

Psykoosisairaudet luento

5.11.2024

Juhani Leijala

Psykiatrician erikoislääkäri

Sidonnaisuudet

- Työ: EPSHP 2019 -2022, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue 2023-
- Luentopalkkiot: Lundbeck, Otsuka, HUS, Varha, PSY
- Apurahat: HYVAEP, Pohjanmaan HVA

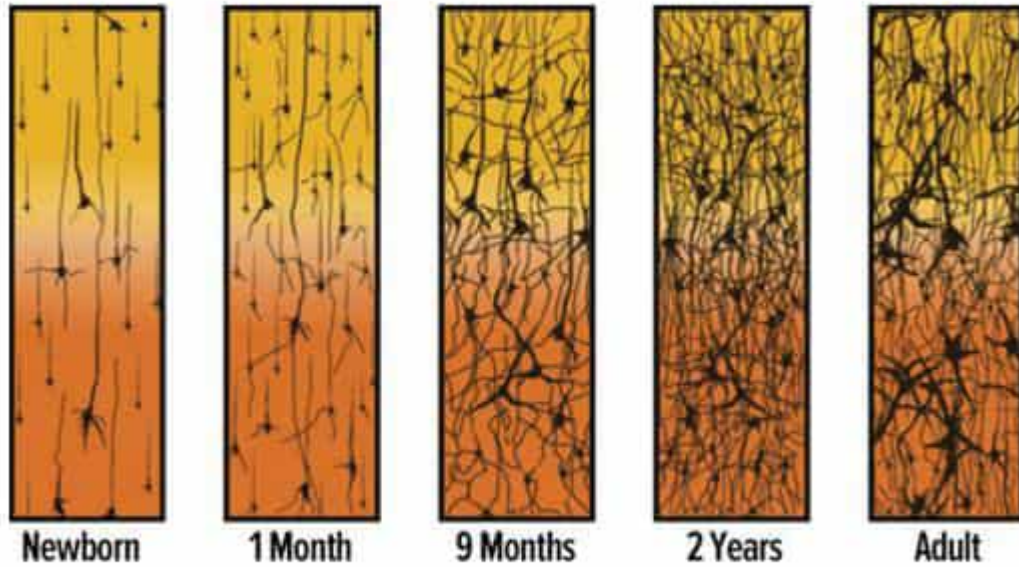
Luennon rakenne

- Aivot
- Psykoosin määritelmä & historia
- Psykoosisairaudet
- Skitsofrenia
 - Taudinkuva, ennakko-oireet ja oireet
 - Sairausmalli
 - Dopamiiniteoria
 - Lääkehoito
 - Psykososiaaliset hoidot
- Muut psykoosisairaudet

Aivot

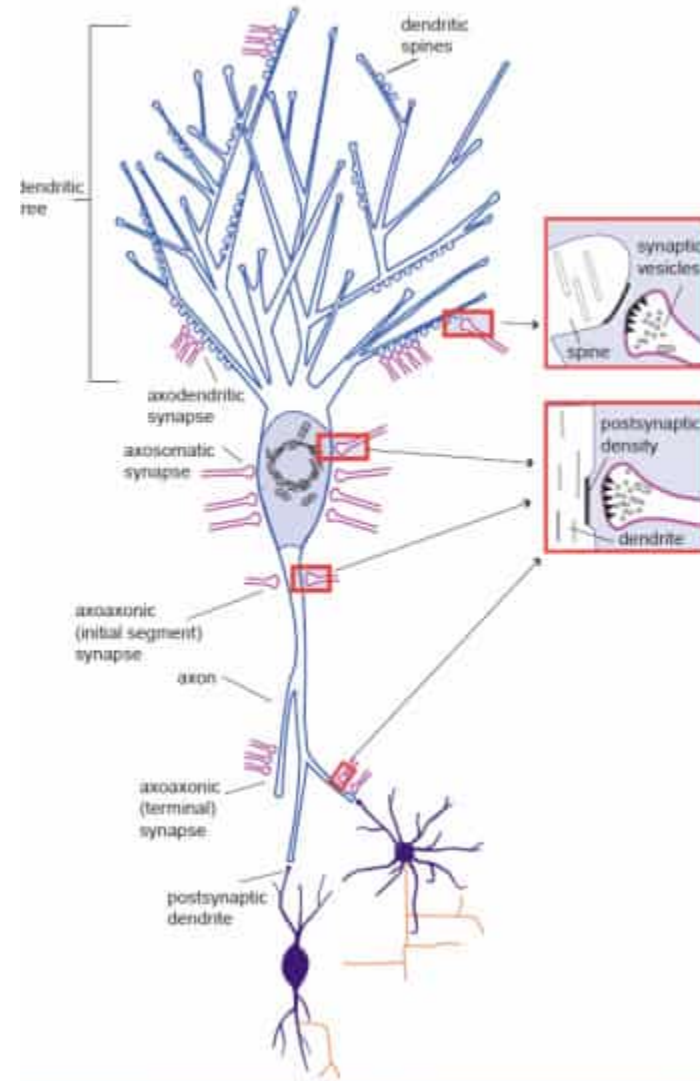
- Aivoissa on nykyisten arvioiden mukaan noin 100 miljardia hermosolua
- Yhteen hermosoluun voi tulla signaaleja tuhansista muista soluista
- Synapseja 10^{14} – 10^{15}
- Aivojen paino noin 2% koko kehon painosta
- Aivojen hapenkulutus on 20% ihmisen koko happitarpeesta lepotilassa

Keskushermoston kehitys



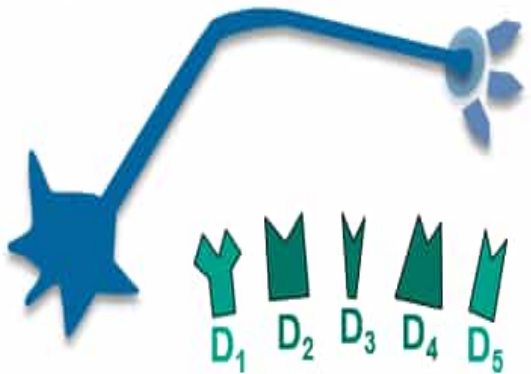
Corel, J.L., 1975, The postnatal development of the human cerebral cortex, Cambridge, MA: Harvard University Press

Hermoradat kehittyvät, hermosolut alkavat haarautumaan ja muodostavat yhteyksiä toisiinsa. Käytössä olevat synaptiset yhteydet vahvistuvat ja turhat yhteydet karsiutuvat pois.

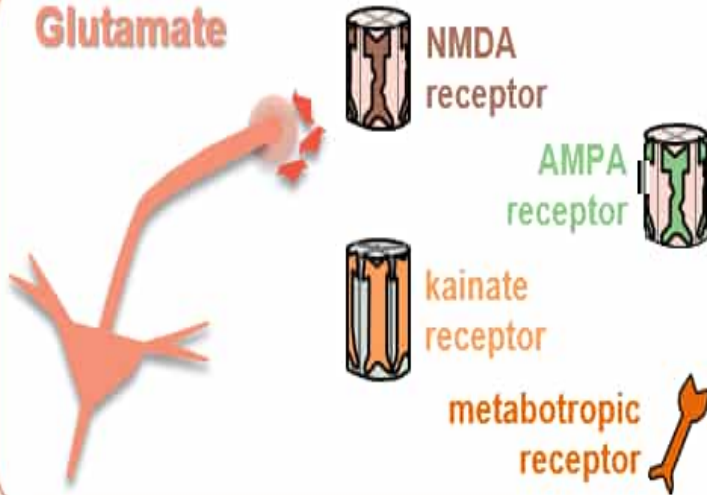


Välittäjäaineet

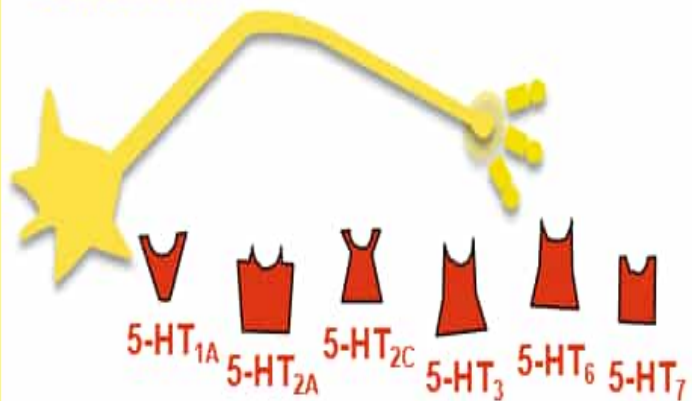
Dopamine



Glutamate

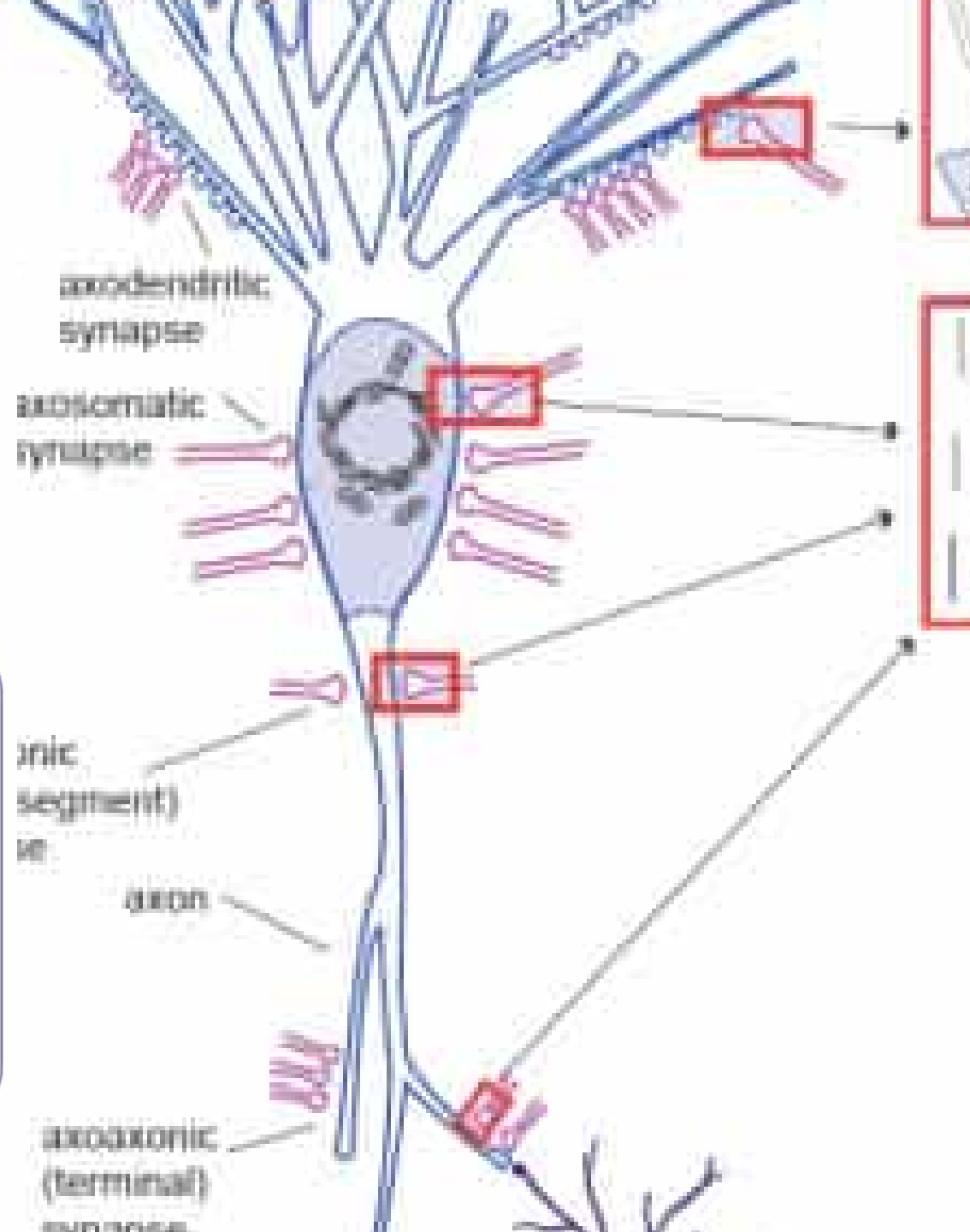
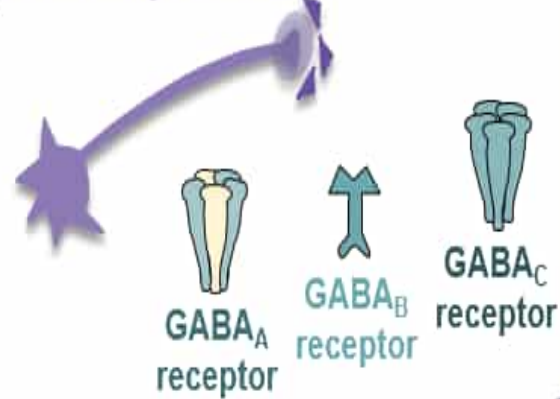


Serotonin

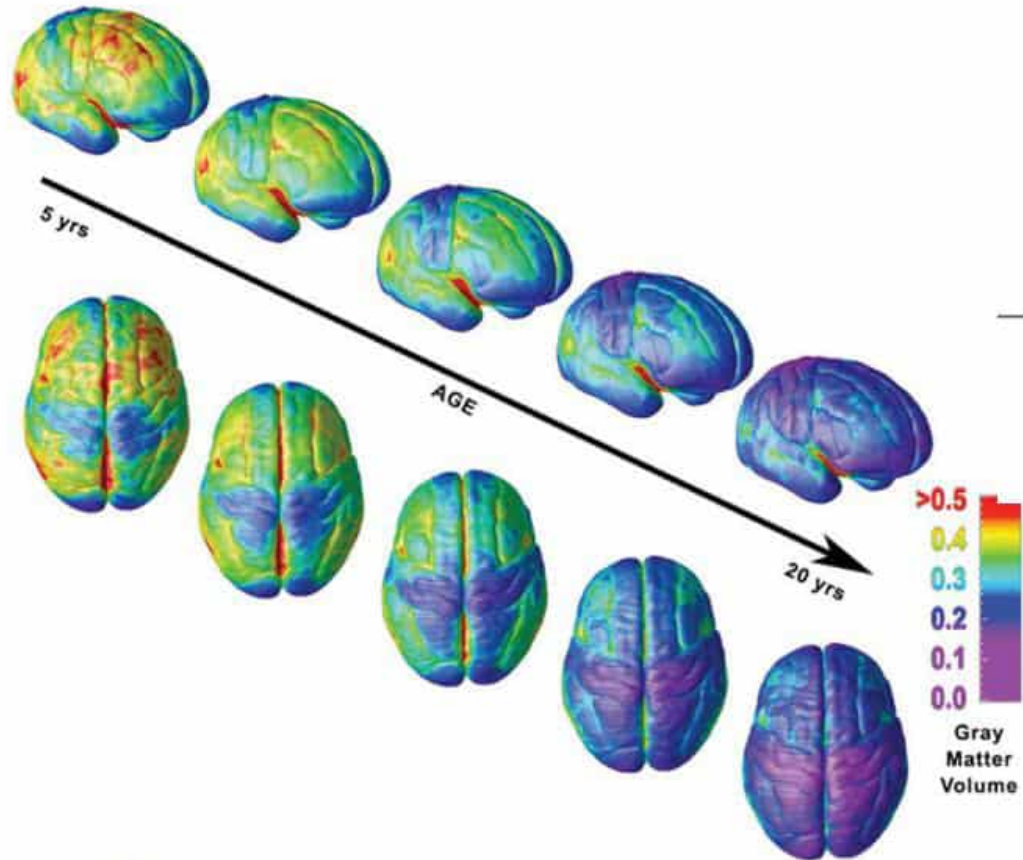


GABA

γ-aminobutyric acid



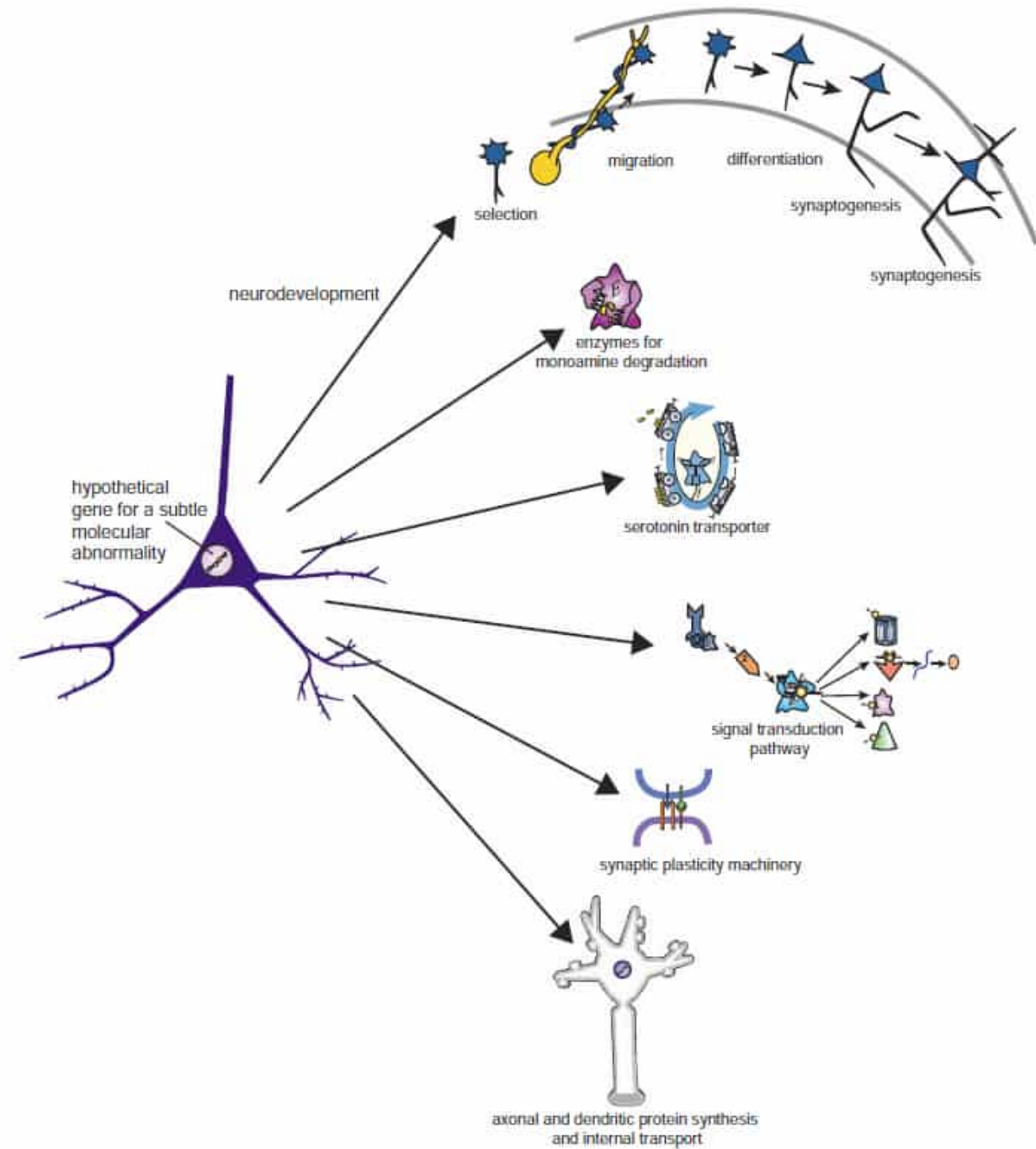
Keskushermoston kehitys



National Institutes of Health, 2007

Aistitoimintoja käsittelevät aivoalueet kehittyvät ensin ja monimutkaisemmat tiedonkäsittelyyn liittyvät alueet viimeisimpänä. Aivojen koko kasvaa ja rakenne muuttuu

Geenit



Psykoosin määritelmä

- Psykoosi on vakava häiriö, jossa ihmisen todellisuudentaju on heikentynyt ja hänellä on vaikeuksia erottaa, mikä on totta ja mikä ei.
- Todellisuuden erottaminen oman pään sisäisistä mielikuvista on vähintään ajoittain hankalaa.

Psykoosin määritelmä

- Kapeimmillaan psykoottisuus määritellään selvien harhaluulojen tai aistiharhojen esiintymiseksi ilman, että henkilö tiedostaa niiden mielenterveydenhäiriöistä luonnetta.
- Joskus psykoottisuus havaitaan myös karkeasti poikkeavan käyttäytymisen tai hajanaisen puheen perusteella.

Psykoosi

- Psykoosi on yleisnimitys usealle erilaiselle psykiatriselle sairaudelle
- Toistuvat ja pitkäkestoiset psykoosioireet = psykoosisairaus
- Lyhyet ja ohimenevät psykoosioireet voivat liittyä myös muihin mielenterveyden häiriöihin

Psykoosit ovat taustaltaan monitekijäisiä sairauksia.

- Monitekijäisellä periytymisellä tarkoitetaan sellaista ominaisuuden tai taudin syntyä, jossa vaikuttavia geenejä on useita (yleensä satoja tai jopa tuhansia) ja jossa myös ympäristötekijöillä on osuutta sairastumisalttiuteen.
- Monitekijäinen perinnöllinen alttius tarkoittaa sitä, että samoissa ulkoisissa olosuhteissa toinen ihminen sairastuu helpommin kuin toinen, ja jotkut sairaudet näyttävät kertyvän tiettyyn sukuun enemmän kuin sattumalta.

Historia

- Kuvauksia suuruusharhoista, vainoharhaisuudesta, sekavuustiloista löytyy läpi kirjoitetun historian
- Varhaisissa kulttuureissa selitettiin esim. demonien aiheuttamina tiloina
- Antiikin kreikassa selitettiin humoraali- ja temperamenttiopilla (Hippokrates)
- Antiikin roomalaisilla oli lainsäädäntöä koskien ”mielen sairauksia”

- 400 – 1400 pimeää keskiaikaa Euroopassa
 - Pyhänhengenhuoneet
 - Sairaalat, joissa oli erilliset psykiatriset osastot, perustettiin Bagdadiin vuonna 750 ja Kairoon vuonna 873. Ensimmäiset mielisairaalat rakennettiin Damaskokseen vuonna 800, Aleppoon vuonna 1274
- 1200-luvulta lähtien oli monien Euroopan kaupunkien sairaaloissa psykiatriset osastot, ensimmäisten joukossa Pariisi, Lyon, München, Basel ja Zürich.
- 1600-luvulla
 - väärää ajattelua,
 - aivojen koneiston häiriöitä
 - irrationaalisuutta
- Ludvig XIV määräsi joka kaupunkiin perustettavaksi yleisen sairaalan. Laitoksilla oli lähinnä sosiaalipoliittinen tehtävä

- 1700-luvulla
 - Säilöön ottamisen sijaan hoitoa
 - Hoito-optimismi
- 1800
 - Luotiin lainsäädäntöä ja perustettiin laitoksia
 - Käytetyistä hoidoista ei ollut apua
 - Pessimismiä
 - Hoidon keskittyminen loi pohjan diagnostiikan ja hoitojen kehittymiselle

Psykoosi

- Termi "psykoosi", joka on peräisin kreikankielisestä sanasta [ψύχωση](#) (psúkhōsis), joka tarkoitti mielen epänormaalia kuntoa
- Psykoosi termiä alettiin käyttämään n. 170 vuotta sitten.
- Ernst von Feuchtersleben käytti termiä oppikirjassa joka julkaistiin 1845.
- Tuohon aikaan vallitseva käsitys oli että psyykkiset sairaudet ovat kehosta erillisen mielen sairauksia
- Psykoosi termillä haluttiin korostaa mielen ja aivojen välistä vuorovaikutusta, joka aiheutti mielenterveyden häiriön.

Emil Kraepelin 1856-1926

- Dementia Praecox (varhainalkava dementia)
 - Dementia paranoides
 - Dementia katatonica
 - Dementia hebefrenia
- Maanis-depressiivinen mielisairaus
- Taudinkulku oli keskeinen erotusdiagnostiikassa

Eugen Bleuler 1857-1939

- Dementia ja dementia praecox syiltään eri sairauksia
- Skitsofrenian käsitteen käyttäminen (mielen jakaantuminen)
- Diagnoosi oireiden perusteella
- Assosiaation häiriöt
- Keskeiset oireet
 - Ajattelun häiriöt
 - Affektien häiriöt
 - Autismi
 - Ambivalenssi
- Lisäoireet
 - Hallusinaatit
 - Deluusiot
 - Katatoniset
- Ajatus orgaanisesta etiologiasta

Kurt Schneider 1887 –1967

- First-rank oireet skitsofreniassa
- Ajatusten ääneen kaikuminen, siirto, riisto ja levittäminen
- Henkilön käyttäytymistä jatkuvasti kommentoivat tai henkilöstä keskenään keskustelevat äänet tai äänet, jotka tulevat jostain henkilön ruumiinosasta
- Kontrolloimis-, passiivisuus- ja vaikutusharhat
- Eriskummalliset harhaluulot

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

- Ennen vuotta 1980 termiä "psykoottinen" käytettiin yleisesti henkilöille, joiden henkinen toimintakyky oli riittävän heikentynyt vaikeuttaen tavalliset elämän vaatimuksia.
- 80 –luvulla DSM-III termi määriteltiin tarkemmin. Psykoosilla tarkoitettiin tilaa, jossa henkilön todellisuudentaju on heikentynyt ja hänellä on huomattavia vaikeuksia erottaa, mikä on totta ja mikä ei. Mielensisäisten tapahtumien erottaminen ympäröivästä todellisuudesta ei onnistu

- DSM-IV vastaa monilta osin ICD-10 kriteerejä keskeisiltä määritelmiltä

Psykoosisairaudet ICD-10

Ei-affektiiviset psykoosit

- F20 Skitsofrenia
- F21 Psykoosipiirteinen persoonallisuus
- F22 Harhaluuloisuushäiriö
- F23 Ohimenevät psykoottiset häiriöt
- F24 Indusoitunut psykoottinen häiriö
- F25 Skitsoaffektiivinen häiriö
- F29 Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö

Affektiiviset psykoosit

- F30.2 Mania ja psykoottisia oireita
- F31.1 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso
- F31.5 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea psykoottinen jakso
- F32.3 Vaikea-asteinen, psykoottinen masennustila
- F33.3 Toistuvan masennuksen vaikea, psykoottinen masennusjakso

Päihdepsykoosit

- F10.x – 19.x

- Yksittäinen psykoosioire ei vielä tarkoita psykoosisairautta.
- Nykyisen diagnoosiluokituksen mukaisesti erotellaan erilaisia psykoottisia häiriöitä muun muassa oireen tai oireiden keston perusteella.
- ICD-10 (World Health Organization International Classification of Diseases 10th Revision)
- DSM-V (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition)
- RDoC (NIMH The Research Domain Criteria project)

<i>DSM-5</i>	<i>ICD-11</i>
Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	Schizophrenia and other primary psychotic disorders
Schizotypal (personality) disorder	Schizotypal disorder
Delusional disorder	Delusional disorder
Brief psychotic disorder	Acute and transient psychotic disorder
Schizophreniform disorder	
Schizophrenia	Schizophrenia
Schizoaffective disorder	Schizoaffective disorder
Substance/medication-induced psychotic disorder	(To be listed in <i>ICD-11</i> among the substance-related mental disorders)
Psychotic disorder due to another medical condition	(To be listed in <i>ICD-11</i> among the organic mental disorders)
Catatonia associated with another mental disorder (catatonia specifier)	
Catatonic disorder due to another medical condition	
Unspecified catatonia	
Other specified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	Other specified schizophrenia and other primary psychotic disorders
Unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	Schizophrenia and other primary psychotic disorders, unspecified

- Psychotic disorders in *DSM-5* (published in 2013) and *ICD-11* (proposed revision as of September 2014).
- *DSM, diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD, International Classification of Diseases*

Psychotic Experiences in the General Population

A Cross-National Analysis Based on 31 261 Respondents From 18 Countries

John J. McGrath, PhD, MD; Sukanta Saha, PhD; Ali Al-Hamzawi, MD; Jordi Alonso, DrPH, MD; Evelyn J. Bromet, PhD; Ronny Bruffaerts, PhD; José Miguel Caldas-de-Almeida, PhD, MD; Wai Tat Chiu, AM; Peter de Jonge, PhD; John Fayyad, MD; Silvia Florescu, PhD, MD; Oye Gureje, MD; Josep Maria Haro, PhD, MD; Chiyi Hu, PhD, MD; Viviane Kovess-Masfety, PhD, MD; Jean Pierre Lepine, HDR, MD; Carmen C. W. Lim, MSc; Maria Elena Medina Mora, PhD; Fernando Navarro-Mateu, PhD, MD; Susana Ochoa, PhD; Nancy Sampson, BA; Kate Scott, PhD; Maria Carmen Viana, PhD, MD; Ronald C. Kessler, PhD

IMPORTANCE Community-based surveys find that many otherwise healthy individuals report histories of hallucinations and delusions. To date, most studies have focused on the overall lifetime prevalence of any of these psychotic experiences (PEs), which might mask important features related to the types and frequencies of PEs.

OBJECTIVE To explore detailed epidemiologic information about PEs in a large multinational sample.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS We obtained data from the World Health Organization World Mental Health Surveys, a coordinated set of community epidemiologic surveys of the prevalence and correlates of mental disorders in representative household samples from 18 countries throughout the world, from 2001 through 2009. Respondents included 31 261 adults (18 years and older) who were asked about lifetime and 12-month prevalence and frequency of 6 types of PEs (2 hallucinatory experiences and 4 delusional experiences). We analyzed the data from March 2014 through January 2015.

+ Supplemental content at jamapsychiatry.com

+ CME Quiz at jamanetworkcme.com and CME Questions page 740

- JAMA Psychiatry. 2015;72(7):697-705.doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0575. Published online May 27, 2015.

Table 2. Lifetime and 12-Month Prevalence of PEs in the WMH Surveys

Country by Income Level ^a	Prevalence, No. (%) [SE] ^b				Total Sample, No. of Respondents ^c
	Lifetime			12-mo PE	
	Any PE	Any HE	Any DE		
Low and lower middle					
Colombia	73 (7.5) [1.2]	68 (7.1) [1.2]	11 (0.9) [0.3]	25 (2.1) [0.5]	722
Iraq	51 (1.2) [0.2]	46 (1.1) [0.2]	13 (0.4) [0.2]	25 (0.7) [0.2]	4329
Nigeria	39 (2.2) [0.5]	32 (1.7) [0.4]	16 (1.0) [0.4]	15 (1.0) [0.4]	1417
PRC	151 (5.3) [0.8]	116 (3.8) [0.6]	54 (1.8) [0.4]	45 (1.4) [0.3]	2468
Peru	36 (6.4) [1.4]	33 (6.1) [1.4]	7 (1.1) [0.4]	18 (3.3) [0.9]	530
Total	350 (3.2) [0.3]	295 (2.6) [0.2]	101 (0.9) [0.1]	128 (1.2) [0.2]	9466
Upper middle					
Brazil	548 (14.9) [0.9]	471 (13.3) [0.9]	183 (3.6) [0.3]	230 (5.6) [0.4]	2922
Lebanon	37 (1.9) [0.4]	30 (1.6) [0.4]	14 (0.6) [0.3]	15 (0.9) [0.4]	1029
Mexico	53 (4.1) [1.0]	49 (3.6) [0.9]	12 (0.8) [0.4]	22 (1.4) [0.4]	715
Romania	24 (1.0) [0.4]	21 (0.9) [0.4]	5 (0.1) [0.1]	9 (0.3) [0.1]	2357
Total	662 (7.2) [0.4]	571 (6.4) [0.4]	214 (1.7) [0.1]	276 (2.7) [0.2]	7023
High					
Belgium	32 (8.3) [2.5]	19 (5.0) [1.6]	20 (5.7) [2.3]	11 (4.1) [2.4]	319
France	27 (5.7) [1.4]	23 (4.9) [1.3]	7 (1.6) [0.6]	6 (1.3) [0.7]	301
Germany	25 (2.8) [0.5]	16 (1.8) [0.4]	13 (1.3) [0.3]	6 (1.0) [0.2]	408
Italy	38 (4.5) [0.8]	31 (3.5) [1.0]	16 (1.9) [0.6]	12 (1.3) [0.5]	617
The Netherlands	47 (10.8) [2.5]	41 (10.1) [2.5]	11 (1.6) [0.5]	13 (3.0) [1.2]	348
New Zealand	724 (6.9) [0.4]	667 (6.5) [0.4]	134 (0.9) [0.1]	271 (2.4) [0.2]	7263
Portugal	140 (5.2) [0.7]	106 (3.9) [0.5]	66 (2.6) [0.5]	43 (1.7) [0.3]	2053
Spain	91 (6.7) [1.5]	77 (5.8) [1.5]	35 (1.4) [0.4]	19 (0.9) [0.2]	1159
United States	249 (8.6) [0.9]	232 (8.2) [0.9]	41 (1.3) [0.2]	79 (2.8) [0.4]	2304
Total	1373 (6.8) [0.3]	1212 (6.2) [0.3]	343 (1.4) [0.1]	460 (2.2) [0.2]	14 772
All	2385 (5.8) [0.2]	2078 (5.2) [0.2]	658 (1.3) [0.1]	864 (2.0) [0.1]	31 261

Abbreviations: DE, delusional experience; HE, hallucinatory experience; PRC, People's Republic of China; PE, psychotic experience; WMH, World Mental Health.

^a Based on data from the World Bank Data and Statistics 2008.²²

^b Numbers indicate the unweighted number of respondents who reported the PEs. Prevalence estimates are based on weighted data. PEs indicate any of 6 types; HEs, any of 2 types; and DEs, any of 4 types.

^c Indicates the total unweighted number of respondents who were asked about PEs.

Prevalent Hallucinations during Medical Internships: Phantom Vibration and Ringing Syndromes

Yu-Hsuan Lin¹, Sheng-Hsuan Lin², Peng Li^{3,4}, Wei-Lieh Huang¹, Ching-Yen Chen^{3,4*}

¹ Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital, Yun-Lin Branch, Yunlin, Taiwan, ² Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, United States of America, ³ School of Medicine, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan, ⁴ Department of Psychiatry, Chang Gung Memorial Hospital at Lin-Kou, Taoyuan, Taiwan

Abstract

Background: Phantom vibration syndrome is a type of hallucination reported among mobile phone users in the general population. Another similar perception, phantom ringing syndrome, has not been previously described in the medical literature.

Methods: A prospective longitudinal study of 74 medical interns (46 males, 28 females; mean age, 24.8 ± 1.2 years) was conducted using repeated investigations of the prevalence and associated factors of phantom vibration and ringing. The accompanying symptoms of anxiety and depression were evaluated with the Beck Anxiety and Depression Inventories before the internship began, and again at the third, sixth, and twelfth internship months, and two weeks after the internship ended.

Results: The baseline prevalence of phantom vibration was 78.1%, which increased to 95.9% and 93.2% in the third and sixth internship months. The prevalence returned to 80.8% at the twelfth month and decreased to 50.0% 2 weeks after the internship ended. The baseline prevalence of phantom ringing was 27.4%, which increased to 84.9%, 87.7%, and 86.3% in the third, sixth, and twelfth internship months, respectively. This returned to 54.2% two weeks after the internship ended. The anxiety and depression scores also increased during the internship, and returned to baseline two weeks after the internship. There was no significant correlation between phantom vibration/ringing and symptoms of anxiety or depression. The incidence of both phantom vibration and ringing syndromes significantly increased during the internship, and subsequent recovery.

Conclusion: This study suggests that phantom vibration and ringing might be entities that are independent of anxiety or depression during evaluation of stress-associated experiences during medical internships.

- PLoS One. 2013; 8(6): e65152.



OPEN

Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders

Received: 24 November 2016

Accepted: 18 September 2017

Published online: 24 October 2017

Maria B. A. Niemantsverdriet¹, Christina W. Slotema¹, Jan Dirk Blom¹, Ingmar H. Franken², Hans W. Hoek¹, Iris E. C. Sommer³ & Mark van der Gaag^{1,4}

To establish the point prevalence of hallucinations in borderline personality disorder (BPD), telephone interviews were conducted with 324 outpatients diagnosed with BPD. Then a subgroup (n = 98) was interviewed in person to investigate the co-occurrence of these phenomena with other psychotic symptoms, comorbid psychiatric disorders, prior childhood adversities, and adult life stressors. For hallucinations in general a point prevalence of 43% was found, with rates for hallucinations in separate sensory modalities ranging from 8–21%. Auditory verbal hallucinations consisted mostly of verbal abuse and were generally experienced as distressing. A significant association was found between the severity of hallucinations on the one hand, and delusions and unusual thought content on the other; this association was absent for negative symptoms and disorganization. The presence of hallucinations also correlated with the number of comorbid psychiatric disorders, and with posttraumatic stress disorder (PTSD) specifically. Childhood emotional abuse and adult life stressors were also associated with

- Sci Rep 7, 13920 (2017). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13108-6>

Psychosis in Alzheimer's Disease

Patrick S. Murray, Sanjeev Kumar, Mary Ann A. DeMichele-Sweet, and Robert A. Sweet

Psychotic symptoms, delusions and hallucinations, occur in approximately 50% of individuals with Alzheimer's disease (AD) (AD with psychosis [AD + P]). Pharmacotherapies for AD + P have limited efficacy and can increase short-term mortality. These observations have motivated efforts to identify the underlying biology of AD + P. Psychosis in AD indicates a more severe phenotype, with more rapid cognitive decline beginning even before psychosis onset. Neuroimaging studies suggest that AD + P subjects demonstrate greater cortical synaptic impairments than AD subjects without psychosis, reflected in reduced gray matter volume, reduced regional blood flow, and reduced regional glucose metabolism. Neuroimaging and available postmortem evidence further indicate that the impairments in AD + P, relative to AD subjects without psychosis, are localized to neocortex rather than medial temporal lobe. Neuropathologic studies provide consistent evidence of accelerated accumulation of hyperphosphorylated microtubule associated protein tau in AD + P. Finally, studies of familial aggregation of AD + P have established that the risk for psychosis in AD is, in part, genetically mediated. Although no genes are established as associated with AD + P, the first genome-wide association study of AD + P has generated some promising leads. The study of the neurobiology of AD + P is rapidly accelerating and may be poised for translational discovery. This process can be enhanced by identifying points of convergence and divergence with the neurobiology of AD proper and of schizophrenia, by innovative extension of current approaches, and by development of relevant animal models.

Key Words: Alzheimer's disease, genetics, heritability, neuroimaging, neuropathology, psychosis

In addition to the individual distress that delusions and hallucinations may confer, when present, AD + P is a marker for a number of additional adverse outcomes in AD patients. Alzheimer's disease with psychosis is associated with the co-occurrence of other

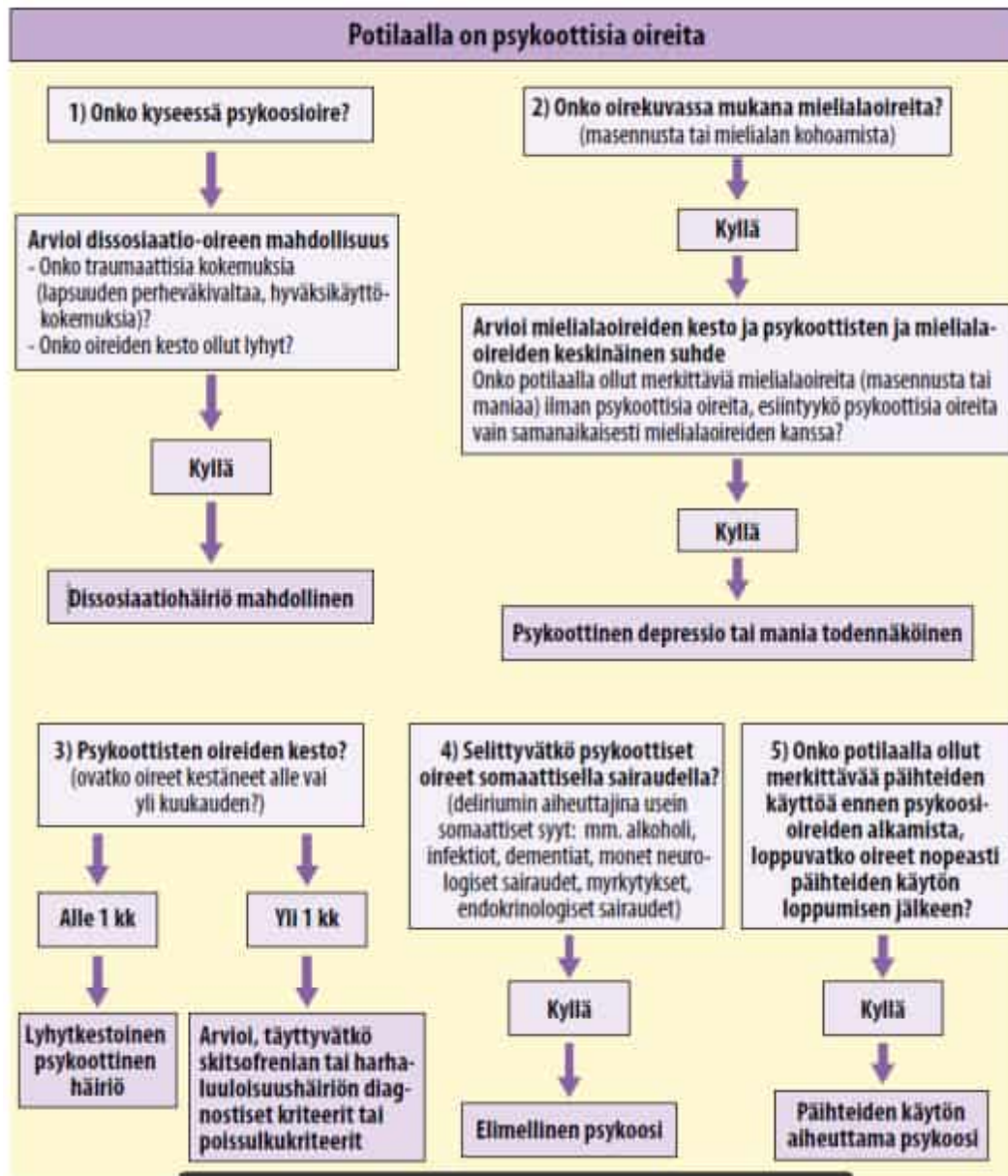
Biol Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2015 Apr 1.

Published in final edited form as:

Biol Psychiatry. 2014 Apr 1; 75(7): 542–552.

Published online 2013 Oct 6. doi: [10.1016/j.biopsych.2013.08.020](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.020)

Psykoosin arviointi



LÄÄKETIETEELLI
NEN
AIKAKAUSKIRJA
DUODECIM
2013;129(8):886
-92

Potilaalla on psykoottisia oireita

1) Onko kyseessä psykoosioire?

Arviol dissosiaatio-oireen mahdollisuus

- Onko traumaattisia kokemuksia (lapsuuden perheväkivaltaa, hyväksikäyttökokemuksia)?
- Onko oireiden kesto ollut lyhyt?

Kyllä

Dissosiaatiohäiriö mahdollinen

2) Onko oirekuvassa mukana mieläläoireita?
(masennusta tai mielälän kohoamista)

Kyllä

Arviol mieläläoireiden kesto ja psykoottisten ja mieläläoireiden keskinäinen suhde

Onko potilaalla ollut merkittäviä mieläläoireita (masennusta tai maniaa) ilman psykoottisia oireita, esiintyykö psykoottisia oireita vain samanaikaisesti mieläläoireiden kanssa?

Kyllä

Psykoottinen depressio tai mania todennäköinen

Potilaalla on psykoottisia oireita

oire?

2) Onko oirekuvassa mukana mieliala-
oireita?
(masennusta tai mielialan kohoamista)

ollisuus

ksikäyttö-

Kyllä

Arvioi mieliala-
oireiden kesto ja psykoottisten ja mieliala-
oireiden keskinäinen suhde
Onko potilaalla ollut merkittäviä mieliala-
oireita (masennusta tai maniaa) ilman psykoottisia oireita, esiintyykö psykoottisia oireita
vain samanaikaisesti mieliala-
oireiden kanssa?

linen

Kyllä

Psykoottinen depressio tai mania todennäköinen

3) Psykoottisten oireiden kesto?
(ovatko oireet kestäneet alle vai
yli kuukauden?)

Alle 1 kk

Lyhytkestoinen
psykoottinen
häiriö

Yli 1 kk

Arviol, täytyvätkö
skitsofrenian tai harha-
luuloisuushäiriön diag-
nostiset kriteerit tai
poissulkukriteerit

4) Selittyvätkö psykoottiset
oireet somaattisella sairaudella?
(deliriumin aiheuttajina usein
somaattiset syyt: mm. alkoholi,
infektiot, dementiat, monet neuro-
logiset sairaudet, myrkytykset,
endokrinologiset sairaudet)

Kyllä

Elimellinen psykoosi

5) Onko potilaalla ollut
merkittävää päihteiden
käyttöä ennen psykoosi-
oireiden alkamista,
loppuvatko oireet nopeasti
päihteiden käytön
loppumisen jälkeen?

Kyllä

Päihteiden käytön
aiheuttama psykoosi

Muiden mahdollisten psykoosioireita aiheuttavien häiriöiden tunnistaminen ja hoito

- Huumeet, lääkkeet ja myrkytykset
- Neurologiset häiriöt
- Infektiot
- Delirium
- Vitamiini puutteet
- Endokriiniset häiriöt
- Autoimmuunisairaudet
- Aineenvaihdunnan häiriöt
- Kromosomipoikkeavuudet

Psykoosin selvittelyihin kuuluu

- Mahdollisten ruumiillisten sairauksien tutkiminen, jotka voivat aiheuttaa psykoosioireita
- Laboratoriokokeita
- Aivojen kuvantamistutkimuksia
- Kliininen potilaan tutkiminen

Skitsofrenia

Taudinkuva

Skitsofrenia on heterogeeninen psykoottinen mielenterveyden häiriö, joka ilmenee

- harhaluuloina, aistiharhoina
- hajanaisena ajatteluna ja puheena
- kognitiivisten toimintojen häiriöinä
- poikkeavana motorisena käyttäytymisenä
- negatiivisina oireina, kuten aloitekyvyttömyytenä tai sosiaalisena vetäytymisenä.

Skitsofreeninen oireprofiili voi vaihdella yksilöittäin suuresti.

Epidemiologia

- Skitsofrenian ja skitsoaffektiivisen ja skitsofreniformisen häiriön yhteenlaskettu elinikäinen esiintyvyys on Suomessa 1,26 %, mikä on 36 % kaikista elinaikaisista psykooseista.
- Skitsofrenia puhkeaa miehillä keskimäärin aikaisemmin kuin naisilla, ja miehillä skitsofrenian esiintyvyys on myös hieman suurempaa (1,4:1) kuin naisilla.
- Suomen väestöstä 0,5–1,5 % sairastaa skitsofreniaa.
Tämän perusteella Suomessa on noin 55–65 000 skitsofreniapotilasta.

Etiologia ja patogeneesi 1(2)

Stressi-alttiusmalli eli stressi-haavoittuvuusmalli

- Skitsofrenia puhkeaa siihen alttiilla henkilöillä vuorovaikutuksessa ympäristöstä tulevien stressitekijöiden kanssa.

Geneettinen alttius

- Tärkein skitsofreniaa ennakoiva riskitekijä on ensiasteen sukulaisella esiintyvä skitsofrenia tai muu psykoosi.

Etiologia ja patogeneesi 2(2)

Ympäristön riskitekijöitä voivat olla muun muassa

- odottavan äidin stressi, raskaudenaikaiset ja synnytyksen komplikaatiot ja nälkiintyminen
- lapsuudessa sairastetut keskushermoston infektiot
- lapsuus- ja nuoruusiän traumat ja kaltoinkohtelu, maahanmuutto ja siihen liittyvä syrjäytyminen ja psykososiaalinen vähäosaisuus
- huumeiden, ennen muuta kannabiksen, käyttö.

Dopamiinin säätelyhäiriö

- Psykopatologisista mekanismeista tunnetuin on tyvitumakkeiden dopamiinin säätelyhäiriö.

Geneettinen riski

TAULUKKO. Lapsen suhteellinen riski sairastua skitsofreniaan muuhun väestöön verrattuna lähisukulaisella todetun mielenterveyshäiriön mukaan (95 %:n luottamusväli) (10).

Lähisukulaisella todettu sairaus	Äidillä	Isällä	Sisaruksella	Molemmilla vanhemmilla
Skitsofrenia	9,0 (6,9–11,6)	6,6 (4,8–9,1)	7,5 (6,1–9,4)	37,5 (19,9–70,9)
Muu skitsofreniaryhmän psykoosi	4,8 (3,9–5,9)	3,5 (2,7–4,7)	3,8 (2,9–4,9)	5,1 (2,2–11,6)
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	2,4 (1,6–3,7)	3,2 (2,1–4,7)	1,7 (0,9–3,3)	ei tietoa
Toistuva vakava masennus	2,2 (1,5–3,2)	1,8 (1,5–2,2)	3,9 (1,7–8,6)	ei tietoa
Päihdehäiriö	2,5 (2,1–2,9)	2,2 (2,0–2,5)	2,5 (2,1–3,0)	4,0 (3,1–5,2)
Persoonallisuushäiriö	2,5 (2,2–2,8)	2,5 (2,1–2,9)	2,7 (2,3–3,1)	4,4 (3,4–5,8)
Itsemurha	2,4 (1,6–3,6)	1,6 (1,3–2,1)	1,7 (1,1–2,7)	ei tietoa

Geneettinen riski

Table 16-1

Risk Ratios and Heritability Estimates for Major Mental Disorders

Disorder	Risk Ratios	Heritability Estimates
Mood disorders		
Bipolar disorder	7-10	0.60-0.70
Major depression	2-3	0.28-0.40
Anxiety		
All	4-6	0.30-0.40
Panic disorder	3-8	0.50-0.60
Schizophrenia	8-10	0.80-0.84
Substance dependence	4-8	0.30-0.50

