

Maija Lindgren, Sebastian Therman ja Niklas Granö

Nuorten psykoottistyyppisten oireiden kliininen merkitys

Psykoottistyyppiset oireet ovat nuorilla suhteellisen yleisiä ja johtavat harvoin varsinaisen psykoosisairauden kehittymiseen. Nuorten psykoottistyyppiset oireet liittyvät kuitenkin vakavampaan psykiseen oireiluun ja huonompaan ennusteeseen, minkä vuoksi niitä on tärkeää kartoittaa psykiatrisessa hoidossa. Hoidossa on tärkeää oirekeskeisyys: keskitytään ajankohtaiseen tilanteeseen, oireilun kokonaiskuva ja henkilön elämäntilanne huomioiden, ei niinkään mahdolliseen psykoosiriskiin. Psykoottistyyppisen oireilun ensisijainen suositeltava hoito on kognitiivinen psykoterapia.

Psykoosisairauksien hoidossa painopiste on enenevästi varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa (1). Psykoosia useimmiten edeltävä esioirevaihe tarjoaa mahdollisuuden tunnistaa psykoosiin sairastumassa oleva henkilö jo ennen ensimmäistä psykoottista episodista, ja varhainen hoito parantaa sairauden ennustetta (2).

Psykoosin esioirevaihetta, niin sanottua prodromaalivaihetta, luonnehtivat psykoottistyyppiset oireet (TAULUKKO 1). Ne ovat psykoosin positiivisten oireiden kaltaisia mutta lievempiä, ja niitä voi esiintyä kuukausien tai vuosienkin ajan ennen oireiden kehittymistä psykoottistasoiksi. Psykoottistyyppisiä oireita on usein tutkittu takautuvissa tutkimusasetelmissä, joissa on kartoitettu jo sairastuneiden henkilöiden aikaisempia oireita. Sitä vastoin etenevissä tutkimusasetelmissä on havaittu, etteivät psykoottistyyppiset oireet aina johdakaan sairastumiseen (3).

Kirjoitus perustuu kahden suomalaisen tutkimuksen perusteella syntyneisiin käsityksiin. Helsinki Prodromal Study kartoitti helsinkiläisten 15–18-vuotiaiden psykiatrisen hoidon aloittaneiden nuorten psykoottistyyppisten oireiden ennustavuutta (4). HYKS Psykiatrian JERI (Jorvi Early psychosis Recognition and Intervention) -hankkeessa kehitettiin nuorten psykoottistyyppisten oireiden varhaista tunnis-

TAULUKKO 1. Psykoottistyyppisen oireilun luokittelu SIPS-haastattelun mukaisesti ja esimerkkejä oireista (12).

Oireluokka	Esimerkkejä oireilusta
Epätavallinen ajatussisältö ja harhaluuloiset ajatukset	Epävarmuutta siitä, mikä on totta ja mikä kuvitelmaa, maagista ajattelua, ajatuksia ajatustenluvusta tai tiedotusvälineistä tulevista viesteistä
Epäluuloisuus ja vainoamisajatukset	Tunne seuratuksi tulemisesta, vainoamisajatuksia, tunne että on vaarassa, koska joku aikoo pahaa
Suuruusajatukset	Liioiteltu käsitys itsestä, epärealistisia suunnitelmia, ajatus siitä, että omaa erityisiä kykyjä tai on valittu erityiseen rooliin
Havainnon poikkeavuudet ja aistiharhat	Kuiskauksien, koputusten, askelien kuuleminen, välähdysten tai hahmojen näkeminen, illuusiot, askarruttamaan jäävät havaintokokemukset
Hajanainen kommunikointi	Puheen rönsyily, aiheesta eksyminen, puhe, jota muiden on vaikea ymmärtää

tamista ja hoitoa yhdessä perusterveydenhuollon työntekijöiden kanssa (5, 6).

Kokemukset psykoosijatkumolla

Psykoottistyyppisiä oireita esiintyy, etenkin nuorilla, muissakin tapauksissa kuin ennen psykoosia. Meta-analyysin mukaan outoja havainnoja, kokemuksia ja ajatuksia esiintyy 9–12-vuotiaista lapsista 17 prosentilla ja 13–18-vuotiaista



KUVA. Psykoosisijatsumon mallinnus (9). Kuvion leveä alaosa kuvaa yleisintä tilannetta ja kapea huippu harvinaisinta. Psykoottistyyppiset oireet nähdään oireina, joihin liittyy suurentunut riski, ei psykoosin prodroma-olioireina, joista seuraisi välttämättä sairastuminen. Liukumat psykoosisijatsumolla ovat mahdollisia, myös lievempään suuntaan. Psykoosin esioireitutkimusta on tehty eniten tasolla 3, mutta suomalaisessa hoitojärjestelmässä taso 2 on yleisempi. Huippuna on skitsofrenia kuvaamassa pitkäkestoisia, toimintakykyyn vakavasti vaikuttavia psykoottisia oireita, mutta myös affektiivisia psykooseja ennustetaan psykoottistyyppisillä oireilla.

nuorista 8 prosentilla (7). Psykoottistyyppisten oireiden esiintyvyys vähenee terveessä väestössä aikuisiässä. Yleisväestöstä 5 % raportoi psykoottistyyppisistä kokemuksista (8).

Psykoottistyyppisten kokemusten ajatellaan muodostavan jatkumon, jolle asettuvat niin normaalikokemukset kuin psykoottistasoiseksi määriteltävä oireilu (**KUVA**). Ohimenevillä, lievillä psykoottistyyppisillä kokemuksilla ei ole kliinistä merkitystä. Lyhytkestoisia, voimakkaampiakin psykoottistyyppisiä kokemuksia voi olla kenellä tahansa esimerkiksi kovan psyykkisen kuormituksen yhteydessä. Varsinkin nuorilla, joilla on mielenterveysongelmista johtuvaa oireilua, psykoottistyyppiset oireet ovat tavallisia ja ennustavat harvoin psykoosia (4).

Voimakkaammat psykoottistyyppiset oireet sijoittuvat psykoosisijatsumon toiseen päähän, jossa ääripäänä on kliinisesti määriteltävä psykoosi. Jatkumoajattelu korostaakin, etteivät psykoosioireet ole laadullisesti erilaisia kuin normaaleiksi luokiteltavat kokemukset – vain frekvenssiltään ja intensiteetiltään voimakkaampia (8). Selvää rajaa normaalikokemusten ja sairauden välillä ei siis ole.

Oireilun kokonaiskuva ratkaisee

Psykoottistyyppisten oireiden kliinistä merkitystä arvioitaessa haasteita asettaa niiden kausaalinen epäyhtenäisyys: ne eivät ole vain psykoosille ominaisia oireita vaan voivat esimerkiksi liittyä dissosiaatioon (jossa henkilö erottaa tietyn psyykkisen toiminnon muista, esimerkiksi eristää tunteen traumaattisesta kokemuksesta) tai päihteiden käyttöön.

Alison Yungin tutkimusryhmä jakaa psykoottistyyppiset oireet kolmeen luokkaan seuraavasti (9). Psykoottistyyppiset oireet voivat olla normaalivaihtelua psykoosisijatsumolla, varsinkin jos kyse on nuoren henkilön ohimenevistä kokemuksista. Normaaliin nuoruuden kehitykseen voi myös kuulua kokemuksia esimerkiksi kielteisen huomion keskipisteenä olemisesta sekä onnipotentteja haavoittumattomuuden kokemuksia, jotka voidaan virheellisesti tulkita psykoosiriskioireiksi (10).

Toisekseen psykoottistyyppiset kokemukset voivat olla lievempiin psykiatrisiin sairauksiin kuten masennukseen tai ahdistuneisuuteen liittyvää oheisoireilua. Varsinkin nuoret voivat reagoida henkiseen pahaan oloon psykoottistyyppisillä oireilla. Myös psykiatrisilla aikuispotilailla ne ovat yleisiä (11). Kolmas ryhmä ovat psykoosia ennakoivat esioireet. Varsinkin jatkuvat oireet, jotka yhdistyvät negatiivisiin oireisiin, kuten vetäytymiseen ihmissuhteista ja heikentyneeseen toimintakykyyn, ovat tässä mielessä huolestuttavampia.

Psykoottistyyppiset oireet eivät siis ole keskenään samanarvoisia, vaan niiden merkityksen kliinisessä arvioimisessa on otettava huomioon kokonaiskuva (**TAULUKKO 2**). Samantapainen oireilu voi olla ohimenevää nuoruusiän kipuilua tai psykoosin esioireilua. Oireiden lisäksi on huomioitava nuoren toimintakyky, perhe ja kehitys eri elämänaloilla.

Haastatteluilla arvioidaan psykoosiriskiä

Psykoosiriskin määrittelemisessä käytetään riskikriteeristöjä, joista Clinical High Risk (CHR) ja Ultra-High Risk (UHR) ovat tun-

TAULUKKO 2. Psykoottistyyppisen oireilun kokonaiskuvan arviointi.

Huomioitavia tekijöitä psykoottistyyppisten oireiden kliinistä merkitystä arvioitaessa (riskiä kasaavia tekijöitä)
Ovatko oireet vakavantasoisia ja usein esiintyviä?
Ovatko oireet esiintyneet samantasoisina niin kauan kuin henkilö muistaa, vai ovatko ne voimistuneet?
Kuinka vakuuttunut henkilö on kokemiensa oireiden todenperäisyydestä, ja kuinka merkityksellisinä hän ne kokee?
Kokeeko henkilö oireiden häiritsevän normaalia elämää?
Selittyvätkö oireet henkilön alakulttuurilla, vai poikkeavatko ne siitä?
Onko henkilöllä heikentynyt toimintakyky, esimerkiksi koulunkäyntiin tai työhön liittyen?
Liittyykö oireiluun myös negatiivisia oireita, kuten vetäytymistä ihmissuhteista, energian vähenemistä ja latteaa tunneilmaisua?
Mitä muita oireita henkilöllä esiintyy (muut mielenterveyden häiriöt), ja millainen on muuten hänen elämäntilanteensa?
Perheen ja muun sosiaalisen ympäristön tuoma tuki tai kuormitus
Nuoruusiän kehitys eri elämänaueilla
Päihteiden käyttö
Somaattinen terveys
Onko henkilöllä kohonnut geneettinen riski, onko lähisukulaisilla psykoosisairautta tai täytyvätkö psykoosi- piirteisen persoonallisuushäiriön kriteerit?

netuimpia. Näiden kriteerien täyttymistä arvioidaan esioirehaastattelun avulla. Mainittuihin kriteeristöihin liittyvät keskenään samantapaiset haastattelumenetelmät Structured Interview for Psychosis-risk Syndromes, SIPS ja Comprehensive Assessment of At-risk Mental States, CAARMS (9, 12). Haastateltava voidaan näissä luokitella kohonneessa psykoosiriskissä olevaksi kolmen riskioireyhtymän avulla (TAULUKKO 3).

Yleisimmin psykoosiriskiluokitukseen päädytään psykoottistyyppisten oireiden perusteella. Harvinaisemmassa riskioireyhtymässä oireet ovat psykoottistasoisia, mutta niiden kesto on lyhyt, alle viikon. Koska lyhytkestoinen psykoosi voidaan diagnosoida jo päivän kestoisena, voidaan kyseenalaistaa, onko kyseessä enää riskioireilu.

TAULUKKO 3. Psykoosiriskiluokat SIPS-haastattelun mukaisesti (12).

Psykoosiriski-syndrooma	Kriteerit
Vaimentunut psykoosiriskioireyhtymä	Kliinisesti merkittäviä psykoottistyyppisiä oireita vähintään keran viikossa, oireet alkaneet tai pahentuneet kuluneen vuoden aikana
Lyhytkestoinen ohimenevä psykoottinen oireyhtymä	Oireet ovat psykoottistasoisia, mutta niiden kesto on alle viikon
Geneettisen riskin ja toimintakyvyn heikentymisen oireyhtymä	Psykoosipiirteinen persoonallisuushäiriö tai ensimmäisen asteen sukulaisella psykoottinen häiriö ja toimintakyky heikentynyt vähintään 30 % verrattuna toimintakyvyn parhaaseen tasoon kuluneen vuoden aikana

Kolmas riskioireyhtymä tunnustetaan geneettisen psykoosiriskin ja toimintakyvyn heikentymisen perusteella. Tämä riskioireyhtymä voi kuitenkin olla ongelmallinen, eikä Euroopan Psykiatriyhdistys EPA suosittelekaan sitä käytettäväksi yksinään psykoosiriskin määrittämiseen (13). Psykoosiriski on muihin riskiluokkiin verrattuna pieni ja – erotuksena oireisiin perustuviin riskiluokkiin – henkilön omassa kokemusmaailmassa mikään ei välttämättä viittaa psykoosiriskiin. Voi olla esimerkiksi kyse tapauksesta, jossa perheenjäsenen psykoosiin sairastuminen kuormittaa henkilöä niin, että hänen oma toimintakykynsä huononee riskikriteerien täyttymiseen vaadittavan määrän.

Strukturoitujen haastattelujen lisäksi psykoosiin sairastumista on ennustettu subjektiivisesti koetuilla muutoksilla tiedonkäsittelyssä ja havaitsemisessa (ns. perusoireet) (14). Psykoosiriskiä arvioidaan haastattelujen vaatiman ajan ja erityiskoulutuksen vuoksi myös kyselylomakkeilla, kuten Nuoruusiän kokemuskysely NKK:lla (Prodromal Questionnaire, PQ-92) (15). Itseraportoitujen ja haastatteluun perustuvien psykoottistyyppisten kokemusten ero on suuri, ja luotettavimmin kyselylomakkeet mittaavat nuorilla kuuloharjoja (7). Lomakkeiden tuoma informaatio on hyödyllistä, muttei yksinään käytettynä kovin ennustavaa, minkä takia lomakkeet soveltuvat lähinnä alustavaan seulontaan.

Psykoosiriskin ja psykoosin määrittely ovat kuin veteen piirrettyjä viivoja, jotka eri menetelmiä käyttäen piirtyvät hieman eri kohtiin oirejatkumoa. Riskihaastattelulla arvioitu psykoosiriskioireilu voi täyttää psykoosin kriteerit ICD-10-tautiluokituksessa. Kun psykoosiriskiä arvioidaan dikotomisesti, jatkumolla ilmenevät psykoottistyyppiset kokemukset kategorisoidaan keinotekoisesti ja muu informaatio oireiden vakavuudesta ja merkityksestä henkilön elämässä hukkuu.

Psykoosiriskissä olevista harva sairastuu psykoosiin

Kaikki psykoottistyyppinen oireilu ei ole häiritsevää eikä hoitoa vaativaa. Nuorista, joilla on psykoottistyyppisiä oireita, kolmen neljäsosan on arvioitu kokevan ne häiritsevinä (16). Vaikka osa epätavallisten oireiden kokijoista kaipaa apua, osalle kokemukset ovat myönteisiä, eikä yksilöllisen kokemistavan ja kulttuurin vaikutusta asiaan voi vähätellä.

Psykoosin ennustamista koskevat tutkimukset on kansainvälisesti usein tehty psykoosien varhaistoteamiseen erikoistuneissa yksiköissä. Niihin valikoituu nimenomaan psykoottistyyppiseen oireiluun apua hakevia potilaita, jotka lähettävä taho on arvioinut psykoosiriskissä oleviksi. Tällaisessa rikastuneessa otoksessa psykoosiriski ennustaa suhteellisen vahvasti psykoosia (17). Henkilöistä, joilla on esioirehaastattelulla (SIPS tai CAARMS) arvioitu kohonnut psykoosiriski, on sairastunut psykoosiin puolen vuoden päästä 10 %, vuoden kuluttua 15 % ja kolmen vuoden päästä 29 % (13). Valtaosa psykoosiriskitutkimuksesta on tehty täysi-ikäisillä, ja nuorilla psykoosiriskikriteerit ennustavat psykoosia heikommin kuin aikuisilla (13).

Näitä tuloksia ei kuitenkaan voi yleistää suoraan suomalaisen erikoissairaanhoidon arkeen, jossa psykoottistyyppiset oireet ovat harvoin niitä oireita, joiden vuoksi nuori hakee apua. Tällöin sairastumisriski on mainittuja lukuja pienempi (4). Vaikka psykoottistyyppiset oireet myös väestötasolla liittyvät kolminkertaiseen psykoosiriskiin, vuosittainen ilmaantuvuus on edelleen vain 1,5 %. Oireiden yleisyys huo-

mioiden psykooseja ei voikaan ennustaa yleisväestössä, ja psykoosiriskiä kannattaa arvioida ainoastaan apua hakevilta henkilöiltä (13, 18).

Kansainvälisissä tutkimuksissa psykoosiriski on ennustanut psykoosiin sairastumista viime vuosina yhä heikommin (3). On esitetty, että kun riskioireet ja erikoisklinikat ovat tulleet tutummiksi, hoitoon on hakeuduttu aikaisemmin ja lievemmällä, vähemmän aikaa kestäneillä oireilla. Näissä vähemmän sairaissa ryhmissä riskiarviot ovat siis olleet epätarkempia. Toisaalta sairastumisia on saatettu ehkäistä saadun varhaisen hoidon vuoksi tai sairastumisessa on voinut kestää kauemmin, jos riskipotilaat on ”saatu kiinni” aikaisessa vaiheessa.

Osa ennustavuuden vaihtelusta voi liittyä hoitoon, jota tutkittavat ovat saaneet riskiluokituksen jälkeen. Psykoottistyyppiset oireet ovat olleet ennustavampia, kun tutkittavia on vain monitoroitu, verrattuna tutkimuksiin, joissa he ovat saaneet jotain psykiatrasta hoitoa (19). Psykoottistyyppisten oireiden hoitaminen onkin yleensä aina kannattavaa.

Psykoottistyyppisiä oireita on tärkeää kartoittaa – yhteys vakavampaan oireiluun

Vaikka psykoottistyyppiset oireet eivät liity aina psykoosiin, niiden tunnistaminen ja kartoittaminen asiantuntevan arvioijan toimesta on tärkeää. Psykoottistyyppiset oireet itsessään voivat heikentää elämänlaatua. Ne voivat olla hämmentäviä, pelottaviaakin kokemuksia, jotka eivät välttämättä näy helposti käyttäytymisen tasolla. Kokemuksista ei ehkä uskalleta tai osata kertoa spontaanisti, koska muu oireilu on subjektiivisesti helpompi tunnistaa ja tuoda esiin. Systemaattinen haastatteluinstrumentti, kuten SIPS tai CAARMS, antaa hyvän mahdollisuuden saada kattava kuva mahdollisesti häiritsevistä psykoottistyyppisistä kokemuksista. Esioirehaastatteluista saatu kokemus kertoo, että psykiatrisen hoidon vastikään aloittaneilla on runsaasti psykoottistyyppisiä kokemuksia, joista he eivät aiemmin ole kertoneet, ja jopa diagnosoimattomia psykoosisairauksia voi löytyä. Kysyminen kokemuksista neutraaliin sävyyn toimii myös rauhoittavana normalisointina,

koska se antaa viestin, että samanlaisia kokemuksia on muillakin.

Psykoottistyyppiset oireet liittyvät nuorilla usein alhaiseen toimintakykyyn ja myös ne psykoosiriskissä olevat, jotka eivät sairastu psykoosiin ovat hoitoa tarvitseva ryhmä, jolla toimintakyky on pitkäaikaisesti heikentynyt (5, 20). Psykoosiriskikriteerit täyttävistä nuorista aikuispotilaista yli 70 prosentilla arvioidaan täyttyvän myös jonkin psykiatrisen diagnoosin kriteerit (21). Psykoottistyyppiset oireet voivat myös nuoren masennuksen yhteydessä indikoida vakavampaa sairaudenkuvaa ja heikompa hoitoennustetta (22). Sitä vastoin ahdistuneisuushäiriön yhteydessä ilmenevät psykoottistyyppiset oireet voivat olla yhteydessä pienempään psykoosiin sairastumisen riskiin: ahdistuneisuushäiriön oudot kokemukset voivat jonkin aikaa näyttää alkavaan psykoosiin liittyviltä, mutta eivät ne sitä ole (21).

Psykoottistyyppiset oireet ennustavat jonkin verran myös muihin mielenterveyden häiriöihin sairastumisiin ja psykiatrisiin sairaalahoitoihin (4, 23). Psykoosiriskioireiluun yhdistyy nuorilla lisäksi usein heikentynyt kognitiivinen suoriutumisen ja sitä kautta jokapäiväinen toimintakyky arjessa, mikä voi näkyä esimerkiksi itsenäisessä asumisessa, työnteossa ja ihmissuhteissa (24, 25). Nuorten psykoottistyyppiset oireet kytkeytyvät myös itsetuhoisuuteen; riskioireilu liittyy siis useimmiten muuhun vakavaan psyykkiseen huonovointisuuteen.

Hoidetaan oireita, ei riskiä

Ennako-oireiden tunnistamisessa ja alkuvaiheen hoidossa tärkeä rooli on perusterveydenhuollolla, esimerkiksi terveysasemien, kouluterveydenhuollon ja työterveyshuollon työllä. Erikoissairaanhoidon kuuluu pitkittyvä ja vaikeutuva oireilu.

Kohdattaessa psykoottistyyppisiä oireita kliinisessä ympäristössä on hoidettava senhetkisiä oireita, ei mahdollisen tulevan sairauden riskiä. Koska psykoosidiagnoosi tehdään oirejatkumolla riittäväällä esiintymistiheydellä ja voimakkuudella esiintyvistä oireilusta, on hoidon ja siten myös mahdollisen ehkäisyn kannalta tärkeintä, että oireilun suunta saadaan käännettyä laskuun.

Ydinasiat

- ▶ Psykoottistyyppisiä oireita esiintyy psykoosin esioirevaiheessa, minkä vuoksi niiden avulla on pyritty ennustamaan psykooseja.
- ▶ Psykoottistyyppisiä oireita esiintyy yleisesti lapsilla ja nuorilla, varsinkin liittyen lievempiin psykiatrisiin häiriöihin kuten masennukseen.
- ▶ Esioirehaastatteluiden perusteella psykoosiriskiin luokitelluista vain harva sairastuu psykoosiin.
- ▶ Psykoottistyyppisiä oireita on tärkeää kartoittaa kliinisessä ympäristössä, koska ne saattavat liittyä vakavampaan sairaudenkuvaa, huonompaan ennusteeseen ja heikentyneeseen toimintakykyyn.
- ▶ Psykoottistyyppisten oireiden hoitamisessa painopiste on oirekeskeisyys psykoosin ehkäisemisen sijaan.

Koska suurin osa psykoosiriskitapauksista on väärää hälytyksiä, hoidon on oltava kaikille turvallista, riskitöntä ja hyvin siedettyä. Kognitiivista psykoterapiaa (cognitive behavioral therapy, CBT) suositellaan ensimmäisenä hoitomuotona (2, 26). Kognitiivisen terapian lähestymistapa sopii niin psykoottistyyppisten kuin psykoositasoisten oireiden hoitoon painopisteen ollessa kokemusten normalisoinnissa, stressin vähentämisessä ja vaihtoehtoisten tulkinnoissa. Myös manualisoidusta perheterapiasta on näyttöä psykoottistyyppisten oireiden hoidossa (27). Psykoedukaatio riskioireista sekä yksilöllisten laukaisevien ja suojelevien tekijöiden ja arjen sujumisen kartoittaminen on hyödyksi. Stressi-alttiusmallin mukaan psykoosin puhkeamiseen vaikuttaa biologinen haavoittuvuus ja laukaiseva stressi, minkä vuoksi tärkeiksi hoidossa nousevat psykososiaalisen stressin vähentäminen, elämäntilanteen, traumojen ja perheympäristön kuormitustekijöiden kartoitus sekä päihteiden käytön vaikutusten huomiointi (28).

Ehkäisytarkoituksessa alaikäisille annetun lääkityksen hyödystä ei ole tutkimusnäyttöä eikä täysi-ikäistenkään pitkäaikaiselle preventiiviselle hoidolle ole perusteita (2). Jos psykoottistyyppiset oireet etenevät vakaviksi, nykytiedon perusteella pieni annos toisen polven psykoosilääkettä (antipsykootti) voi tulla kyseeseen täysikäisillä, kunnes tilanne vakiintuu niin, että psykososiaaliset interventiot ovat mahdollisia (2). Ensisijaista on kuitenkin riskioireiden kartoitus ja mahdollisen etenemisen arviointi. Jos oireet yltyvätkin psykoottistasoiksi, hoitamattoman psykoosin kesto jää tiiviissä seurannassa lyhyeksi. Valmiiksi toimiva hoitosuhde kantaa myös mahdollisen psykoosiin sairastumisen yli. Erityisesti suuressa riskissä olevien kannalta hoidon katkeamaton jatkuvuus on tärkeää, koska potilaat ovat vaarassa syrjäytyä hoidosta mahdollisten kognitiivisten vaikeuksien ja heikomman toimintakyvyn vuoksi.

Usein hoitoon tullaan muiden kuin psykoottistyyppisten oireiden takia. Tarjoutuvia oireita ja häiriöitä hoidetaan tällöin näiden häiriöiden hoitosuosituksen mukaan, jolloin psykoottistyyppisellä oireilullakin on taipumus lievittyä (29). Vaikutus toimii myös toisinpäin: muut oireet voivat lievittyä, kun psykoottistyyppiset oireet lievittyvät, esimerkiksi unensaanti voi helpottua ja sosiaalinen vetäytyminen vähentyä. Masennuslääkitys voi sopia muun hoidon lisäksi hyvin psykoottistyyppisen oireilun hoitoon (30). Vaikutusmekanismi voi tällöin liittyä epätavallisten kokemusten muuttuneeseen tulkitsemiseen mielialan kohetessa.

Psykoosiriskioireilu asettuu huonosti diagnoosirajoihin

Varhaisen tunnistuksen painotuksen myötä ja tarpeen mukaisen hoidon varmistamiseksi uudessa DSM-5-luokittelussa on tutkimuskäytössä uutena häiriönä psykoosinkaltaisten oireiden syndrooma (attenuated psychosis syndrome), joka voidaan diagnosoida häiritsevien, viikoittaisten psykoottistyyppisten oireiden perusteella, jos ne ovat pahentuneet vuoden sisällä eivätkä selity paremmin toisella häiriöllä (31). Kritiikkinä uudelle diagnoosille on esitetty, että koska suurella osalla riskiluoki-

telluista täyttyvät muun häiriön kriteerit, tilan erottaminen esimerkiksi masennuksesta voi olla haastavaa. Uusi diagnoosi on herättänyt huolta normaalikokemusten patologisoinnista ja siitä, hoidetaanko tulevien ongelmien riskiä vai senhetkisiä ongelmia. Turhien hoitojen, huolen aiheuttamisen ja leimaamisen vaara on otettava huomioon.

Diagnoosin merkitys voi myös olla toissijainen epämääräisen psykoottistyyppisen oireilun kannalta, koska se usein sopii huonosti psykiatriseen luokittelusysteemiin.

Lopuksi

Vain toistuva, paheneva ja häiritsevä psykoottistyyppinen oireilu luokitellaan psykoosiriskioireiluksi, ja psykoosiriskikriteerit täyttävästikin harva sairastuu psykoosiin. Psykoottistyyppisten oireiden hoidossa onkin tasapainoiltava toisaalta kokemusten normalisoinnin ja ahdistuksen vähentämisen ja toisaalta oireiden tiiviin monitoroinnin ja riskistä informoimisen välillä.

Kansainvälisissä julkaisuissa on tuotu esille vaihekohtaista hoitoa vastaamaan hoidon tarpeeseen normaaliksi luokitellun ja diagnosoitavissa olevan häiriön väliin sijoittuvalla harmaalla alueella. Fokuksessa olisikin tärkeää diagnosirajoista välittämättä olla matalan kynnyksen joustava, nopea, oirekeskeinen hoito, joka tarvittaessa voi ulottua ensipsykoosin hoitamiseen asti. Hoidossa painopisteinä ovat oireiden lievitys ja nuoren tukeminen myönteiseen kehitykseen ja kasvuun. ■

MAIJA LINDGREN, psykologian tohtori

SEBASTIAN THERMAN, psykologian tohtori

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveysyksikkö

NIKLAS GRANÖ, psykologian tohtori, dosentti

HYKS Psykiatria, psykoosien ja oikeuspsykiatrian linja,
Jorvin sairaala
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveysyksikkö

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Salokangas RK, Heinimaa M, Suomela T, ym. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2002.
2. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, ym. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* 2015;30:388–404.
3. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, ym. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:220–9.
4. Lindgren M, Manninen M, Kalska H, ym. Predicting psychosis in a general adolescent psychiatric sample. *Schizophr Res* 2014;158:1–6.
5. Granö N, Kallionpää S, Karjalainen M, ym. Lower functioning predicts identification of psychosis risk screening status in help-seeking adolescents. *Early Interv Psychiatry* 2015;9:363–9.
6. Granö N, Karjalainen M, Edlund V, ym. Changes in depression, anxiety and hopelessness symptoms during family- and community-oriented intervention for help-seeking adolescents and adolescents at risk of psychosis. *Nord J Psychiatry* 2014;68:93–9.
7. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Delvin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med* 2012;42:1857–63.
8. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179–95.
9. Yung AR, Stanford C, Cosgrave E, ym. Testing the Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophr Res* 2006;84:57–66.
10. Carol EE, Mittal VA. Normative adolescent experiences may confound assessment of positive symptoms in youth at ultra-high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2015;166:358–9.
11. Gaudiano BA, Zimmerman M. Prevalence of attenuated psychotic symptoms and their relationship with DSM-IV diagnoses in a general psychiatric outpatient clinic. *J Clin Psychiatry* 2013;74:149–55.
12. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, ym. Prodromal assessment with the structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull* 2003;29:703–15.
13. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, ym. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* 2015;30:405–16.
14. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Gross G, Huber G, Steinmeyer EM. Early self-experienced neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8-year average follow-up prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:396–404.
15. Kline E, Schiffman J. Psychosis risk screening: a systematic review. *Schizophr Res* 2014;158:11–8.
16. Kelleher I, Wigman JT, Harley M, ym. Psychotic experiences in the population: association with functioning and mental distress. *Schizophr Res* 2015;165:9–14.
17. Fusar-Poli P, Yung AR, McGorry P, van Os J. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychol Med* 2014;44:17–24.
18. Kaymaz N, Drukker M, Lieb R, ym. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychol Med* 2012;42:2239–53.
19. Bechdolf A, Phillips LJ, Francey SM, ym. Recent approaches to psychological interventions for people at risk of psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:159–73.
20. Fusar-Poli P, Rocchetti M, Sardella A, ym. Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2015;207:198–206.
21. Salokangas RK, Ruhrmann S, von Reventlow HG, ym. Axis I diagnoses and transition to psychosis in clinical high-risk patients EPOS project: prospective follow-up of 245 clinical high-risk outpatients in four countries. *Schizophr Res* 2012;138:192–7.
22. Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WA, ym. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity – implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull* 2012;38:247–57.
23. Werbeloff N, Drukker M, Dohrenwend BP, ym. Self-reported attenuated psychotic symptoms as forerunners of severe mental disorders later in life. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:467–75.
24. Bora E, Lin A, Wood SJ, Yung AR, McGorry PD, Pantelis C. Cognitive deficits in youth with familial and clinical high risk to psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:1–15.
25. Kelleher I, Cederlöf M, Lichtenstein P. Psychotic experiences as a predictor of the natural course of suicidal ideation: a Swedish cohort study. *World Psychiatry* 2014;13:184–8.
26. Gergov V, Ranta K, Lindberg N, ym. Psykoosiriskissä olevien nuorten ja nuorten psykoosittisten häiriöiden psyko-terapeuttiset hoitomuodot – Systemaattiseen kirjallisuushakuun perustuva katsaus. *Suom Lääkäri* 2015;70:2413–8.
27. Miklowitz DJ, O'Brien MP, Schlosser DA, ym. Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: results of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53:848–58.
28. Holtzman CW, Trotman HD, Goulding SM, ym. Stress and neurodevelopmental processes in the emergence of psychosis. *Neuroscience* 2013;249:172–91.
29. Wigman JT, Lin A, Vollebergh WA, ym. Subclinical psychosis and depression: co-occurring phenomena that do not predict each other over time. *Schizophr Res* 2011;130:277–81.
30. Cornblatt BA, Carrión RE, Addington J, ym. Risk factors for psychosis: impaired social and role functioning. *Schizophr Bull* 2012;38:1247–57.
31. Fusar-Poli P, Carpenter WT, Woods SW, McGlashan TH. Attenuated psychosis syndrome: ready for DSM-5.1? *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:155–92.

SUMMARY

Clinical significance of psychotic-like symptoms in youth

Symptoms of the psychotic type are relatively common in young persons, but seldom result in the development of an actual psychotic disorder. Psychotic-like symptoms in the young are, however, associated with more severe psychiatric symptoms and a less favorable prognosis, whereby their identification is important in psychiatric treatment. A symptom-oriented approach is important in the treatment: instead of the possible risk of psychosis, focus will be on the actual situation, taking the total symptom picture and the person's life situation into consideration. Cognitive psychotherapy is the recommended first-line treatment for psychotic-like symptoms.