

JORMA K. OKSANEN

ylilääkäri
Helsingin yliopistollinen sairaala,
psykiatrian toimiala

RISTO VATAJA

ylilääkäri
Helsingin yliopistollinen sairaala,
psykiatrian toimiala

JARMO LAPPALAINEN

LL, ylilääkäri
Etelä-Savon sairaanhoitopiirin
kuntayhtymä,
perusterveydenhuollon yksikkö

NINA LINDBERG

professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja Helsingin
yliopistollinen sairaala,
psykiatria

HANNU KOPONEN

professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja Helsingin
yliopistollinen sairaala,
psykiatria

Milloin epäillä skitsofreniaa?

- Skitsofrenia ilmenee laaja-alaisena tunteiden, havaitsemisen, motivaation ja käyttäytymisen säätelyn häiriönä.
- Skitsofrenian kehittymisen ajatellaan liittyvän keskushermoston kehittämis- ja kypsyntymisprosessiin, johon liittyy usein häiriöitä kognitiivisissa toiminnoissa. Potilaat ovat myös herkkiä erilaisille ympäristön kuormitustekijöille.
- Varhainen psykoosioireiston tunnistaminen ja hoidon aloittaminen parantavat ennustetta.
- Suurella psykoosiriskissä olevien nuorten tunnistaminen ja hoito voivat estää skitsofrenian puhkeamisen.
- Diagnostinen selvittely ja hoidon aloitus on usein perusteltua toteuttaa erikoissairaanhoidossa, kun kyseessä on uusi skitsofreniapotilas.

Skitsofrenia on vakava mielenterveyden häiriö, joka ilmaantuu tavallisimmin nuorena aikuisiässä. Kuitenkin sairastuminen vielä 40–60 ikävuoden jälkeenkin on mahdollista (1). Noin 10–15 % psykooseista alkaa ennen 18 vuoden ikää ja 1–3 % jo ennen 13 vuoden ikää (2).

Skitsofrenia ilmenee laaja-alaisena tunteiden, havaitsemisen, motivaation ja käyttäytymisen säätelyn häiriönä, jotka ilmenevät aistiharhoina, harha-ajatuksina ja poikkeavana käyttäytymisenä. Skitsofrenian synty voidaan ymmärtää stressi-alttiusmallin eli stressi-haavoittuvuusmallin pohjalta. Sen mukaan skitsofrenia puhkeaa siihen alttiilla henkilöillä joko sisäisen tai ulkoisen stressin seurauksena. Tämä alttius

kiinnon kohteista luopumista, käyttäytymisen muutoksia ja opintomenestyksen romahtamista, jotka kuitenkin ovat epäspesifisiä oireita ja joskus vaikeasti erotettavissa nuoruusiän muutoksista. Toimintakyvyn heikkenemiseen saattaa nuorella liittyä ahdistus- ja masennusoireiden lisäksi vaihteita tai ohimeneviä psykoosioireita, jolloin kyseessä on suuren riskin (Ultra-High Risk, UHR) vaihe (2) (taulukko 1). Suuren riskin vaiheessa ei vielä ole kysymys sairaudesta, mutta 15–29 % UHR-potilaista sairastuu psykoosiin 1–3 vuoden kuluessa. Suuren riskin vaihetta voi seurata myös täydellinen toipuminen, mielialahäiriö tai jokin muu psykiatrinen häiriö (5).

Suuren riskin vaiheen tunnistaminen ja hoito voi lykätä psykoosin puhkeamista tai estää sen. Psykoosin ennako-oireiden seulonnassa voidaan käyttää apuna PROD-seulua, jossa kolmen spesifisen oireen löytyminen (6) edellyttää tarkempia tutkimuksia käyttäen esimerkiksi Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS) tai Comprehensive Assessment for At Risk Mental State (CAARMS) -haastattelua (2). Oireiden selvittelyssä on tärkeää selvittää myös oireistoon liittyvät toiminnalliset puutokset sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireet. Suuren riskin vaiheen asianmukainen diagnostiikka ja hoito edellyttävät erityiskoulutusta ja kokemusta mm. edellä mainittujen välineiden käytöstä, joten ne on syytä keskittää erityisiin varhaisen psykoosin hoidon työryhmiin.

Skitsofrenian oireet

Kliinisen työn ja tutkimuksen kannalta oireistoa on tarkoituksenmukaista edelleen luokitella positiivisiin, negatiivisiin, kognitiivisiin ja emo-

Suuren riskin vaiheen tunnistaminen ja hoito voi lykätä psykoosin puhkeamista tai estää sen.

voi olla perinnöllistä, varhaiskehityksen aikana syntynyttä tai molempia, ja sen taustalla oletetaan olevan varhaisen keskushermoston kehityksen häiriön. Sairastumisen laukaiseva stressi voi olla normaaliin aikuistumiseen tai parisuhteen syntyyn liittyvä kehitys- tai kuormitustekijä tai päihteiden käyttö (3). Skitsofreniaan liittyvä merkittävä, noin 6 %:n suuruinen elinaikainen itsemurhakuolleisuus (4).

Ennakoivat oireet

Ennakoivina oireina saattaa esiintyä vetäytymistä sosiaalisista kontakteista, aikaisemmista mielen-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Koponen H, Leinonen E, Isohanni M. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. *Suom Lääkäril* 2015;70:883–8.
- 2 Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ ym. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychosis. *Eur Psychiatry* 2015;30:405–16.
- 3 Salokangas RKR, Tuominen L, Koponen H ym. Skitsofrenia. Käypä hoito –suositus. Päivitetty 2015. www.kaypahoito.fi/skitsofrenia.
- 4 Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I ym. Suicide in the early stage of schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*. doi: 10.3389/psyt.2016.0016
- 5 Fusar-Poli P, Schultze-Lutter F. Predicting the onset of psychosis in patients at clinical high risk: practical guide to probabilistic prognostic reasoning. *Evid Based Mental Health* 2016;19:10–15 doi:10.1136/eb-2015-102295
- 6 Salokangas R, Heinimaa M, Suomela T ym. Psykoosialtiuden arvioinnin opas. Kustannus Oy Duodecim 2002:29–30. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01022
- 7 Maier W, Zobel A, Wagner M. Schizophrenia and bipolar disorder: differences and overlaps. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:165–70.
- 8 Foussias G, Agid O, Ferhava G, Remigron G. Negative symptoms of schizophrenia: Clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. *Eur Neuro-psychopharmacol* 2014;24:693–709.
- 9 Renard SB, Pijnenborg M, Lysaker PH. Dissociation and social cognition in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Res* 2012;137:219–23.
- 10 Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative review and meta-analysis of epidemiological evidence and psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013;43:1133–49.
- 11 Maneta E, Garcia G. Psychiatric manifestations of anti-NMDA receptor encephalitis: neurobiological underpinnings and differential diagnostic implications. *Psychosomatics* 2014;55:37–44.
- 12 Koskinen J, Löhönen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Rates of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2010;36:1115–30.

TAULUKKO 1.

Ultra high risk -tilan kriteerit, joista toteutuu vähintään A, B tai C.

Vaimentuneissa psykoosioireissa todellisuudentaju ei ole kokonaan hävinnyt. Kriteerien A tai B täytyminen edellyttää hoitoa, pelkkä C seurantaa (16).

- A. Esiintynyt ainakin yksi lyhytkestoinen ja ohimenevä psykoottinen oire, kuten aistiharha, harha-ajatus tai ajatushäiriö
- B. Esiintynyt ainakin yksi vaimentunut psykoosioire, kuten
 - vaikutuselämyksiä
 - outoja uskomuksia tai maagisia ajatuksia
 - paranoidisia ajatuksia
 - epätavallisia aistimuksia
 - outoja ajatuksia tai puhetta
- C. Geneettinen alttius (perheenjäsenellä psykoosisairaus) ja psykososiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen vastikään

tionaalisiin oireisiin (taulukko 2). Lisäksi potilailla esiintyy motorisia ja neurologisia oireita. Skitsofreniapotilailla on yleensä usean eri oirealueen oireita.

Positiivisilla oireilla tarkoitetaan ilmiöitä, joita terveillä henkilöillä ei tavallisesti esiinny, kuten harhaluuloja ja aistiharhoja. Aistiharhoista tavallisimpia ovat kuuloharhat. Skitsofreniapotilaan käyttäytyminen, puhe ja ajattelu voi olla kummallista ja hajanaista, intensiteetiltään poikkeavaa, tilanteeseen sopimatonta ja arvaamatonta. Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan jonkin normaalin ominaisuuden puutetta, kuten mielenkiinnon ja tunne-elämän latistumista. Kognitiivisia, tiedon käsittelyn vaikeuteen liittyviä oireita potilailla on saattanut olla jo lapsuudesta saakka, mutta ne yleensä vaikeutuvat psykoosijaksojen myötä.

Toiminnanohjauksen ongelmat näkyvät suunnitelmallisuuden, pitkäjänteisyyden ja arvostelukyvyn heikentymisenä ja siten tarkoituksenmukaisen toiminnan hajoamisena. Perseveraatio eli juuttuminen saattaa potilailla merkitä takertumista haitallisiin tai kiusallisiin toimintatapoihin. Abstraktin ajattelun heikentyminen voi heijastua puheen konkretisoitumisena sekä erikoisena huumorintajuna. Verbaali-

sen muistin ongelmat vaikeuttavat mm. ohjeiden noudattamista ja oppimista. Myös kyvyttömyys havaita oman kognition puutteita ja laajempi sairautentunnottomuus kuuluvat kognitiivisiin oireisiin. Sekä negatiivisilla että kognitiivisilla oireilla on suurempi merkitys potilaiden kuntoutumisen ja elämänlaadun kannalta kuin positiivisilla oireilla.

Skitsofreniaan liittyy myös potilaiden puutteellinen kyky arvioida omaa itseään suhteessa muihin. Tämä sosiaalisen kognition vaikeus voi näyttäytyä empatian puutteena, kyvyttömyytenä ymmärtää toisten tunnetilaa tai ajatuksia tai ennakoida heidän reaktioitaan sekä vaikeutena hahmottaa verbaalista ja ei-verbaalista viestintää.

Skitsofreniaan liittyy myös neurologisia oireita, kuten motoriikan säätelyn poikkeavuutta. Katatonisiin oireisiin liittyy mm. spontaanin psykomotoriikan häviämistä ja juuttumista outhoihin asentoihin tai toimintoihin. Katatonian vaikeimmat muodot ovat harvinaisia, mutta katatonisia piirteitä voi toisinaan skitsofreniapotilaiden lisäksi ilmetä esimerkiksi neuropsykiatrisilla potilailla tai potilailla, joilla on kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lievemmat niin sanotut soft-signs-oireet (mm. kömpelyys, primitiivihäijasteet, TIC-oireet, katseen säätelyn häiriöt) ovat motoriikan lieviä poikkeavuuksia. Ne eivät sinänsä haittaa esimerkiksi toimintakykyä, mutta liittyvät vahvasti negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin sekä sairauden ennusteeseen.

Erotusdiagnosi

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireisto voi muistuttaa skitsofrenian alkuvaiheen oireistoa (7), mutta hypomania- tai maniajaksot ovat diagnostisia kriteerejä kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Masennustiloissa voi esiintyä lyhytkestoisesti tunne-elämän latistumisena ja puheen köyhtymisenä ilmeneviä negatiivisia oireita, jotka pidempään esiintyessään ovat tunnusomaisia skitsofrenialle (8).

Skitsoaffectiivisessa häiriössä on piirteitä sekä skitsofreniasta että mielialahäiriöistä ja potilailla on merkittäviä mieliala- ja skitsofreniaoireita samanaikaisesti tai muutaman päivän kuluessa toisistaan. Psykoottisessa masennuksessa masennusoireet, kuten syllisyysajaukset, ovat voimakkaita, ja potilailla voi esiintyä myös halventavia kuuloharhoja. Sen sijaan vakavan masennustilan tai manian oireet eivät kuulu skitsofrenian akuuttivaiheeseen, tai jos niitä tuolloin

- 13 Koskinen J, Löhönen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009;120:85–96.
- 14 Galimberti D, Dell’Osso B, Altamura AC, Scarpini E. Psychiatric symptoms in frontotemporal dementia: epidemiology, phenotypes, and differential diagnosis. *Biol Psychiatry* 2015;78:684–92.
- 15 Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014;205:88–94.
- 16 Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG ym. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychosis. *Eur Psychiatry* 2015;30:388–404.

TAULUKKO 2.

Skitsofrenian oireet.

Positiiviset oireet	Negatiiviset oireet	Kognitiiviset oireet: heikkenemistä mm. näissä toiminnoissa	Muut oireet
Kuuloharhat: usein kommentoivia, keskus-televia tai arvostelevia; ajatuksen kuuleminen puheena	Tunneilmaisun köyhtyminen: ilmeiden ja eleiden vähyys, huono katsekontakti	Työmuisti: informaation lyhytaikainen säilyttäminen ja käsittely	Emotionaaliset oireet: masennus, mania, mielialan vaihtelu, itsemurha-aikeita
Näköharhat: usein pelottavia hahmoja, usein ääniharhoihin liittyvinä	Puheilmaisun väheneminen ja sisällön köyhtyminen	Huomiokyky: tarkkaavaisuuden tarkoituksenmukainen kohdistaminen ja ylläpito	Motoriset oireet: kömpelyys, hitaus, dyskinesiat, silmien sakkadisten liikkeiden kömpelyys, primitiiviset heijasteet
Muut aistiharhat: kosketus-, haju- ja makuharhat	Anhedonia: mielihyvän kokemisen kyvyn ja halun väheneminen	Kielellinen muisti	
Harhaluulot: vainoharhat, suuruusharhat, somaattiset harhaluulot ym.	Motivaation väheneminen ja apatia	Toiminnanohjaus: tavoitteellisen toiminnan ja ajattelun tarkoituksenmukainen toteuttaminen, virheiden korjaaminen, abstrakti ajattelu ym.	
Merkitys- ja vaikutus-elämykset	Sosiaalisten kontaktien ja aloitteiden vähyys	Sosiaalinen kognitio: kyky toimia sosiaalisissa tilanteissa tarkoituksenmukaisesti, mm. ymmärtää sosiaalista kommunikointia ja vihjeitä	
Hajanainen käytös			
Katatoniset oireet			

esiintyy, niiden keston on oltava lyhyt psykoottisen jakson kokonaiskeston verrattuna.

Harhaluuloisuushäiriössä esiintyy yksittäisiä tai toisiinsa liittyviä harhaluuloja, joiden sisältö on usein yhteydessä mustasukkaisuuteen tai vainotuksi tulemisen kokemukseen. Harhaluuloisuushäiriöön ei liity skitsofrenialle ominaisia pitkäkestoisia kuuloharhoja, hajanaista puhetta

Soft-signs-oireet liittyvät vahvasti sairauden ennusteeseen.

tai eriskummallista käyttäytymistä, mutta haju- ja tuntoharhoja sekä masennusoireita saattaa esiintyä. Akuuteissa ja ohimenevissä psykoottisissa häiriöissä oireisto voi muistuttaa akuutissa vaiheessa hyvin paljon skitsofreniaa. Nämä psykoosit kehittyvät kuitenkin hyvin nopeasti

normaalista psyykkisestä tilasta psykoosiksi päivien tai 1–2 viikon kuluessa, kun skitsofreniaoireet puolestaan ovat pitkäkestoisempia, minimissään kuukauden mittaisia. Toipuminen akuuteista ja ohimenevistä psykooseista tapahtuu nopeasti päivissä–viikoissa ja on yleensä täydellistä kolmessa kuukaudessa. Erilaisia aistiharhaoireita voi esiintyä myös vaikeimmissa dissosiaatiohäiriöissä, joissa psykoosioireiden vaikeusaste kuitenkin voi vaihdella nopeasti (9).

Tavallisuudesta poikkeava elämäntapa tai erikoislaatuiset uskonnolliset tai filosofiset katsomukset eivät merkitse sitä, että henkilö olisi psykoottinen. Eksentrikko pystyy perustelemaan oudolta vaikuttavaa käytöstään tai valtavirrasta poikkeavia ajatuksiaan ja vertaamaan niitä mielekkäästi vaihtoehtoihin. Hänen toimintakykynsä on normaali, ja hän on itse selvillä omasta erikoislaatuisuudestaan. Yksittäiset psykoottiset kokemukset, kuten satunnaiset aistiharhat, ovat diagnostiset kriteerit täyttäviä psykooseja ylei-

SIDONNAISUUDET

Sidonnaisuudet Jorma Oksanen: luentopalkkiot (Professio Oy), palkkiot lääketutkimuksesta (Roche, Lundbeck), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Otsuka, Janssen). Risto Vataja: luentopalkkiot (Janssen, Orion, Lundbeck, Novartis, Ratiopharm). Jarmo Lappalainen: ei sidonnaisuuksia. Nina Lindberg: luentopalkkiot (Janssen-Cilag). Hannu Koponen: konsultointi (Servier, Lundbeck), asiantuntijalausunto (Takeda, Lundbeck), luentopalkkiot (Lundbeck, Professio, Medivir, Pfizer, AstraZeneca), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).

TAULUKKO 3.

Skitsofrenian erotusdiagnoosi (3).

Psykiatrisessa erotusdiagnoosissa on otettava huomioon

Psykoottistasoinen mielialahäiriö (esimerkiksi psykoottinen maniajakso, psykoottinen depressiojakso)
Akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt
Harhaluuloisuushäiriöt
Päihdepsykoosit
Pakko-oireinen häiriö
Persoonallisuushäiriöt
Laaja-alaiset kehityshäiriöt, kuten autismi tai Aspergerin oireyhtymä

Somaattisessa erotusdiagnoosissa on otettava huomioon

Neurologiset häiriöt, kuten temporaalielepilepsia
aivokasvain ja -verenvuoto
aivovamma
muistisairaudet
Päihteiden käyttö (esimerkiksi hallusinogeenit, amfetamiini, alkoholi)
Eräiden lääkkeiden haittavaikutukset (esimerkiksi kortikosteroidit, antikolinergit, levodopa)
Keskushermostoinfektiot (esimerkiksi enkefaliitti, neurosyfilis, HIV)
Endokriiniset sairaudet (esimerkiksi hypo- tai hypertyreoosi, hyperkalsemia, Addisonin tauti, Cushingin tauti)
Metaboliset häiriöt (esimerkiksi porfyriat, Wilsonin tauti)
Vitamiininpuutokset (esimerkiksi B₁₂-vitamiinin puutos)
Autoimmunisairaudet (esimerkiksi systeeminen lupus erythematosus, vaskuliitit)
Raskasmetallimyrkytykset

sempiä. Tuoreen meta-analyysin mukaan niitä esiintyy noin 7 %:lla väestöstä (10).

Psykoottisia oireita voi esiintyä paitsi psykiatristen häiriöiden, myös monien somaattisten sairauksien, kuten temporaalielepsian, aivokasvainten, keskushermostoinfektioiden, autoimmuunienkefaliitin ja endokrinologisten häiriöiden yhteydessä (11) (taulukko 3). Niitä voi ilmetä myös päihteiden (esimerkiksi alkoholin, kannabiksen, amfetamiinin ja hallusinogeenien) käyttöön liittyen tai tiettyjen lääkkeiden (esimerkiksi antikolinergien, kortikosteroidien tai levodopan) aiheuttamissa myrkytyksissä (12,13). Se-

TAULUKKO 4.

Käytännön toimintaohjeita psykoosiepäilyn herätessä.

Ota systemaattisesti huomioon psykoottisen häiriön riski erityisesti nuorten parissa työskennellessä

Tunnista psykoosin oireet

Tee somaattinen ja neurologinen kliininen tutkimus ja ota tarvittavat laboratoriotestit

Ohjaa potilas hoitoon alueellisen hoitomallin mukaisesti
Jos hoitoon pääsy viivästyy, aloita psykiatrin suositama lääkehoito ja järjestä tiivis seuranta/tuki

Arvioi, onko henkilö ajankohtaisesti itsetuhoihin tai uhka muiden terveydelle ja/tai turvallisuudelle

Arvioi, tarvitaanko välitöntä psykiatrista sairaalahoitoa
Jos välitöntä sairaalahoitoa tarvitaan, arvioi M1-lähetteen tarve

Ota huomioon potilaan ja hänen läheistensä tuen tarve

Jos potilaalla on alaikäisiä lapsia, arvioi erityisesti heidän tilanteensa

Anna psykoedukaatiota

kaavuus tai skitsofrenialle muuten epätyypillinen kliininen kuva nopeasti vaihtuvine oireineen voi viitata elimelliseen syyhyn. Myös tavallisuudesta poikkeava sairauden alkua – kuten myöhemmällä iällä alkava oireilu – voi herättää epäilyn taustalla olevasta muusta sairaudesta (14).

Käytännön toimintaohjeita

Skitsofrenian syitä ei toistaiseksi tunneta niin hyvin, että sen ehkäiseminen olisi mahdollista. Siksi skitsofrenian varhainen tunnistaminen on tärkeää huolimatta pienestä ilmaantuvuudesta (noin 0,3 tapausta / 1 000 henkilövuotta) (5). Vaimeiden psykoosioireiden ja suuren riskin vaiheen tunnistamisessa erityisesti perusterveydenhuollolla sekä opiskelija- ja työterveyshuollolla on keskeinen rooli, vaikkakin psykoottisen häiriön mahdollisuus tulisi huomioida aina nuorten ja nuorten aikuisten kanssa työskennellessä (taulukko 4).

Tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä olisi sovittava paikallisesti, mikä edellyttää toimivia konsultaatiomahdollisuuksia ja hoitopolkuja. Alkavaa psykoosioireistoa epäiltäessä potilaat tulisi ohjata erikoissairaanhoidon, missä psykoosidiagnoosin varmennus ja hoidon aloitus

TAULUKKO 5.

Laboratoriotutkimukset psykoosia epäiltäessä (3).

Perusverenkuva

Veren glukoosipitoisuus
Kilpirauhasen toimintakokeet
Seerumin natrium- ja kaliumpitoisuus
Seerumin kreatiniinipitoisuus
CRP-pitoisuus
Virtsan huume- ja lääkeaineseula
EKG (erityisesti QT-aika)

Ensipsykoosin tutkimukseen kuuluvat lisäksi seuraavat laboratoriotutkimukset

Veren kolesteroli- ja triglyseridipitoisuudet
paastonäytteestä
Veren glukoosipitoisuus paastonäytteestä
GT, ALAT, AFOS

toteutetaan ensisijaisesti psykiatrisessa avohoidossa. Somaattisten pitkäaikaissairauksien yhteydessä tai somaattista syytä epäiltäessä alkuvaiheen laboratoriotutkimukset (taulukko 5) voi toteuttaa perustasolla (3), ellei potilaan tila edel-

lytä välitöntä osastohoitoa. Jos osastohoitoa ei tarvita, mutta hoitoon pääsy uhkaa viivästyä, tulee konsultoida erikoissairaanhoidoa esimerkiksi lääkeshoidon aloittamisesta.

Sekundaarisen ehkäisyn kannalta on tärkeää tunnistaa oireet varhain ja aloittaa hoito nopeasti, koska hoitamattoman psykoosin kesto ja hoidon aloittamisen viivästyminen heikentävät ennustetta. Erot edeltävässä psykososiaalisessa ja neurokognitiivisessa kehityksessä voivat myös vaikuttaa ennusteeseen (15).

Varhaisvaiheen oireiden hoidossa sovelletaan vaiheittain etenevää hoitomallia, jonka tavoitteena on paitsi estää varsinaisen psykoosivaiheen kehittyminen, myös lievittää toiminnallisia puutteita. Alkuvaiheen ennako-oireita hoidetaan kognitiivis-behavioraalisella tai tukea antavalla psykoterapialla ja oireenmukaisella ahdistus- ja mielialalääkityksellä. Psykoosilääkitystä ei tulisi käyttää ennalta ehkäisevänä hoitona vaan pieninä annoksina tilanteissa, joissa lyhytkestoisia psykoosioireita esiintyy toistuvasti tai potilaan kyky arvioida oireidensa todellisuutta on horjumassa (16). Varhaisten psykoosioireiden tunnistaminen ja nopea hoidon käynnistys voivat ehkäistä avointen psykoosijaksojen kehittymistä ja parantaa pitkäaikaisennustetta. ●

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
When to suspect schizophrenia

HANNU KOPONEN

Professor, Chief Physician
University of Helsinki and
Helsinki University Hospital,
Department of Psychiatry
E-mail: hannu.koponen@
helsinki.fi

JORMA K. OKSANEN

Risto Vataja
Jarmo Lappalainen
Nina Lindberg

When to suspect schizophrenia

Schizophrenia features as widespread disturbance in the regulation of emotions, attention, motivation and behaviour. Prodromal symptoms, such as unusual thought content and decline in functioning, are common before the onset of overt psychosis. Early detection and initiation of treatment are important as a long period of untreated psychosis is related to poorer prognosis. Individuals at high risk for psychosis or with attenuated psychotic symptoms should be evaluated in specialized psychiatric care.