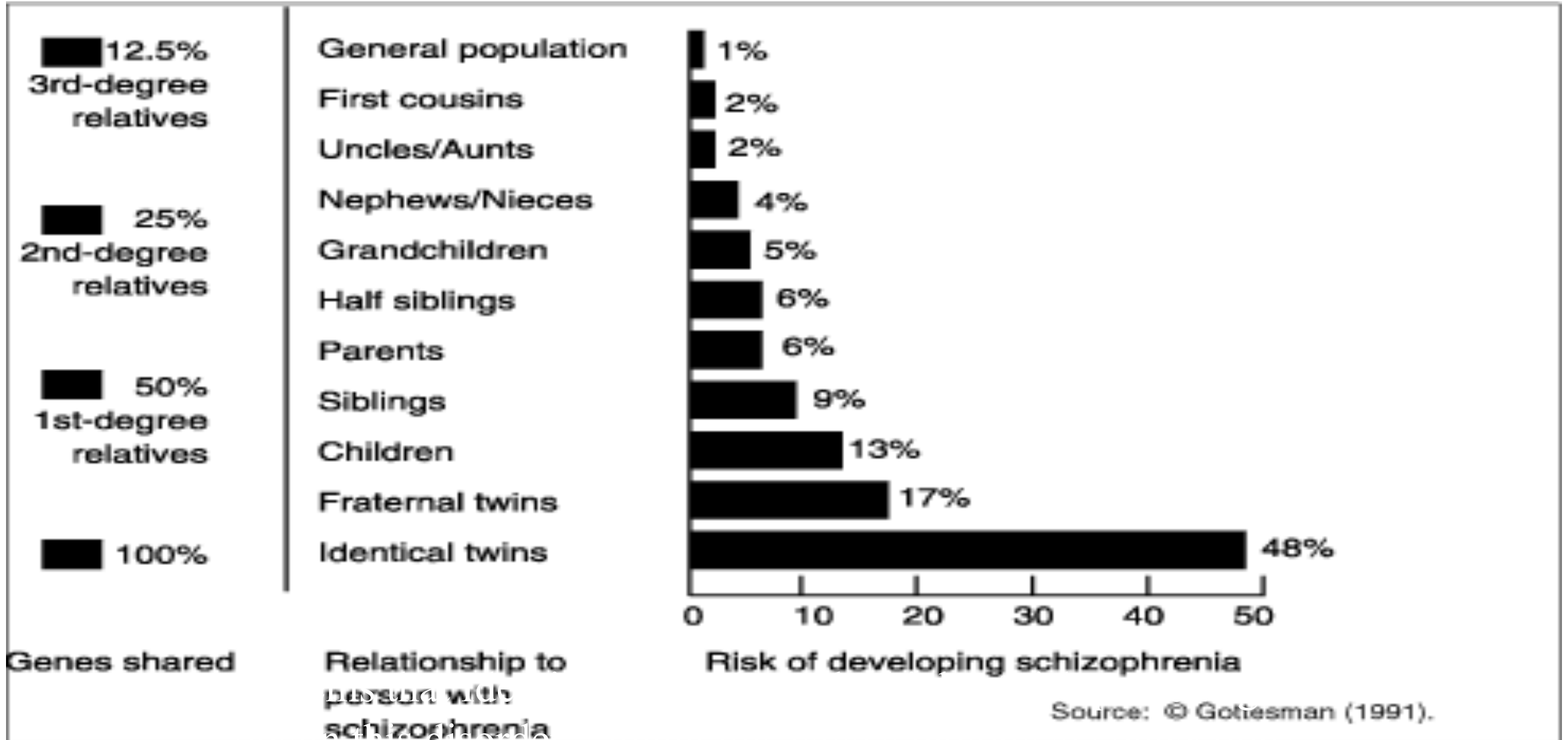


Sheitman BB, Lieberman JA. The natural history and pathophysiology of treatment-resistant schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 1998(May-Aug);32(3-4):143-150

Clinical and Pathophysiological Course of Schizophrenia



Risk of developing schizophrenia



13.2.2024 Käypä Hoito-suositus: Skitsofrenia

Taulukko 3. Psykoottisia häiriöitä koskeva kliininen vaihekäsitys 95 mukailtu¹.

Vaihe	Tilan kuvaus
¹ Seurantatutkimusten mukaan ensi kertaa hoitoon tulleista skitsofreniapotilaista (taulukon kohta 2), 28–30 % toipuu täysin yhden tai useamman sairausepisodin jälkeen, 49–53 % toipuu osittain, 13–14 % kroonistuu ja 5–9 %:n taudinkuva vaihtelee 96, 97.	
0	Suurentunut psykoosin riski; ei ajankohtaisia oireita; ensiasteen sukulaisilla vakava mielenterveyden häiriö
1a	Lieviä epäspesifisiä oireita; lieviä neurokognitiivisia muutoksia, ahdistusta ja masennusta
1b	Psykoosiriskioireita; kohtalaisia neurokognitiivisia muutoksia ja toimintakyvyn heikkenemistä (GAF 70)
2	Ensipsykoosi; huomattavia neurokognitiivisia muutoksia ja toimintakyvyn huomattava heikkeneminen (GAF 30-50)
3a	Epätäydellinen toipuminen ensipsykoosista; voi johtaa vaiheeseen 4
3b	Psykoosin uusiutuminen ja osittainen toipuminen; jäännösoireita; ensipsykoosiin nähden heikentynyt toimintakyky ja alentunut neurokognitiivinen taso
3c	Toistuvia psykoottisia episodeja
4	Vaikea-asteinen, jatkuva psykoosi ja neurokognitiivisten toimintojen defekti

Oireeton henkilö, jonka ensiasteen sukulaisella on vakava mielenterveyden häiriö (**vaihe 0**)

- Skitsofrenian syytä ei vielä tunneta niin hyvin, että taudin ehkäiseminen (primaaripreventio) olisi mahdollista. Pääpaino skitsofrenian ja muiden psykoosien ehkäisyssä onkin ennakko-oireiden tunnistamisessa ja oireilevien varhaisessa hoidossa [98](#).
- Euroopan psykiatriyhdistyksen (EPA) suosituksen mukaan kliininen psykoosiriskiarvio on syytä tehdä myös potilaalle, jolla on geneettinen riski ja muita kuin psykoosiriskioireita tai merkittävä toimintakyvyn heikkenemä. Psykoosiriskin arvio on kuitenkin syytä rajoittaa hoitoa hakeviin potilaisiin [99](#). Ks. taulukko [4](#).
- Suomalaisen tutkimuksessa psykiatriseen avohoitoon hakeutuneiden 15–36-vuotiaiden ryhmässä, jossa psykoosiriski on suurimmillaan, psykoosiriskipotilaiden osuudeksi tuli 6,6 väestön 10 000 henkeä kohden [58](#).
- Tämän vaiheen potilaista vain pieni osa sairastuu psykoosiin, ja hoidon painopiste on mielenterveyttä tukevassa neuvonnassa ja ongelmanratkaisun tukemisessa sekä koulutuksellisessa perheterapiassa.

Psykoosiriski (**vaihe 1**)

- Psykoosin puhkeamista edeltää yleensä ei-psykoottisten ja lievien psykoottistyyppisten oireiden värittävä prodromaali- eli ennakko-oirevaihe [102](#). Psykoosiriski ei ole tautiluokituksen (ICD-10) mukainen psykiatrinen diagnoosi.
- Psykoosiriskivaiheessa (clinical high risk to psychosis) voidaan erottaa kaksi toisiaan täydentävää ja usein päällekkäin esiintyvää oirekuvaa [99](#):
 - 1) välittömän psykoosiriskin (ultra high risk) oireet, jotka voivat ilmetä vaimentuneina (attenuated) tai lyhytaikaisina, ohimenevinä (brief limited intermitted) psykoottisina oireina tai geneettiseen riskiin liittyvänä toimintakyvyn heikkenemisenä [103](#), [104](#)
 - 2) perusoireet (basic symptoms), jotka ilmenevät outoina subjektiivisina ja itse raportoituina kokemuksina ajattelun, motoriikan ja havaintojen alueella sekä itseä tai ympäristöä koskevinä outouden ja muuntumisen tuntemuksina [99](#), [105](#).
- Molempien ennakko-oirevaiheiden aikana ja jo ennen niitä ilmenee yleensä myös epäspesifisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.

Psykoosiriski (**vaihe 1**) (Jatkuu)

- Psykoosiin sairastuneiden psykoosiriskipotilaiden osuudet vaihtelevat tutkimusten ja seuranta-ajan mukaan. Vuoden seurannassa hoitoon tulosta keskimäärin 22 % (17–28 %) ja kahden vuoden seurannassa 29 % (23–36 %) psykoosiriskipotilaista on sairastunut psykoosiin [106](#). Välittömän psykoosiriskin potilaista noin 15 % ja perusoireilevista noin 25 % sairastuu vuoden aikana psykoosiin [99](#). Viimeaikaisissa tutkimuksissa psykoosiin sairastuneiden riskipotilaiden osuudet ovat pienentyneet [100](#), [101](#).
- Läheskään kaikki psykoosiriskin potilaat eivät sairastu psykoosiin, mutta he kärsivät melko vaikeista psyykkisistä oireista, kuten ahdistuneisuudesta, masentuneisuudesta ja toimintakyvyn heikkenemisestä, ja tarvitsevat siten psykiatrista hoitoa [106](#), [107](#), [108](#), [109](#), [110](#), [111](#), [112](#).
- Psykoosiriskissä olevien hoitoa voidaan perustella myös sillä, että huomattava osa heidän psykososiaalisista ongelmistaan jatkuu, vaikka heidän psykoosiin sairastumisensa voidaan tehokkaalla hoidolla estää. Lisäksi psykoosiriskissä olevilla esiintyy usein myös hoitoa vaativaa itsetuhoisuutta [113](#), [114](#).

Psykoosiriskin diagnosointi

- Euroopan psykiatriyhdistyksen (EPA) suosituksen [99](#) mukaan hoitoon hakeutunut potilas on vaarassa sairastua psykoosiin, jos hänellä esiintyy ainakin yksi vaimentunut psykoottinen oire tai ainakin kaksi perusoiretta tai ainakin yksi nopeasti ohimenevä psykoottinen häiriö (taulukko [4](#)).

Taulukko 4. Euroopan psykiatriyhdistyksen (EPA) suositus **psykoosiriskin tunnistamiseksi** (kriteerit muokattu lähteen Schultze-Lutter ym. 2015 99 pohjalta)

A. Ainakin yksi vaimentunut psykoottinen oire:	1. Itseen kohdistuva harhainen merkityselämys (kohdistamisharha), jota potilas ei välittömästi tajua harhaiseksi
	2. Havaintopoikkeama tai aistihairahdus, johon kuitenkin säilyy sairauden oivallus
	3. Hajanainen kommunikointi tai puhe, joka on kuitenkin vielä ymmärrettävää
B. Ainakin kaksi subjektiivisesti koettua tai raportoitua kognitiivista perusoiretta:	1. Ajatusten häiriintyminen; merkityksettömien ajatussisältöjen tunkeutuminen mieleen kesken ajattelun
	2. Ajatusten salpautuminen; ei johdu keskittymis- tai huomiokyvyn puutteesta
	3. Ajatuspaine; ajatukset rientävät aiheesta toiseen ja poikkeavat puheen yleisestä aihepiiristä.

13.2.2024 Käypä Hoito-suositus: Skitsofrenia

[Skitsofrenia](#)

Taulukko 4. Euroopan psykiatriyhdistyksen (EPA) suositus **psykoosiriskin tunnistamiseksi**
(kriteerit muokattu lähteen Schultze-Lutter ym. 2015 99 pohjalta)

B. Ainakin kaksi subjektiivisesti koettua tai raportoitua kognitiivista perusoiretta: (jatkuu)

4. Häiriö jokapäiväisen puheen ymmärtämisessä

5. Häiriö jokapäiväisen puheen tuottamisessa

6. Kyvyttömyys jakaa huomiota eri aistialueiden tehtävien kesken, jotka yleensä eivät vaadi täyttä keskittymistä. Esimerkiksi voileivän tekeminen ja toiselle ihmiselle puhuminen eivät onnistu samanaikaisesti.

7. Kyvyttömyys välittömästi tunnistaa ja tajuta erilaisia käsitteellisiä, kuvainnollisia tai symbolisia sisältöjä, kuten sananlaskuja tai sanontoja, kuten "Sanasta miestä, sarvesta härkää"

8. Subjektiivinen itseen kohdistuva merkityselämys (kohdistamisharha), joka lähes välittömästi tajutaan virheelliseksi

13.2.2024 Käypä Hoito-suositus: Skitsofrenia

[Skitsofrenia](#)

Taulukko 4. Euroopan psykiatriyhdistyksen (EPA) suositus psykoosiriskin tunnistamiseksi (kriteerit muokattu lähteen Schultze-Lutter ym. 2015 99 pohjalta)

B. Ainakin kaksi subjektiivisesti koettua tai raportoitua kognitiivista perusoiretta: (jatkuu)

9. Huomion juuttuminen näkökentän merkityksettömiin yksityiskohtiin, joiden vuoksi huomion kiinnittäminen oleellisempiin ärsykkeisiin häiriintyy

C. Ainakin yksi ohimenevä psykoottinen oire:

1. Ajatusharha (deluusio)

2. Aistiharha (hallusinaatio)

3. Hajanainen ajattelu

Huom.

Kohtien A ja B oireiden aikana sairauden oivallus säilyy. Kohdassa C sairauden oivallus katoaa lyhyeksi aikaa.

Psykoosiriski (**vaihe 1**) (Jatkuu) Psykoosiriskissä olevan potilaan hoito

- Kliinisessä psykoosiriskissä olevan potilaan hoidon tavoitteena on 1. ehkäistä psykoosin puhkeaminen ja 2. estää potilaan sosiaalisen, koulutuksellisen ja ammatillisen toimintakyvyn heikkeneminen ja parantaa sitä.
- Psykoosiriskissä olevien potilaiden kontrolloituja interventiotutkimuksia on tehty suhteellisen vähän. Erityyppisiä interventioita käsittäneen meta-analyysin mukaan psykoosin puhkeamista on voitu ensimmäisen 12 kuukauden aikana vähentää 54 % (NNT 9) ja pidemmän seurannan aikana 37 % (NNT 12). Varsinkin kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) ja psykoosilääkehoito ovat näissä meta-analyyseissä osoittautuneet tehokkaiksi [115](#), [116](#). Eri hoitomenetelmien tehokkuuden välillä ei kuitenkaan ole merkittäviä eroja [117](#).
- Psykoosilääkitys saattaa siirtää psykoottisen häiriön puhkeamista ja vähentää psykoosiriskissä olevien psykoottisia oireita [118](#), [119](#), [120](#), [121](#), [122](#), [C](#).
- Psykoosilääkkeen yhdistäminen psykososiaaliseen interventioon saattaa vähentää psykoottista ja muuta oireilua ja parantaa toimintakykyä [123](#), [124](#), [C](#).
- Pitkäketjuisten monityydyttymättömien omega-3-rasvahapojen tehosta psykoosiriskissä olevien hoidossa on saatu ristiriitaisia tuloksia [125](#), [126](#), [C](#).

Psykoosiriski (**vaihe 1**) (Jatkuu)

Psykoosiriskissä olevan potilaan hoito (jatkuu)

- KKT saattaa siirtää psykoottisen häiriön puhkeamista ja vähentää psykoottisia oireita psykoosiriskissä olevilla potilailla [127](#), [128](#), [129](#), [130](#), [131](#), [132](#), [133](#), [C](#).
- Useita psykososiaalisia hoitomuotoja sisältävä integroitu interventio ilmeisesti pienentää psykoottisen häiriön riskiä varhaisessa psykoosiriskissä olevilla potilailla [134](#), [B](#).
- Perheeseen fokusoitu psykososiaalinen interventio saattaa parantaa perheen sisäistä kommunikaatiota ja vähentää psykoosiriskissä olevan psykoottisia oireita [135](#), [136](#), [C](#).
- EPA:n suosituksen [116](#) mukaan psykoosiriskipotilaan hoito on syytä toteuttaa vaiheittain etenevää hoitomallia noudattaen [104](#), [137](#) siten, että ensi vaiheessa sovelletaan KKT:tä. Jos psykoterapeuttinen intervention teho on osoittautunut riittämättömäksi, mukaan liitetään pieniannoksinen psykoosilääke, mieluiten uudempi psykoosilääke. Tilanteissa, joissa vaimentuneisiin tai lyhytaikaisiin psykoottisiin oireisiin liittyy aggressiivisuutta tai itsetuhoisuutta, psykoosilääkkeen aloittaminen jo ensivaiheessa on aiheellista [138](#). Tutkimuksissa käytetyt hoidot ovat kestäneet 6–12 kuukautta, joten pidemmistä hoidoista ei ole näyttöä. Pitkäaikaista psykoosilääkettä ei suositella käytettäväksi psykoosiriskissä olevan hoidon ensivaiheessa.
- Psykoosiriskipotilaan muita häiriöitä, ennen muuta masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä, tulee hoitaa asianomaisten hoitosuositusten mukaisesti.

Ensipsykoosi (**vaihe 2**)

- Psykoosin varhainen tunnistaminen tapahtuu useimmiten perusterveydenhuollossa. Ensipsykoosiin sairastuneen tarkempi diagnostiikka ja hoidon käynnistäminen kuuluvat erikoissairaanhoidon, jonne potilas tulee ohjata.
- Hoito aloitetaan heti psykoosioireiden ilmaannuttua, koska hoitamattoman psykoosin kesto ja hoidon aloittamisen viivästyminen heikentävät ennustetta [139](#), [140](#).
- Keskeistä on aloittaa psykoosilääkehoito ja yksilöllisen tarpeen mukainen psykososiaalinen hoito, joka sisältää psykoedukaatiota ja jossa huomioidaan potilaan läheiset.
- Psykoosilääkehoidon aloittaminen ei vaikuta kielteisesti psykoosin pitkäaikaiskulkuun [141](#).
- Ensipsykoosin akuuttivaiheessa hoidon tavoitteena on psykoosioireiden tehokas vähentäminen ja toimintakyvyn palauttaminen
 - sopivalla lääkityksellä
 - hoidollisella vuorovaikutuksella
 - psykoedukaatiolla
 - kognitiivisella käyttäytymisterapialla
 - turvallisen hoitoympäristön keinoin
 - aloittamalla mahdollisten samanaikaissairauksien hoito.

Ensipsykoosi (**vaihe 2**) (jatkuu)

- Akuuttivaiheessa selvitetään myös potilaan puolison ja lasten tilanne ja heidän mahdollinen hoidon tarpeensa.
- Akuuttivaiheen hoitomyöntyvyyttä ja -tuloksia parantavat
 - luottamuksellinen yhteistyösuhde potilaan ja hänen perheensä kanssa
 - potilaan perheen kriisiavun luonteinen tuki.
- Akuuttivaiheessa potilasta hoidetaan
 - avohoidon keinoin siihen hyvin perehtyneessä psykiatrisessa työryhmässä (esim. psykoosityöryhmässä) tai
 - psykiatrisella akuuttiosastolla.
- Psykoottisen potilaan sairaalahoitoon lähettäminen on aiheellista, jos
 - potilas on itsetuhoinen tai väkivaltainen
 - potilaan käyttäytymistä ohjaavat voimakkaasti aistiharhat tai harhaluulot tai
 - potilaan tutkiminen ja hoito eivät onnistu paikallisen avohoidon resurssein.

Ensipsykoosi (**vaihe 2**) (jatkuu)

- Psykoosilääkityksen aloittaminen
 - perustuu aina yksilölliseen potilaan tilanteen arvioon ja
 - on hoidon alkuvaiheessa aiheellista erityisesti positiivisten oireiden lievittämiseksi.
- Jos psykoosilääkitys aloitetaan perusterveydenhuollossa, psykiatrin konsultaatio on aiheellinen.
- Ensipsykoosin jälkeen on suositeltavaa ohjata potilaat 2–3 vuoden ajaksi tiiviimpää seurantaan ja monipuolista kuntoutusta (kognitiivinen kuntoutus mukaan luettuna [142](#), [143](#)), sisältävään avohoitoon [144](#). Tähän avohoitoon tulee sisältyä lääkehoidon lisäksi psykoedukaatiota, tukea perheille tai omaisille ja psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja, myös ammatillista kuntoutusta potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan.

Uusiutuva sairausjakso tai osittainen toipuminen (**vaiheet 3a–c**)

- Hyvässä hoidossa tavoitteena ovat oireettomuus, relapsien esto, toimintakyvyn tukeminen ja toimivan yksilöllisesti räätälöidyn lääkehoidon toteuttaminen. Näyttö kuvataan myöhemmin yksittäisten lääkkeiden ja psykososiaalisten menetelmien osalta tarkemmin.
- Hoidon jatkamisen yleisiin periaatteisiin kuuluvat lääkehoidon ylläpitäminen, psykoosien uusiutumisen esto ja sosiaalinen kuntoutus sekä potilaan ja hänen läheistensä tukeminen.

Psykoosin uusiutumisen esto

- Skitsofrenian hoidon suurimpia ongelmia ovat
 - huono kiinnittyminen hoitoon
 - lääkehoidon keskeytyminen ja siitä seuraava psykoosivaiheen uusiutuminen.
- Psykoosin uusiutumisen riski suurenee, jos potilaalla ilmenee muutoksia
 - somaattisessa terveydentilassa
 - sosiaalisissa suhteissa tai
 - muussa elämäntilanteessa.

Uusiutuva sairausjakso tai osittainen toipuminen (**vaiheet 3a–c**) (jatkuu)

- Psykoosivaiheiden uusiutumista voidaan ehkäistä
 - tukemalla hoitomyöntyvyyden rakentumista ja säilymistä
 - varmistamalla potilaan tarvitseman hoidon jatkuminen
 - harkitsemalla injektiohoidon aloittamista
 - minimoimalla lääkehoidon haittavaikutukset
 - käyttämällä lääkityksen ohella myös psykososiaalisia hoitomuotoja ja vertaistuen mahdollisuuksia.
- Keskeistä psykoosin uusiutumisen ehkäisyssä on, että [145](#)
 - koulutuksellisen terapian keinoin vahvistetaan potilaan ja hänen läheistensä valmiuksia havaita psykoosia ennakoivat oireet
 - tunnistetaan mahdolliset psykoosia ennakoivat oireet, laaditaan kriisihoitosuunnitelma ja autetaan potilasta välttämään riskikäyttäytymistä (esim. alkoholin ja huumausaineiden käyttöä)
 - jos lääkehoito on keskeytynyt, se käynnistetään uudelleen tai meneillään olevaa lääkehoitoa tehostetaan
 - pidetään yllä realistista toivoa [146](#), [147](#) ja
 - otetaan huomioon sairastumiseen mahdollisesti liittyvät traumaattiset kokemukset [148](#).
- Psykoosin kolmannen vaiheen hoidossa korostuvat erilaiset psykososiaalisen kuntoutuksen muodot ja niiden lääkehoitoon ja muihin biologisiin hoitoihin yhdistäminen.

Pitkäkestoinen psykoosi (**vaihe 4**)

- Skitsofreniapotilaan hoidon tulee jatkua aktiivisena myös psykoosin neljännessä vaiheessa. Tällöin hoidossa korostuvat psykoosilääkehoidon ylläpito ja mahdollinen tehostaminen (klotsapiini), toimintakykyä ylläpitävät ja kohentavat psykososiaalisen kuntoutuksen muodot, tuetut asumispalvelut sekä fyysistä kuntoa ylläpitävät, somaattisia sairauksia ehkäisevät ja hyvää hoitoa tukevat toimenpiteet.

Hoitojen integrointi

- Skitsofrenian hoidossa keskeistä on erilaisten hoitojen ja kuntoutuksen yhdistäminen siten, että ne muodostavat potilaan elämäntilanteeseen soveltuvan ja toipumista edistävän kokonaisuuden, joka vastaa hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa [149](#), [150](#). Hoitojen integroinnissa yhteistyö eri kunnallisten ja yksityisten sosiaali- ja terveydenhoitoyksiköiden (työterveys mukaan luettuna) on tärkeää. Myös terveyskäyttämistä tukevat interventiot on hyvä toteuttaa näiden yhteistyökumppaneiden kanssa.
- Integroitu hoito-ohjelma, johon kuuluivat tehostettu avohoito, koulutuksellinen usean perheen ryhmähoito, sosiaalisten taitojen harjoittelu ja psykoosilääkitys, vähensi ensipsykoosiin sairastuneiden oireilua ja kohensi heidän toimintakykyään kahden ensivuoden aikana enemmän kuin tavallinen hoito [151](#).

Pitkäkestoinen psykoosi (**vaihe 4**) (jatkuu)

- Psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistäminen lääkehoitoon [145](#), [152](#), [153](#)
 - lievittää oireita
 - kohentaa psykososiaalista toimintakykyä
 - estää uusia psykoosijaksoja ja sairaalahoitoja.
- Varsinkin nuorten, osittain toipuneiden skitsofreniapotilaiden osalta tulee kiinnittää erityistä huomiota työhön tukemiseen ja ammatillisen kuntoutukseen.
 - Nuorten ja työelämäänsä vakiintumattomien osalta ammatillinen kuntoutus kuuluu yleensä Kelalle [7](#) ja työelämässä olevien osalta työeläkelaitoksille.
 - Nuorten (16–29-vuotiaat) ammatillista kuntoutusta voi ennen diagnoosien tekemistä hakea toimintakyvyn heikkenemisen perusteella Kelasta myös suullisesti ilman lääkärinlausuntoa [8](#).
 - Tällöin hakemuksen yksilöllisessä käsittelyssä arvioidaan keskeisesti toimintakyvyn heikkenemistä ja mahdollisten toimenpiteiden soveltuvuutta mutta hakijan ei itse tarvitse tietää, mitä ammatillista kuntoutusmuotoa (NUOTTI-valmennus, ammatillinen kuntoutusselvitys, työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus tai koulutuskokeilu) hän hakee. Ks. lisätietoa Kelan etuuksista psykoosisairauksissa

- **Huonoa ennustetta** ennakoivat [283](#), [285](#), [286](#)
 - nuoruusiässä sairastuminen
 - miessukupuoli
 - naimattomuus
 - ihmissuhdeverkoston puuttuminen
 - alkoholin tai huumeiden käyttö
 - sairastumista edeltänyt huono psykososiaalinen kehitys
 - sairauden hidas puhkeaminen
 - negatiivisten oireiden sävyttämä sairaudenkuva
 - lievät neurologiset oireet
 - hidas tai osittainen toipuminen ensimmäisen hoidon aikana.

J Morrison DSM-5 made easy, 2014

- **Hyvää ennustetta** ennakoivat:

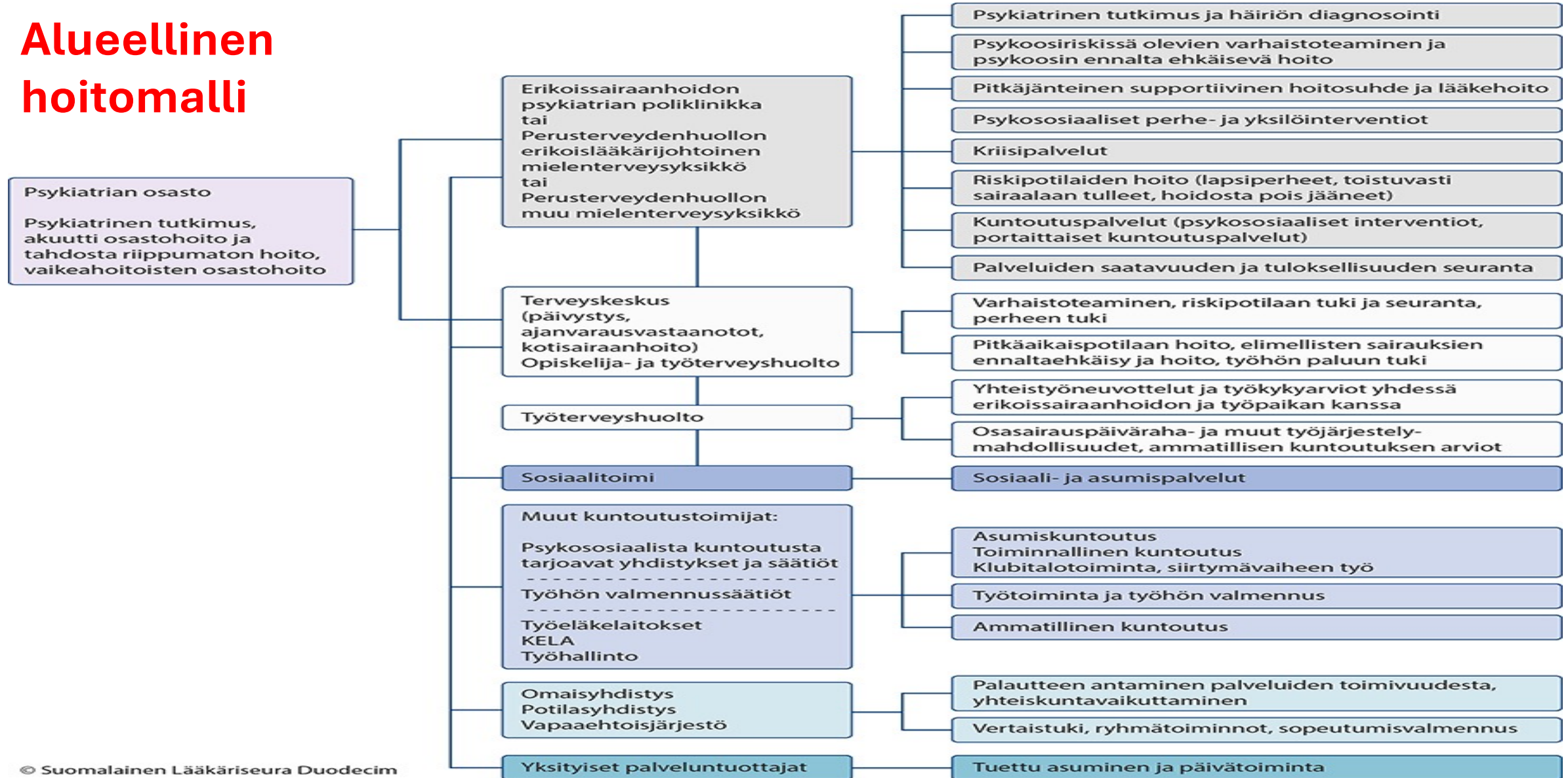
- 1) Psykoottiset oireet alkavat varhain (sairastumisen ensimmäisen kuukauden aikana)
- 2) Sekavuus tai hämmennys ovat psykoosille keskeinen
- 3) Hyvä edeltävä toimintakyky
- 4) Tunne-elämä ei ole latistunut

>2/ 4 ennuskoi hyvää ennustetta ja hyvää toipumista

13.2.2024 Käypä Hoito-suositus: Skitsofrenia

[Skitsofrenia](#)

Alueellinen hoitomalli



Laatukriteerit

- Työryhmä suosittaa, että skitsofrenian hoidon laatua seurattaisiin kriteereillä, jotka sisältyvät seuraaviin kysymyksiin:
- 1. Onko yksikössä kirjallista paikallista skitsofrenian hoito-ohjelmaa, jossa otetaan huomioon diagnostiikassa tarvittavat tutkimukset, potilaan psykososiaalinen ja lääkehoito, perheintervention ja potilasohjauksen toimintalinjat sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen hoitoketjussa?
- 2. Kuinka monella skitsofrenian takia hoidossa olevalla on sairauskertomuksessaan ajantasainen kirjallinen hoitosuunnitelma?
- 3. Kuinka monen hoitojakson aloittaneen osalta on sairaalasta otettu yhteyttä potilaan perheeseen tai lähiverkostoon 3 ensimmäisen vuorokauden aikana ja avohoidosta ensimmäisen hoitoviikon aikana?
- 4. Kuinka moni skitsofreniapotilas on sairaalasta kotiuttamisen jälkeen palannut 3 kuukauden sisällä uudelle sairaalahoitojaksolle?
- 5. Kuinka monen skitsofreniapotilaan luokse on vuoden aikana tehty kotikäynti?
- 6. Kuinka monen perheellisen skitsofreniapotilaan osalta on toteutunut perhetapaaminen, johon on sisältynyt alaikäisen tilanteen arvio?

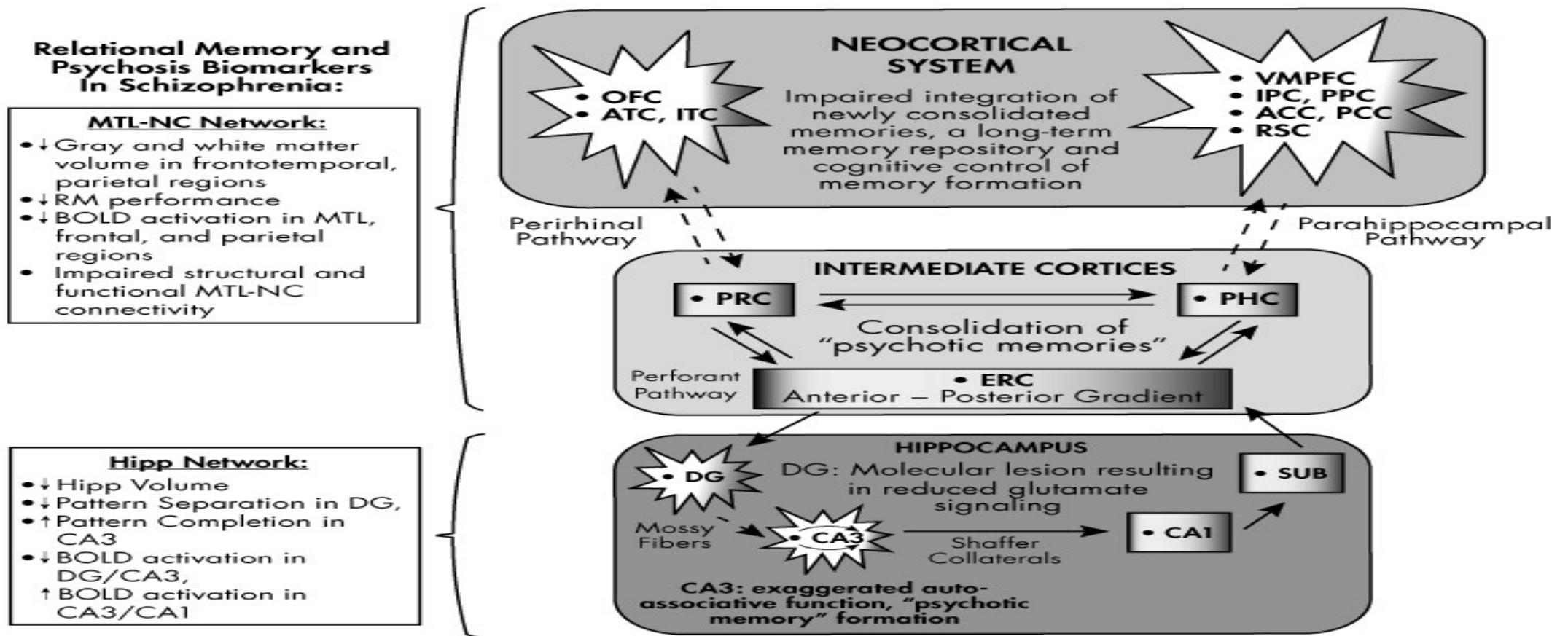
Laatukriteerit

- Työryhmä suosittaa, että skitsofrenian hoidon laatua seurattaisiin kriteereillä, jotka sisältyvät seuraaviin kysymyksiin: (jatkuu)
- 7. Kuinka moni skitsofreniapotilas on käynyt vähintään kerran kuukaudessa avohoidossa, tai kuinka monen luokse on tehty vähintään yksi avohoitokäynti kuukaudessa sairaalasta kotiuttamista seuranneen puolen vuoden ajan [304](#)?
- 8. Kuinka monen skitsofreniapotilaan paino on 2 vuoden kuluessa psykoosilääkityksen aloituksesta noussut yli 7 % [317](#)?
- 9. Kuinka moni ensipsykoosipotilaista ja heidän perheistään on osallistunut psykoedukaatioon?
- 10. Kuinka monelle skitsofreniapotilaalle on annettu hoitosuunnitelman mukaista monipuolista psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta psykoedukaation lisäksi?
- 11. Kuinka monen potilaan oireita on seurattu systemaattisesti oiremittarilla, kuten BPRS:llä?
- 12. Kuinka monen potilaan toimintakykyä on seurattu systemaattisesti toimintakykymittarilla, kuten GAF:llä tai SOFAS:llä?

Laatukriteerit

- Työryhmä suosittaa, että skitsofrenian hoidon laatua seurattaisiin kriteereillä, jotka sisältyvät seuraaviin kysymyksiin: (jatkuu)
- 13. Kuinka moni skitsofreniapotilas opiskelee tai on työssä vuoden sisällä uuden hoitojakson aloittamisesta?
- 14. Kuinka moni skitsofreniapotilas saa kuntoutustukea 2 vuoden kuluttua ensimmäisen hoitojakson aloittamisesta?
- 15. Kuinka monelle uuden hoitojakson aloittaneelle skitsofreniapotilaalle on tehty vuoden sisällä laaja yleislääkärin suorittama terveystarkastus?
- 16. Kuinka monella potilaalla kardiometaboliset sairaudet ovat asianmukaisessa hoidossa?
- 17. Kuinka moni skitsofreniapotilas kuolee 5 vuoden sisällä ensimmäiseen hoitoon tulostaan?
- Lisäksi suositellaan, että hoitoyksiköt käyttäisivät jo olemassa olevia rekisteritietoja, kuten hoitoilmoitustietoja ja kuolleisuustilastoja, oman toimintansa vertaamisessa koko maan muihin yksiköihin (esim. kuolleisuus ja tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittavien toimenpiteiden yleisyys) (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet [11](#)).

From: Toward a Dimensional Understanding of Psychosis and Its Treatment



A relational memory and psychosis model of schizophrenia involving hippocampal-neocortical network.

13.2.2024 Käypä Hoito-suositus: Skitsofrenia

Taulukko 1. Fyysisen terveyden seurantaan liittyvät mittaukset ja verikokeet	
Esimerkkejä seurattavista arvoista	Seurantaväli ensipsykoosista tai lääkehoidon aloittamisesta*
* Yksilöllinen arvio ja kliininen tilanne huomioitava	
Lipidit (kol, LDL, HDL, trigly)	Heti, 3 kk:n kuluttua, 6 kk:n kuluttua ja vuosittain
Verensokeri (fP-Gluk)	Heti, 3 kk:n kuluttua, 6 kk:n kuluttua ja vuosittain
Syke ja verenpaine	Heti, 1 kk:n välein 3 kk:n ajan ja vuosittain
Vyötärön ympärys	Heti ja vuosittain
Paino	Heti, 6 viikon ajan viikoittain, 3 kk:n välein vuoteen saakka ja sitten vähintään vuosittain
EKG	Heti, 3 kk:n kuluttua ja vuosittain
ALAT	Heti, 3 kk:n kuluttua ja vuosittain
PVK	Heti, 3 kk:n kuluttua ja vuosittain
CDT, U-huume	Heti, seuranta tarpeen mukaan

Taulukko 2. Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia

Lääkeaine	Annos ¹ (mg)	Valmistemuoto	Haittavaikutuksia	Muuta huomattavaa
* Ummetus on tavallinen haittavaikutus, joka voi hoitamattomana johtaa paralyyttisen ileuksen kehittymiseen ja tulee huomioida kaikilla potilailla 316. ** Verenkuvaseuranta ennen hoidon aloitusta (alle 10 vrk), kerran viikossa 18 viikon ajan, sen jälkeen kerran kuukaudessa ja lisäksi 4 viikkoa hoidon lopettamisen jälkeen.				
Perinteiset psykoosilääkkeet				
Flupentiksoli	3–15	Tabletti	Ekstrapyramidaalioireet, väsymys, hypotensio	
Haloperidoli	4–10	Tabletti, nieltävä neste	Ekstrapyramidaalioireet, tardiivi dyskinesia, QTc-ajan piteneminen	EKG ennen hoidon aloittamista, 1 ja 3 kk sen jälkeen ja myöhemmin vuosittain
Klooripromatsiini	200–800	Tabletti, nieltävä neste	Antikolinergiset haitat, valoyliherkkyys, kolestaattinen hepatiitti, väsymys, QTc-ajan piteneminen, painonnousu, metaboliset haitat	EKG ennen hoidon aloittamista, 1 ja 3 kk sen jälkeen ja myöhemmin vuosittain
Klooriprotikseeni	200–800	Tabletti	Antikolinergiset haitat, väsymys, ekstrapyramidaalioireet	

Taulukko 2. Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia

Lääkeaine	Annos ¹ (mg)	Valmistemuoto	Haittavaikutuksia	Muuta huomattavaa
* Ummetus on tavallinen haittavaikutus, joka voi hoitamattomana johtaa paralyyttisen ileuksen kehittymiseen ja tulee huomioida kaikilla potilailla 316 .				
** Verenkuvaseuranta ennen hoidon aloitusta (alle 10 vrk), kerran viikossa 18 viikon ajan, sen jälkeen kerran kuukaudessa ja lisäksi 4 viikkoa hoidon lopettamisen jälkeen.				
Perinteiset psykoosilääkkeet				
Levomepromatsiini	100–400	Tabletti, nieltävä neste	Asentohypotensio, väsymys	
Perfenatsiini	4–24	Tabletti	Väsymys, ekstrapyramidaalioireet	
Sulpiridi	400–1 600	Tabletti, kapseli	Väsymys, asentohypotensio, maidoneritys	
Tsuklopentiksoli	15–80	Tabletti, tipat	Ekstrapyramidaalioireet, hikoilu	

Taulukko 2. Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia				
Lääkeaine	Annos ¹ (mg)	Valmistemuoto	Haittavaikutuksia	Muuta huomattavaa
* Ummetus on tavallinen haittavaikutus, joka voi hoitamattomana johtaa paralyyttisen ileuksen kehittymiseen ja tulee huomioida kaikilla potilailla 316 . ** Verenkuvaseuranta ennen hoidon aloitusta (alle 10 vrk), kerran viikossa 18 viikon ajan, sen jälkeen kerran kuukaudessa ja lisäksi 4 viikkoa hoidon lopettamisen jälkeen.				
Uudemmat psykoosilääkkeet				
Aripipratsoli	10–30	Tabletti, nieltävä neste	Rauhattomuus, unettomuus, pahoinvointi	
Asenapiini	10–20	Tabletti	Uneliaisuus, ahdistuneisuus, ekstrapyramidaalioireet	
Brekspipratsoli	2–4	Tabletti	Akatisia, painon nousu, prolaktiinipitoisuuden suureneminen	
Karipratsiini	1,5–6	Tabletti	Akatisia, päänsärky, unettomuus	
1.7.2025				

Taulukko 2. Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia

Uudemmat psykoosilääkkeet

Klotsapiini	200–900	Tabletti	Verenkuvanmuutokset, epileptiset kohtaukset, ummetus*, painonnousu, metabolinen oireyhtymä, lisääntynyt syljeneritys, kardiomyopatia, EEG-muutokset tavallisia	Agranulosytoosiriskin vuoksi käyttö rajattu potilaille, jotka joko ovat hoitoresistenttejä tai eivät siedä muita psykoosilääkkeitä; pakollinen verenkuvan seuranta** (infektion yhteydessä suljettava pois agranulosytoosi); EEG:tä harkittava ennen hoidon aloittamista ja 2 kk sen jälkeen; painon seuranta, ei aiheuta ekstrapyramidaalioireita tai prolaktiinipitoisuuden suurenemista
-------------	---------	----------	--	--

Taulukko 2. Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia

Uudemmat psykoosilääkkeet

Lurasidoni	37–148	Tabletti	Ekstrapyramidaalioireet, pahoinvointi, uneliaisuus	Lääke tulee ottaa aterian yhteydessä (suurentaa hyötyosuutta)
Olantsapiini	10–20	Tabletti	Metaboliset haitat, painonnousu, väsymys	Painon seuranta
Risperidoni	2–8	Tabletti, nieltävä neste	Ekstrapyramidaalioireet, unettomuus, ahdistuneisuus, painonnousu, metaboliset haitat, prolaktiinipitoisuuden suureneminen	

Taulukko 2. Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia

Uudemmat psykoosilääkkeet

Sertindoli	12–20	Tabletti	Huimaus, suun kuivuminen, uneliaisuus, ejakulaatin pienentynyt määrä painonnousu, ortostaattinen hypotensio, nenän tukkoisuus	Pakollinen EKG-seuranta (QT-aika) (ks. valmisteyhteenvedo, hidas annoksen suurentaminen)
Tsiprasidoni	40–160	Kapseli	Uneliaisuus, pahoinvointi, ekstrapyramidaalioireet	Lääke tulee ottaa aterian yhteydessä (suurentaa hyötyosuutta)
Sertindoli	12–20	Tabletti	Huimaus, suun kuivuminen, uneliaisuus, ejakulaatin pienentynyt määrä painonnousu, ortostaattinen hypotensio, nenän tukkoisuus	Pakollinen EKG-seuranta (QT-aika) (ks. valmisteyhteenvedo, hidas annoksen suurentaminen)

Pitkävaikutteiset lihakseen ruiskutettavat psykoosilääkkeet				
Perinteiset psykoosilääkkeet				
Haloperidolidekanoaatti	50–300	Depotliuos		Antoväli yleensä 4 viikkoa
Tsuklopentiksolidekanoaatti	200–500	Depotliuos		Antoväli yleensä 1–4 viikkoa
Uudemmat psykoosilääkkeet				
Aripipratsoli	300–400	Depotsuspensio		
Olantsapiini	150–300/2 viikkoa/300–405 mg/4 viikkoa	Depotsuspensio	Hyvin harvinaisena injektionjälkeinen oireyhtymä 3 tunnin sisällä injektion annosta (yliannostuksen kaltaisia oireita), pistospaikkareaktiot (kipu, kyhmyt)	Antoväli vaihteleva, ks. tuotetiedot. Pistoksen jälkeinen seuranta 3 tunnin ajan Aloitusannos on ylläpitoannosta suurempi
Paliperidonipalmitaatti	25–150/kk 175–525/3 kk	Depotsuspensio	Kuten risperidoni	Paliperidoni on risperidonin aktiivinen metaboliitti 9-hydroksirisperidoni. Eri valmistemuodot annosteluun kuukauden tai 3 kuukauden välein.
Risperidoni	25–50	Depotsuspensio		Antoväli yleensä 2 viikkoa

Pitkävaikutteiset lihakseen ruiskutettavat psykoosilääkkeet				
Perinteiset psykoosilääkkeet				
Haloperidolidekanoaatti	50–300	Depotliuos		Antoväli yleensä 4 viikkoa
Tsuklopentiksolidekanoaatti	200–500	Depotliuos		Antoväli yleensä 1–4 viikkoa
Uudemmat psykoosilääkkeet				
Aripipratsoli	300–400	Depotsuspensio		
Olantsapiini	150–300/2 viikkoa/300–405 mg/4 viikkoa	Depotsuspensio	Hyvin harvinaisena injektionjälkeinen oireyhtymä 3 tunnin sisällä injektion annosta (yliannostuksen kaltaisia oireita), pistospaikkareaktiot (kipu, kyhmyt)	Antoväli vaihteleva, ks. tuotetiedot. Pistoksen jälkeinen seuranta 3 tunnin ajan Aloitusannos on ylläpitoannosta suurempi
Paliperidonipalmitaatti	25–150/kk 175–525/3 kk	Depotsuspensio	Kuten risperidoni	Paliperidoni on risperidonin aktiivinen metaboliitti 9-hydroksirisperidoni. Eri valmistemuodot annosteluun kuukauden tai 3 kuukauden välein.
Risperidoni	25–50	Depotsuspensio		Antoväli yleensä 2 viikkoa

taulukko 5. Psykoosilääkkeiden keskeiset yhteisvaikutukset1

Lääkeaine	Pääasialliset metaboliareitit	Lääke tai tekijä, johon liittyy yhteisvaikutuksia	
		Pitoisuuksien suureneminen	Pitoisuuden pieneneminen

1 Luettelo ei ole täydellinen.

CYP = sytokromi P-450

UGT = UDP-glukuronosyyli transferaasi

- Ks. myös taulukko [2](#) Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia.

Asenapiini	CYP1A2	e-pillarit, fluvoksamiini, norfloksasiini, siprofloksasiini	tupakointi, karbamatsepiini, rifampisiini
Haloperidoli	CYP2D6 CYP3A4	bupropioni, fluoksetiini, paroksetiini, terbinafiini, erytromysiini, itrakonatsoli, ketokonatsoli, klaritromysiini	fenobarbitaali, fenytoiini, karbamatsepiini, rifampisiini
Ketiapiini	CYP3A4	erytromysiini, itrakonatsoli, ketokonatsoli, klaritromysiini	fenobarbitaali, fenytoiini, karbamatsepiini, rifampisiini
Klooripromatsiini	CYP1A2 CYP2D6	e-pillarit, fluvoksamiini, norfloksasiini, siprofloksasiini, bupropioni, fluoksetiini, paroksetiini, terbinafiini	tupakointi, karbamatsepiini, rifampisiini

taulukko 5. Psykoosilääkkeiden keskeiset yhteisvaikutukset1

Lääkeaine	Pääasialliset metaboliareitit	Lääke tai tekijä, johon liittyy yhteisvaikutuksia	
		Pitoisuuksien suureneminen	Pitoisuuden pieneneminen

1 Luettelo ei ole täydellinen.

CYP = sytokromi P-450

UGT = UDP-glukuronosyyli transferaasi

- Ks. myös taulukko [2](#) Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia.

Klotsapiini	CYP1A2	e-pillarit, fluvoksamiini, norfloksasiini, siprofloksasiini	tupakointi, karbamatsepiini, rifampisiini
Olantsapiini	UGT1A4 CYP1A2	e-pillarit, fluvoksamiini, norfloksasiini, siprofloksasiini	tupakointi, karbamatsepiini, rifampisiini
Risperidoni	CYP2D6	bupropioni, fluoksetiini, paroksetiini, terbinafiini	ei tunneta
Brekspipratsoli	CYP3A4 CYP2D6	bupropioni, fluoksetiini, paroksetiini, terbinafiini, erytromysiini, itrakonatsoli, ketokonatsoli, klaritromysiini	fenobarbitaali, fenytoiini, karbamatsepiini, rifampisiini
Karipratsiini	CYP3A4	erytromysiini, itrakonatsoli, ketokonatsoli, klaritromysiini	fenobarbitaali, fenytoiini, karbamatsepiini, rifampisiini

taulukko 5. Psykoosilääkkeiden keskeiset yhteisvaikutukset1

Lääkeaine	Pääasialliset metaboliareitit	Lääke tai tekijä, johon liittyy yhteisvaikutuksia	
		Pitoisuuksien suureneminen	Pitoisuuden pieneneminen

1 Luettelo ei ole täydellinen.

CYP = sytokromi P-450

UGT = UDP-glukuronosyyli transferaasi

- Ks. myös taulukko [2](#) Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia.

Lurasidoni	CYP3A4	erytromysiini, itrakonatsoli, ketokonatsoli, klaritromysiini	fenobarbitaali, fenytoiini, karbamatsepiini, rifampisiini
Sertindoli	CYP2D6 CYP3A4	bupropioni, fluoksetiini, paroksetiini, terbinafiini, erytromysiini, itrakonatsoli, ketokonatsoli, klaritromysiini	fenobarbitaali, fenytoiini, karbamatsepiini, rifampisiini