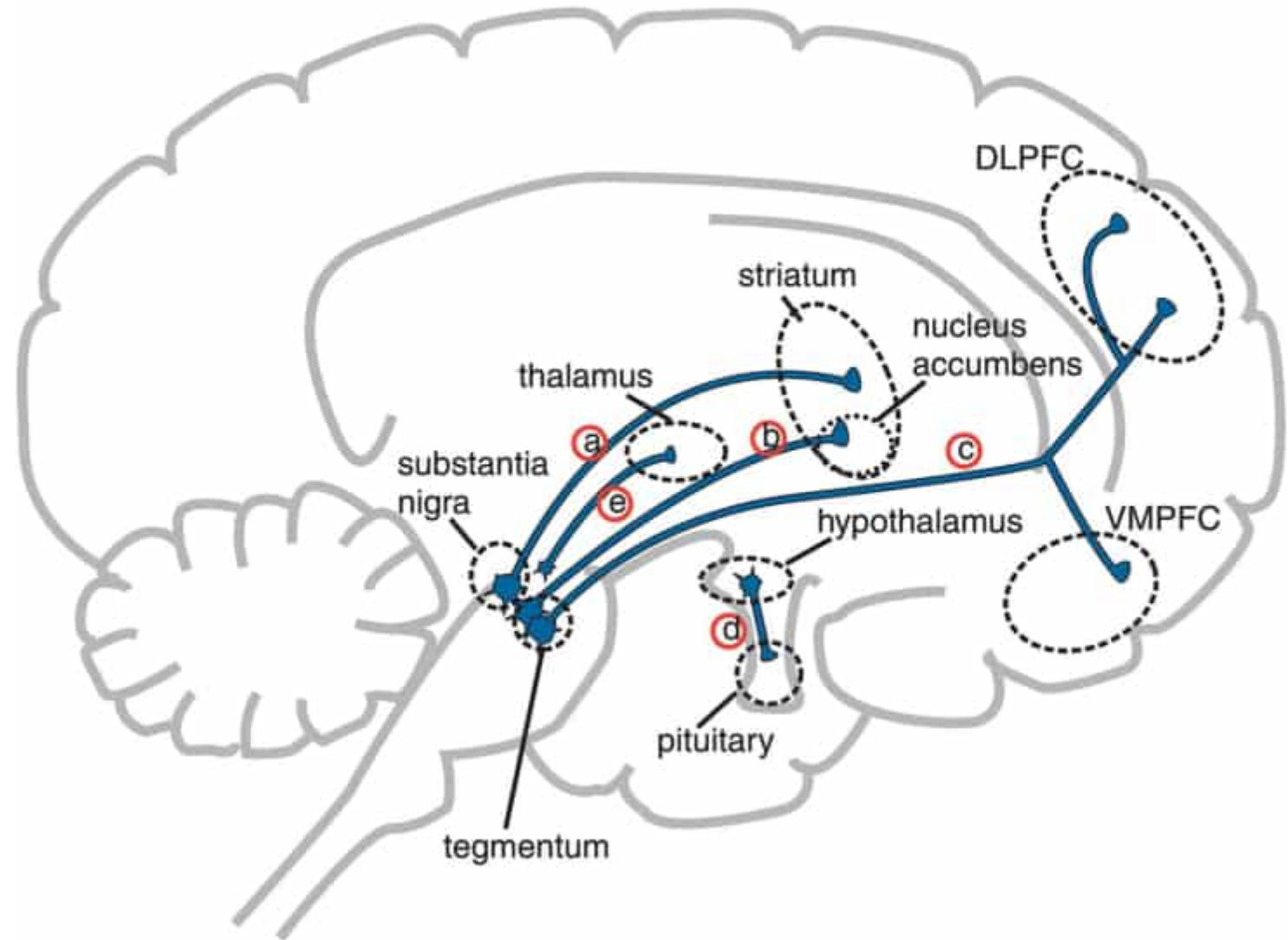


Dopamiiniteoria

Dopamine Pathways and Key Brain Regions



Liikaa dopamiinia

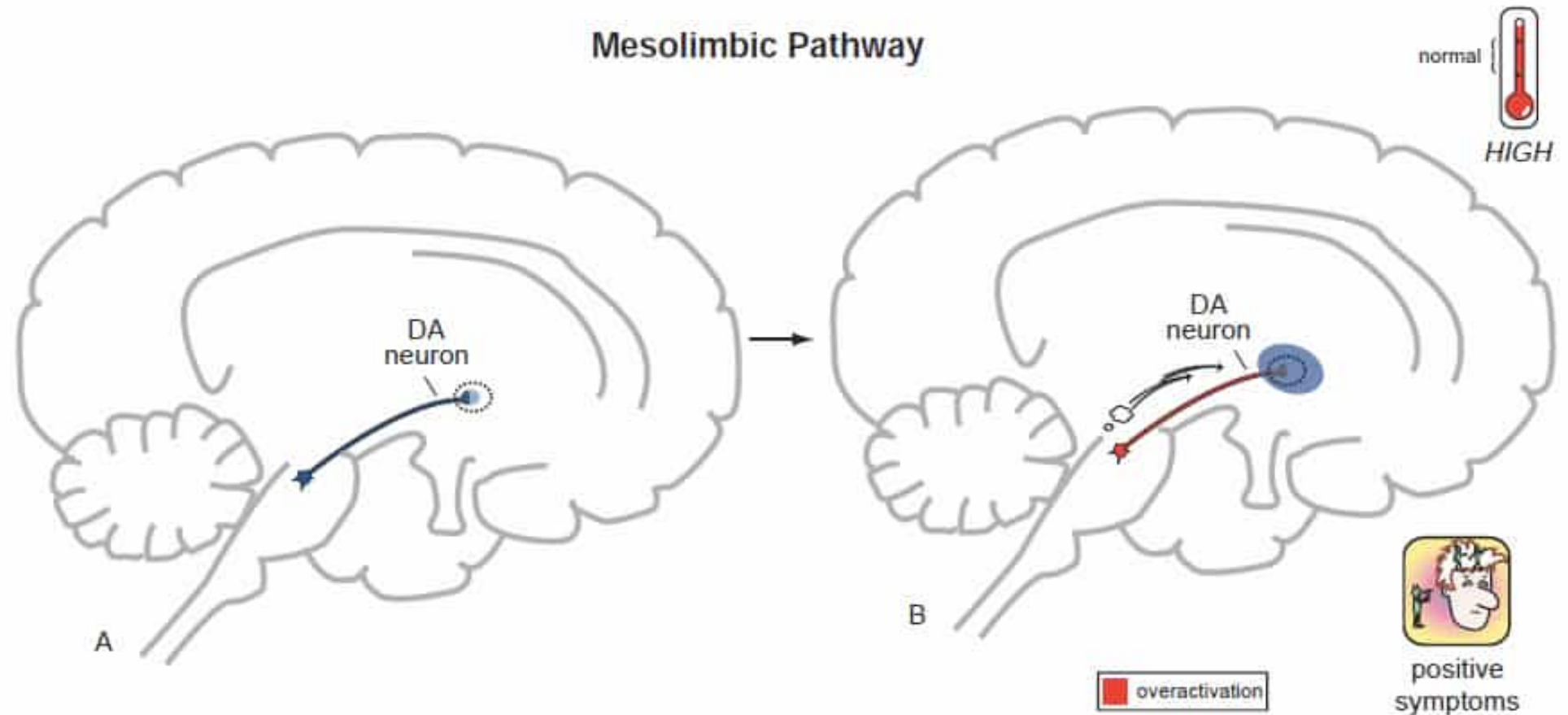
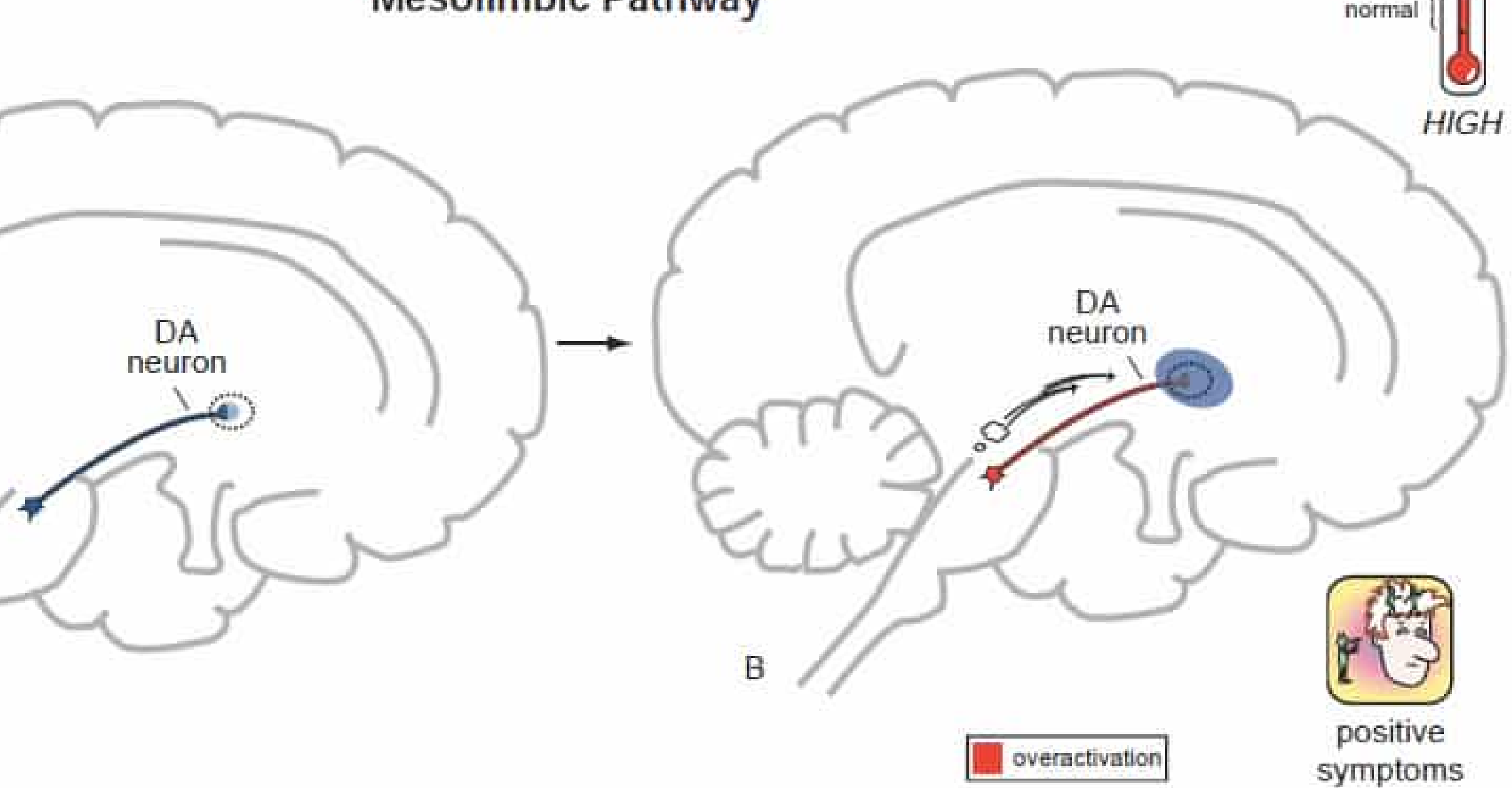


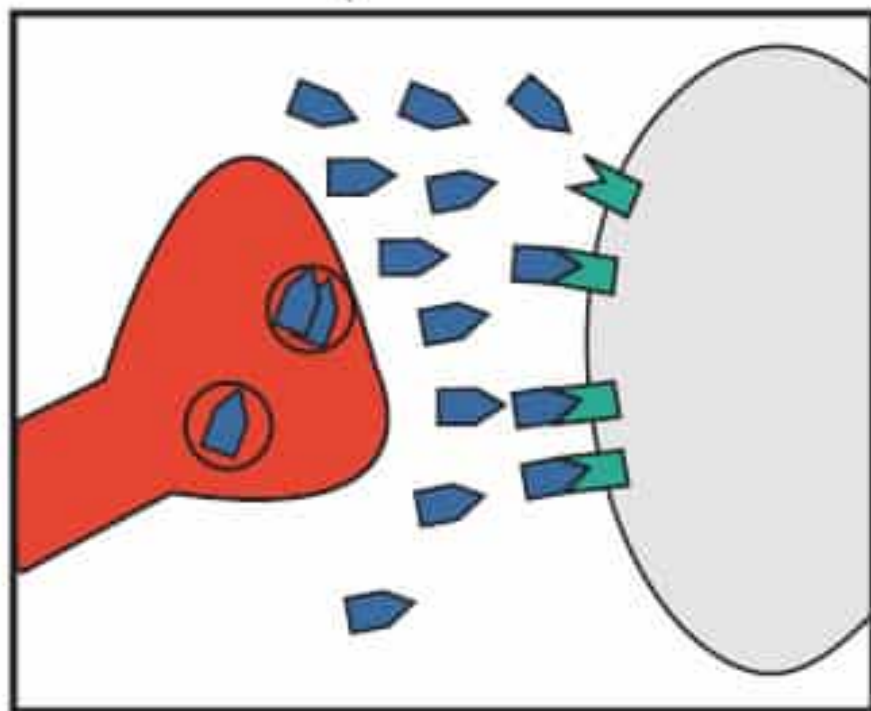
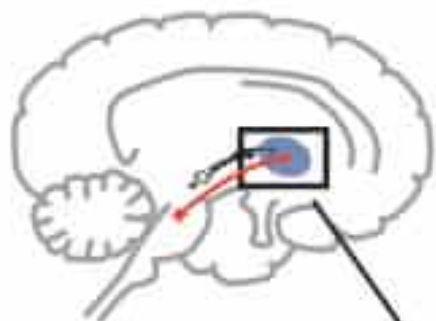
Figure 4-12. Mesolimbic dopamine pathway. The mesolimbic dopamine pathway, which projects from the ventral tegmental area in the brainstem to the nucleus accumbens in the ventral striatum (A), is involved in regulation of emotional behaviors and is believed to be the predominant pathway regulating positive symptoms of psychosis. Specifically, hyperactivity of this pathway is believed to account for delusions and hallucinations (B).

Mesolimbic Pathway



mesolimbic dopamine pathway. The mesolimbic dopamine pathway, which projects from the ventral tegmental area in the midbrain to the accumbens in the ventral striatum (A), is involved in regulation of emotional behaviors and is believed to be the pathway that regulates the positive symptoms of psychosis. Specifically, hyperactivity of this pathway is believed to account for delusions

The Mesolimbic Dopamine Hypothesis of Positive Symptoms of Schizophrenia



mesolimbic overactivity =
positive symptoms of schizophrenia



positive symptoms

Figure 4-13. Mesolimbic dopamine hypothesis. Hyperactivity of dopamine neurons in the mesolimbic dopamine pathway theoretically mediates the positive symptoms of psychosis such as delusions and hallucinations. This pathway is also involved in pleasure, reward, and reinforcing behavior, and many drugs of abuse interact here.

Liian vähän

Mesocortical Pathway to DLPFC

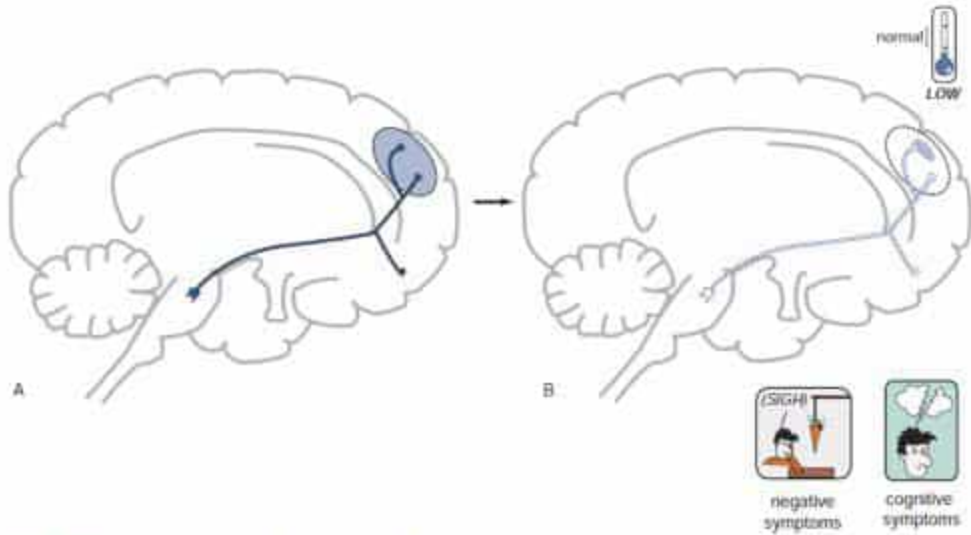


Figure 4-14. Mesocortical pathway to dorsolateral prefrontal cortex. Another major dopaminergic pathway is the mesocortical dopamine pathway, which projects from the ventral tegmental area to the prefrontal cortex (A). Projections specifically to the dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) are believed to be involved in the negative and cognitive symptoms of schizophrenia. In this case, expression of these symptoms is thought to be associated with hypoactivity of this pathway (B).

Mesocortical Pathway to VMPFC

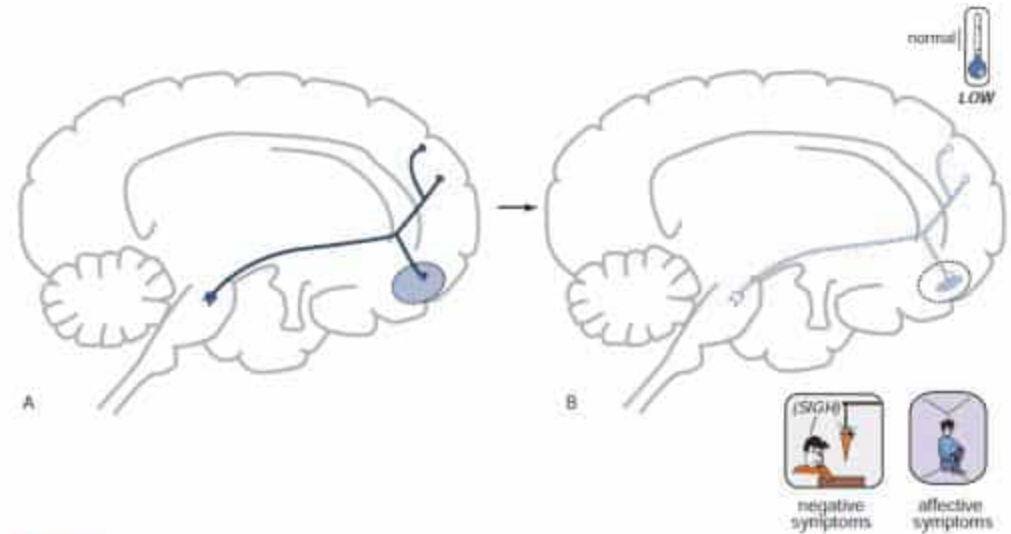


Figure 4-15. Mesocortical pathway to ventromedial prefrontal cortex. Mesocortical dopamine projections specifically to the ventromedial prefrontal cortex (VMPFC) are believed to mediate negative and affective symptoms associated with schizophrenia (A). These symptoms are believed to arise from hypoactivity in this pathway (B).

Mesocortical Pathway to DLPFC

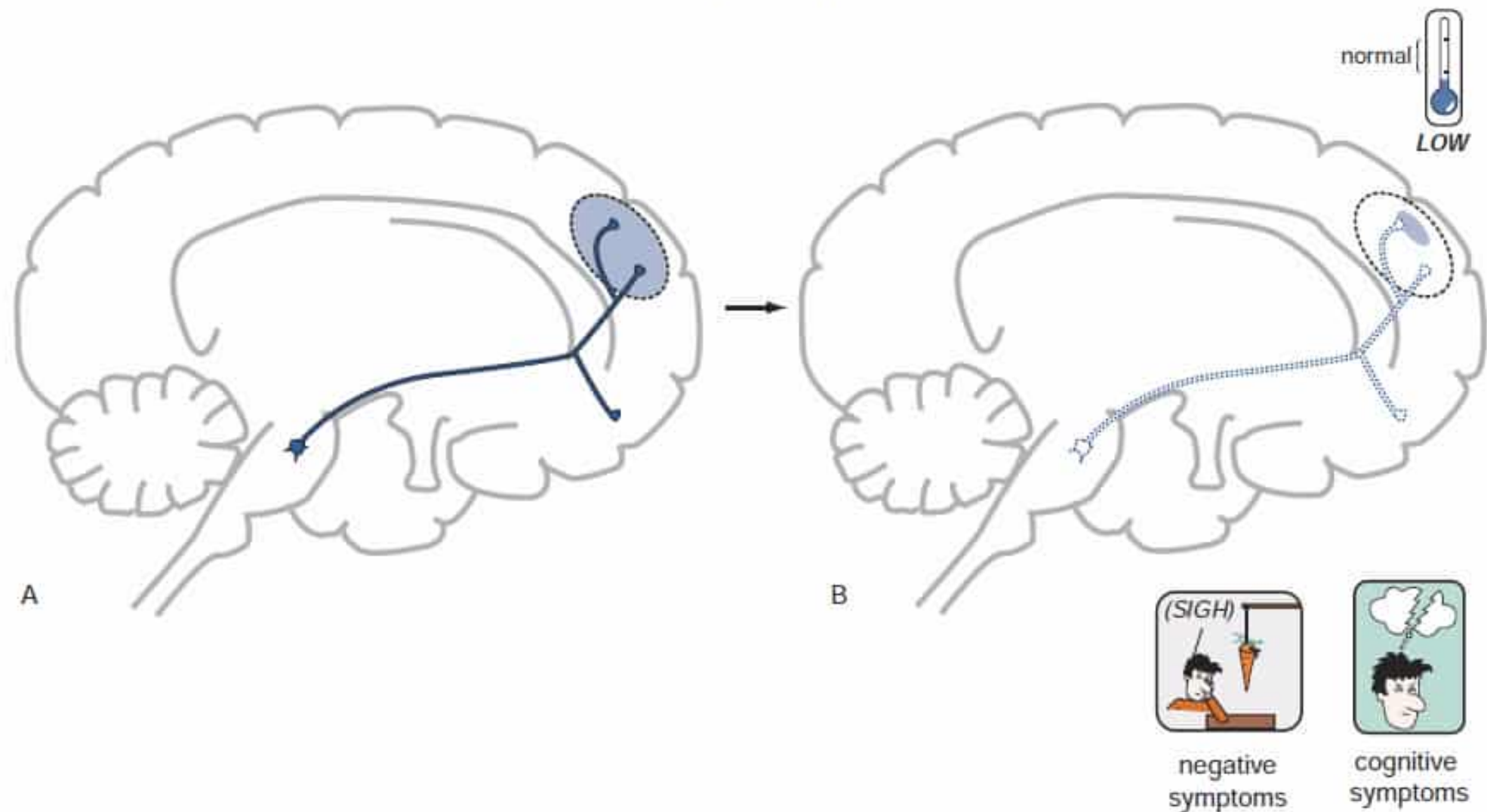


Figure 4-14. Mesocortical pathway to dorsolateral prefrontal cortex. Another major dopaminergic pathway is the mesocortical dopamine pathway, which projects from the ventral tegmental area to the prefrontal cortex (A). Projections specifically to the dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) are believed to be involved in the negative and cognitive symptoms of schizophrenia. In this case, expression of these symptoms is thought to be associated with hypoactivity of this pathway (B).

Mesocortical Pathway to VMPFC

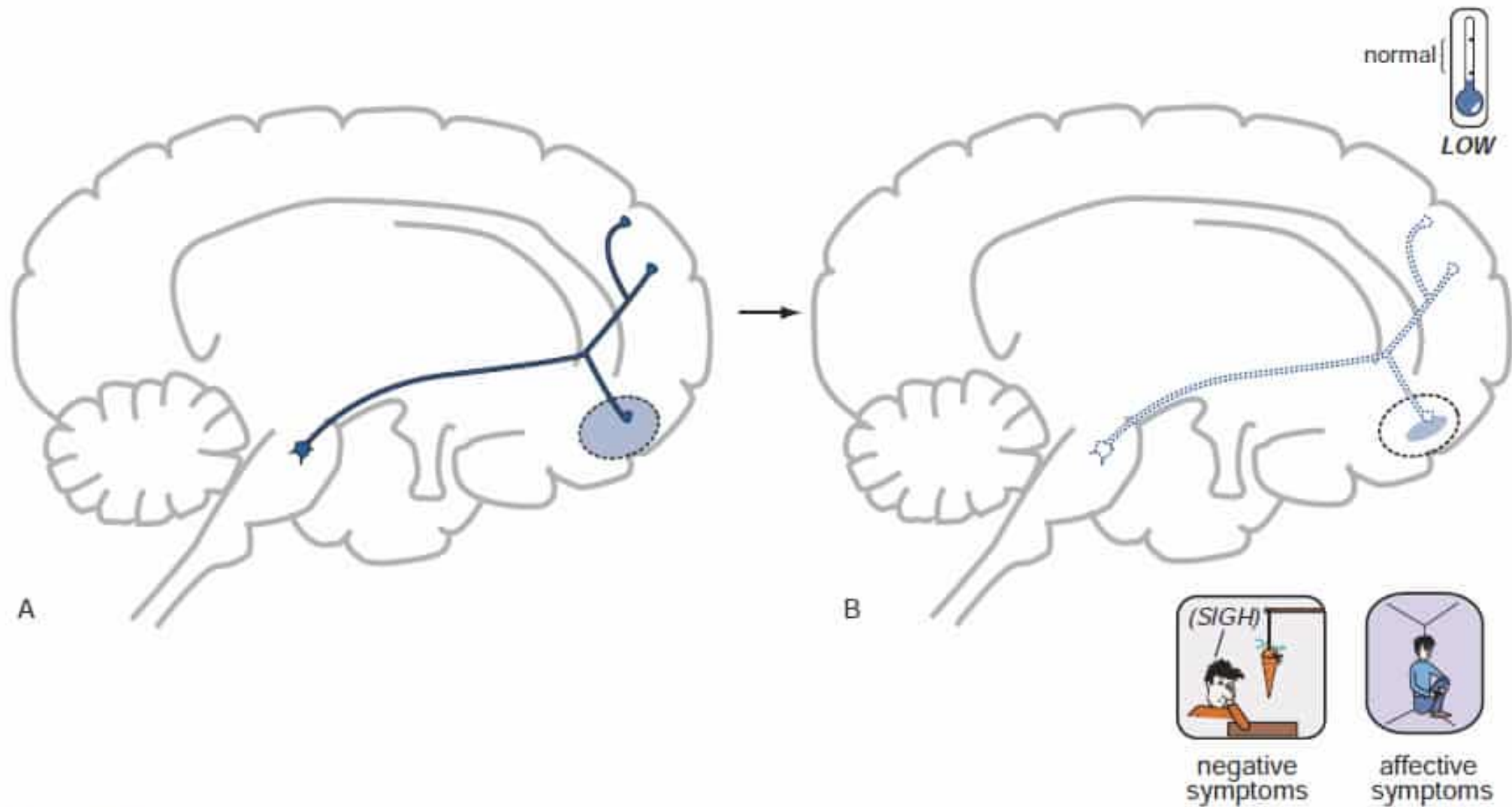


Figure 4-15. Mesocortical pathway to ventromedial prefrontal cortex. Mesocortical dopamine projections specifically to the ventromedial prefrontal cortex (VMPFC) are believed to mediate negative and affective symptoms associated with schizophrenia (A). These symptoms are believed to arise from hypoactivity in this pathway (B).

Sopivasti

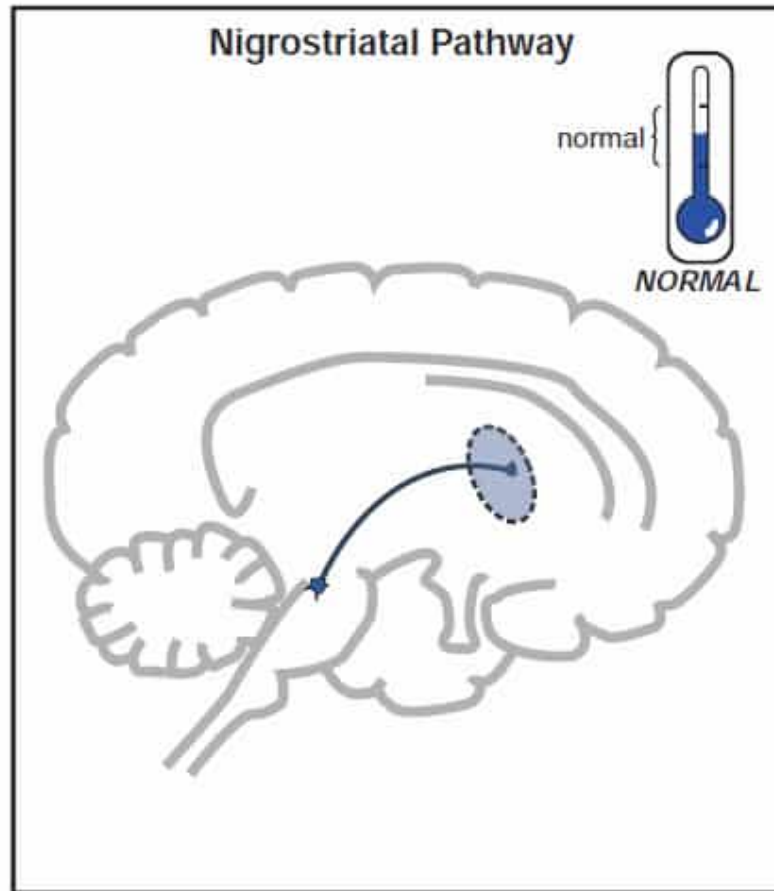


Figure 4-17. Nigrostriatal dopamine pathway. The nigrostriatal dopamine pathway projects from the substantia nigra to the basal ganglia or striatum. It is part of the extrapyramidal nervous system and plays a key role in regulating movements. When dopamine is deficient, it can cause parkinsonism with tremor, rigidity, and akinesia/bradykinesia. When DA is in excess, it can cause hyperkinetic movements such as tics and dyskinesias. In untreated schizophrenia, activation of this pathway is believed to be "normal."

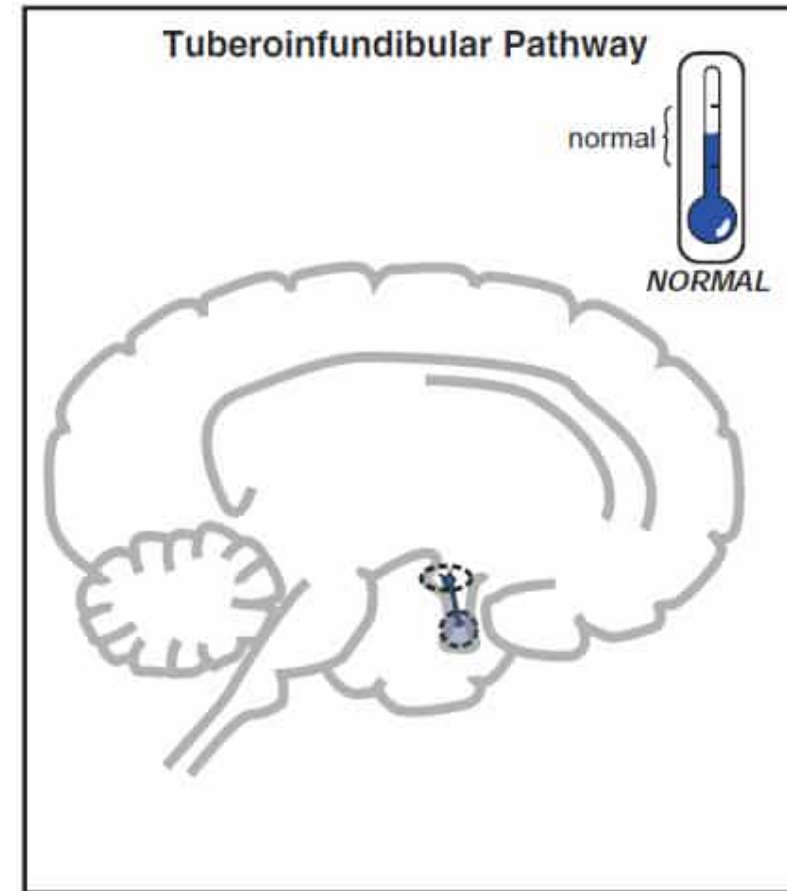
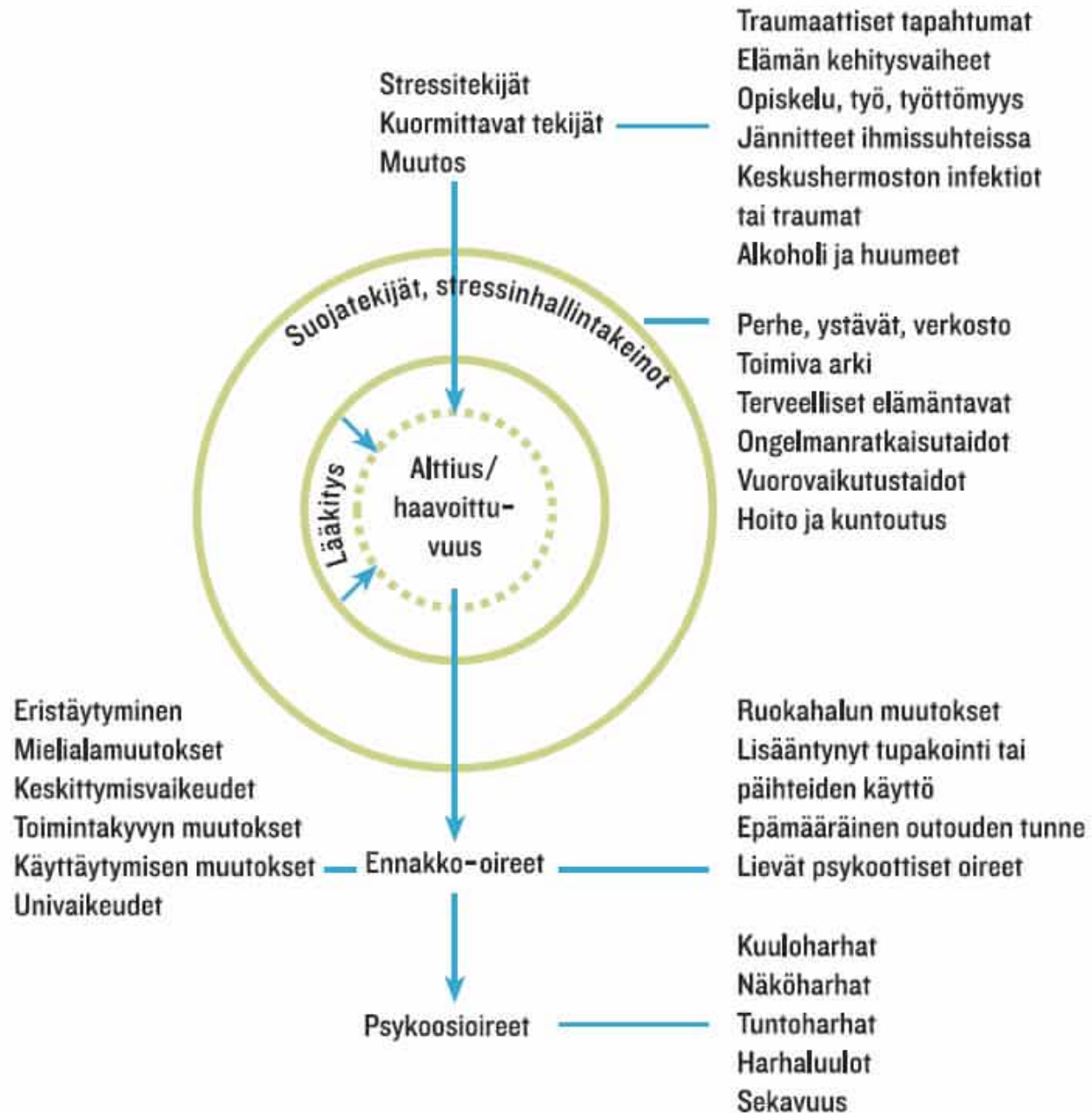


Figure 4-18. Tuberoinfundibular dopamine pathway. The tuberoinfundibular dopamine pathway from the hypothalamus to the anterior pituitary regulates prolactin secretion into the circulation. Dopamine inhibits prolactin secretion. In untreated schizophrenia, activation of this pathway is believed to be "normal."

Yhteenveto

Potilastyöhön soveltuva kaavio haavoittuvuus-stressimallista; kaavion on kehittänyt erikoislääkäri Ari Kauppila Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikasta. Iso ympyrä kuvaa potilasta ja pienempi hänen sisäistä alttiuttaan. Lääkityksen vaikutus voidaan piirtää alttiusympyrään sisennetyllä katkoviivaympyrällä, mikä kuvaa lääkityksen alttiutta pienentävää vaikutusta (Ari Kauppila, henkilökohtainen tiedonanto).



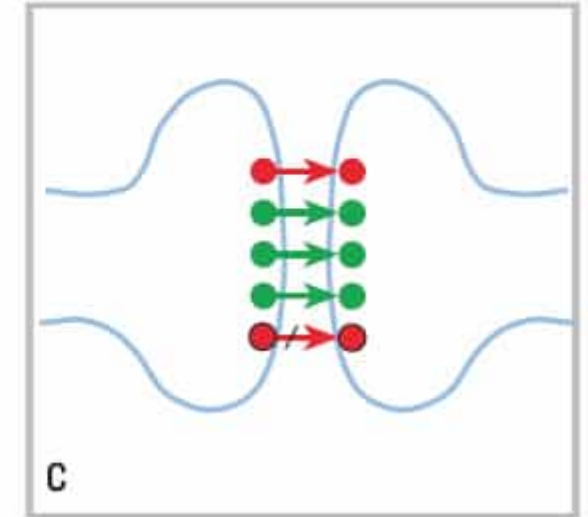
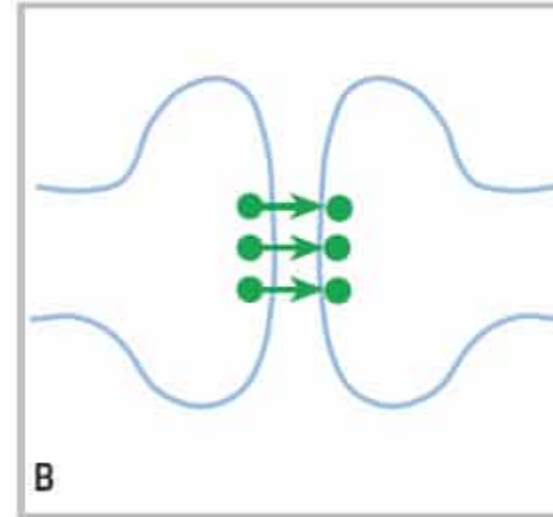
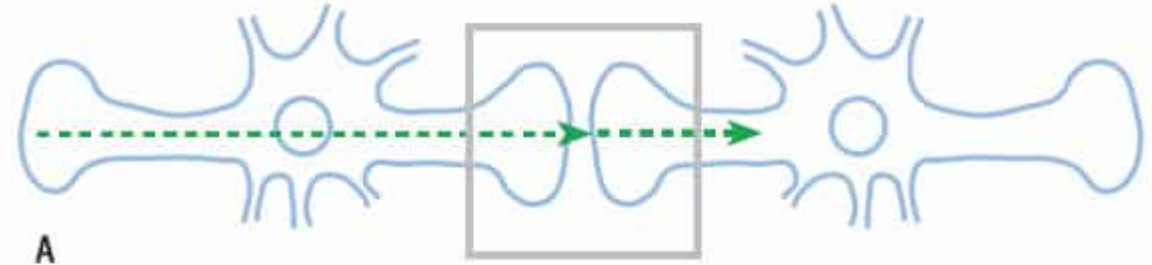
Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle

Suomen Lääkärilehti 41/2006 vsk 61 Tuula T. de Bruijn

A. Aivojen hermosoluja, joissa mikä tahansa aistimus kulkee sähköisenä impulssina eteenpäin (katkoviiva). Hermosolun pääte-elimessä, synapsissa, etenevä viesti muuttuu kemialliseksi välittäjäaineeksi, jotta viesti pääsee jatkamaan kulkuaan seuraavaan hermosoluun.

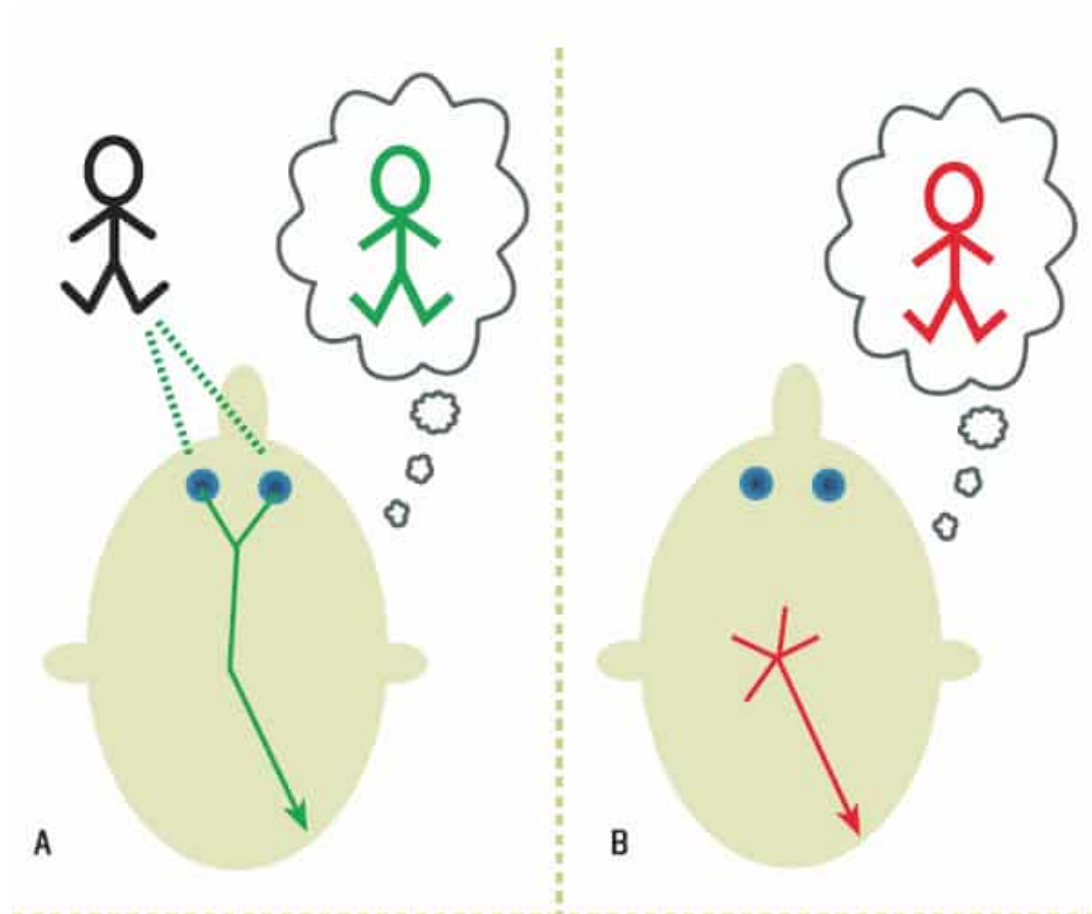
B. Suurennos hermosolun synapseista, joissa reseptoreita (pallot) ja niistä normaaliaistimuksessa vapautuvaa ja toiselle puolelle sitoutuvaa välittäjäainetta dopamiinia (nuolet).

C. Suurennos hermosolun synapseista, joissa normaalitoiminnan lisäksi reseptoreita, jotka välittävät liikaa dopamiinia (punaiset pallot ja nuolet), kuten psykoosissa tapahtuu. Alimpiin reseptoreihin kuvattu psykoosilääkkeen sitoutuminen, mikä estää dopamiinin liiallisen välittymisen (katkaiseva viiva). Psykoosilääkkeellä potilaan liiallinen dopamiinin välitys rajoitetaan, aivojen välittäjäainetoiminta normalisoidaan, jolloin normaaliaistimusten kulku aivoissa on edelleen mahdollista normaaliin tapaan.

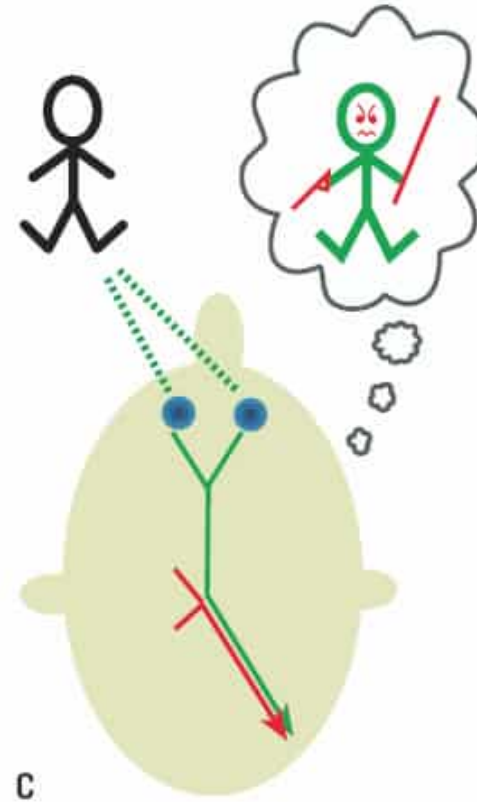


A. Normaali näköaistimus. Silmät vastaanottavat ulkoisen ärsyksen, näköhavainnon hahmosta, ja viesti etenee aivoissa hermosolusta toiseen aina näkökuorikentälle takaraivoille saakka, jossa syntyy todellinen näköaistimus, näköhavainto hahmosta. Dopamiinin välitys tapahtuu tässä kuten kuviossa 2B on esitetty.

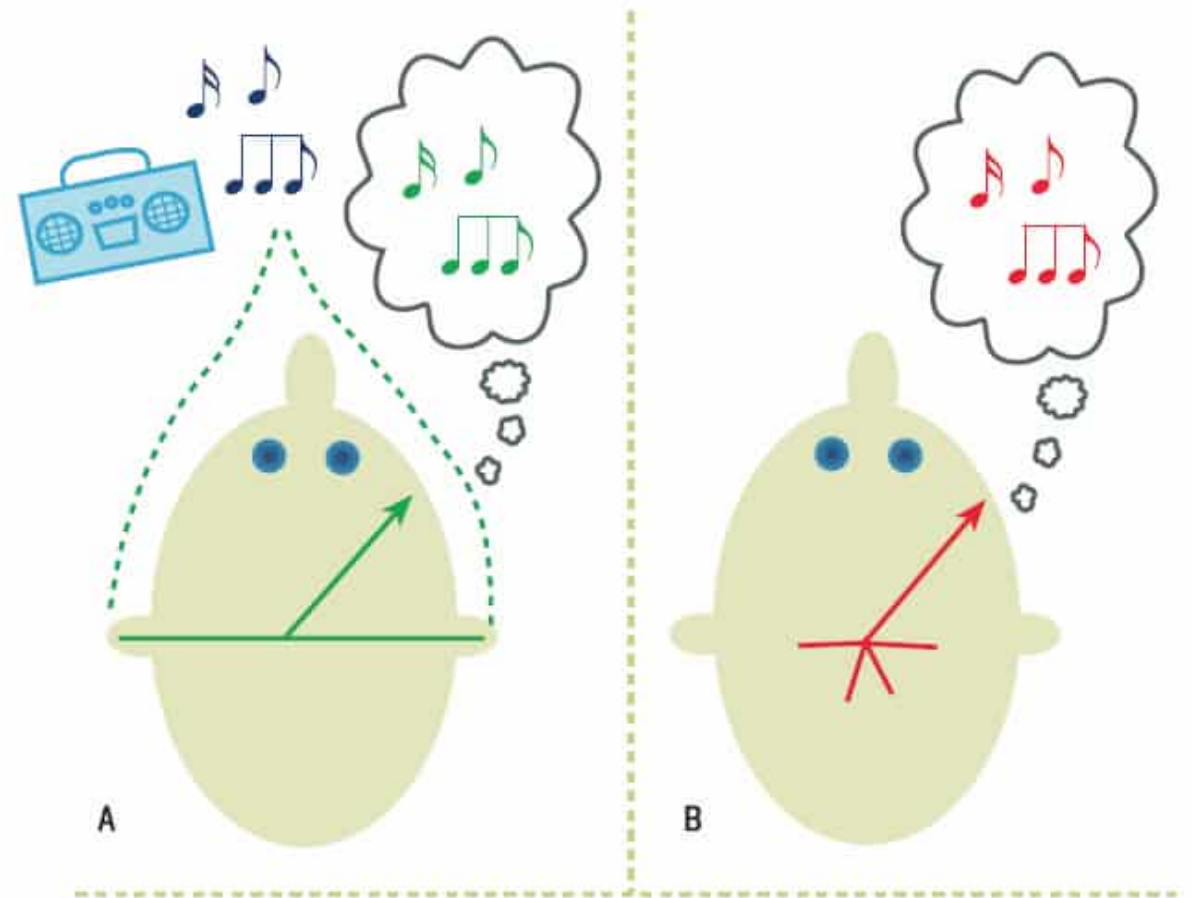
B. Näköharha. Ulkoista ärsykettä ei ole. Aivoissa itsestään aktivoituvat fokukset tuottavat ylimääräistä dopamiinia, kuten kuviossa 2C on esitetty, ja tämän seurauksena väärää informaatiota lähtee etenemään aivoissa päätyen näkökuorikentälle, jolloin potilaalle syntyy virheellinen näköaistimus, harha.



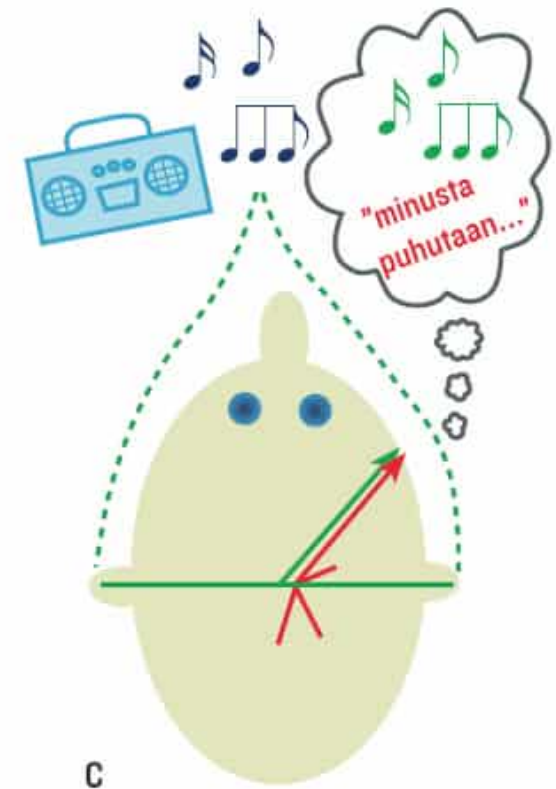
C. Näköharha voi olla myös vääristynyt näköhavainto, johon liittyy harhaluuloisia ajatuksia. Kuvan potilas tekee todellisen näköhavainnon hahmosta, mutta itsestään aktivoituvista fokuksista johtuen havaintoon liittyy sekoittuvaa muistiainesta ja näköhavainto vääristyy. Potilas näkee todellisuudessa neutraalin hahmon vihaisena, uhkaavana ja aseistettuna.



- A. Normaali kuuloaistimus. Korvat ottavat vastaan ulkoisen ärsyksen, äänen. Viesti etenee aivoissa ohimolohkoon kuulokuorikentälle, jossa syntyy kuuloaistimus.
- B. Kuuloharha. Ulkoista äänilähdettä ei ole. Aivot aktivoituvat itsestään, aivojen puheentuottamiskeskus on siinä mukana ja potilaalle syntyy väärään informaatioon perustuva aistimus, kuuloharha.



C. Kuuloaistimukseen liittyvä harhaluuloinen ajatus. Potilas kuulee esimerkiksi radiosta todellisen äänen, puhetta. Kuuloaistimukseen liittyy itsestään aktivoituvien fokusten ylimääräisestä dopamiinin välityksestä johtuvaa sekoittuvaa muistiainesta, jonka seurauksesta potilas liittää kuulohavainnon virheellisesti itseensä.



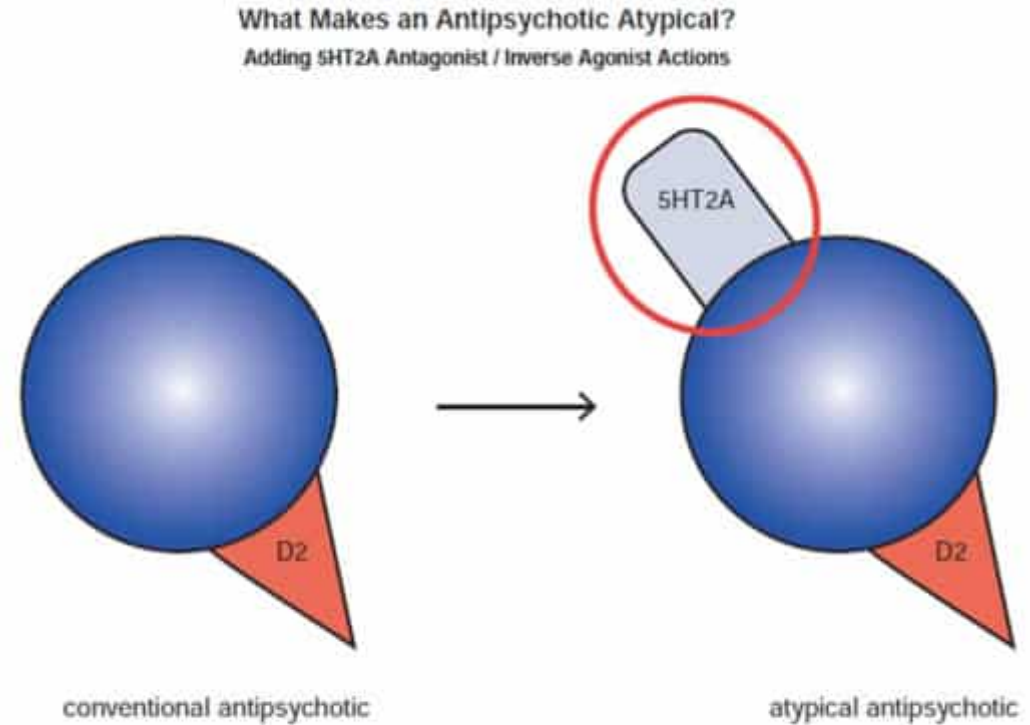
C

Psykoosin biologiset hoidot

- Psykoosilääkitys on olennainen osa skitsofrenian hoitoa.
- Lääkityksen aloittamisesta ja sen muutoksista päättää lääkäri, mieluiten psykiatrian, oikeuspsykiatrian tai nuorisopsykiatrian erikoislääkäri. Päätös tulee pyrkiä tekemään yhteistyössä potilaan ja hänen lähipiirinsä kanssa.
- Psykoosilääkkeiden teho positiivisten oireiden hoidossa ja uusien psykoosivaiheiden estossa on kontrolloiduissa tutkimusasetelmissä osoitettu vakuuttavasti. Niiden teho negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin on vähäisempi [157](#), [158](#).
- Suomessa käytössä olevat psykoosilääkkeet ovat tutkimusten mukaan tehokkaita skitsofrenian akuutissa vaiheessa ja pitkäaikaishoidossa. Lääkityksen valinnassa tulee ottaa huomioon potilaan muu lääkitys ja yksilöllinen herkkyys haittavaikutuksille [159](#), [160](#).
- Haittavaikutusten vähentämiseksi skitsofrenian lääkehoidossa tulisi tehokkaan oirelievityksen lisäksi pyrkiä pienimpään tehokkaaseen vuorokausiannokseen [161](#).

Lääkehoito

- Kaikkien psykoosin hoidon lääkkeiden harhoja lievittävä teho perustuu dopamiinireseptorin salpaamiseen



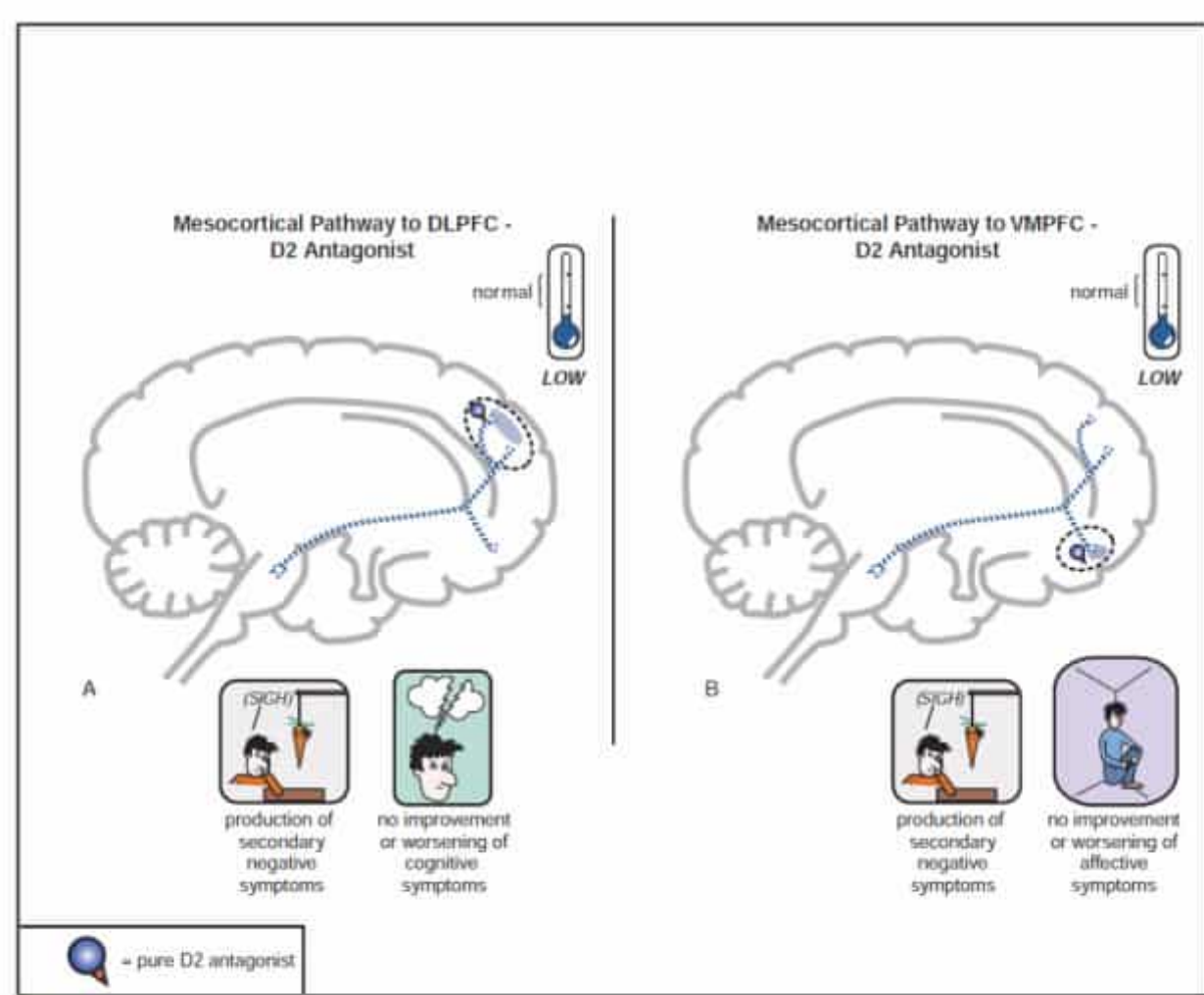
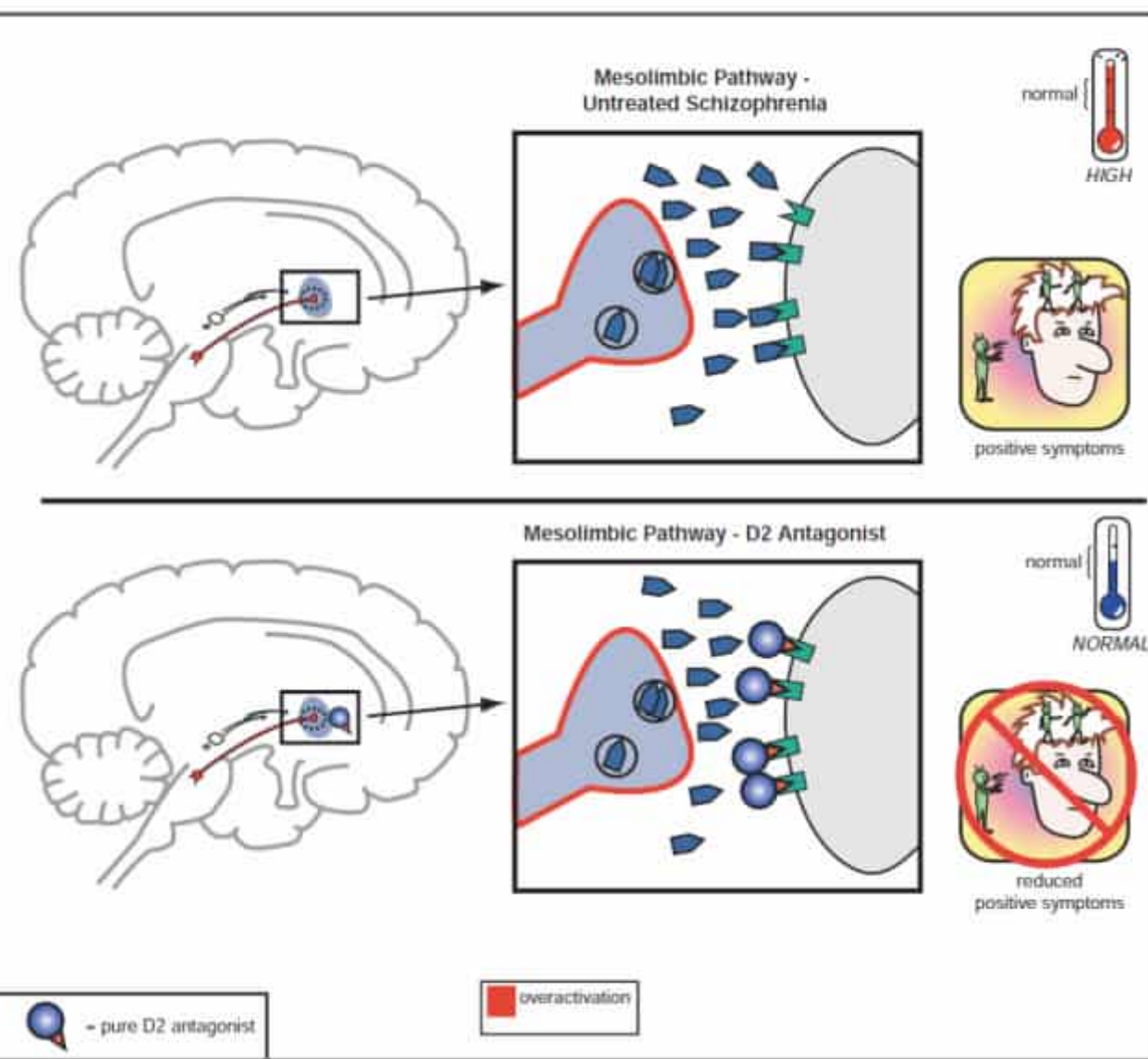


Figure 5-5. Mesocortical dopamine pathway and D₂ antagonists. In untreated schizophrenia, the mesocortical dopamine pathways to dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) and to ventromedial prefrontal cortex (VMPFC) are hypothesized to be hypoactive, indicated here by the dotted outlines of the pathway. This hypoactivity is related to cognitive symptoms (in the DLPFC, negative symptoms (in the DLPFC and VMPFC), and affective symptoms of schizophrenia (in the VMPFC). Administration of a D₂ antagonist could further reduce activity in this pathway and thus not only not improve such symptoms but actually potentially worsen them.

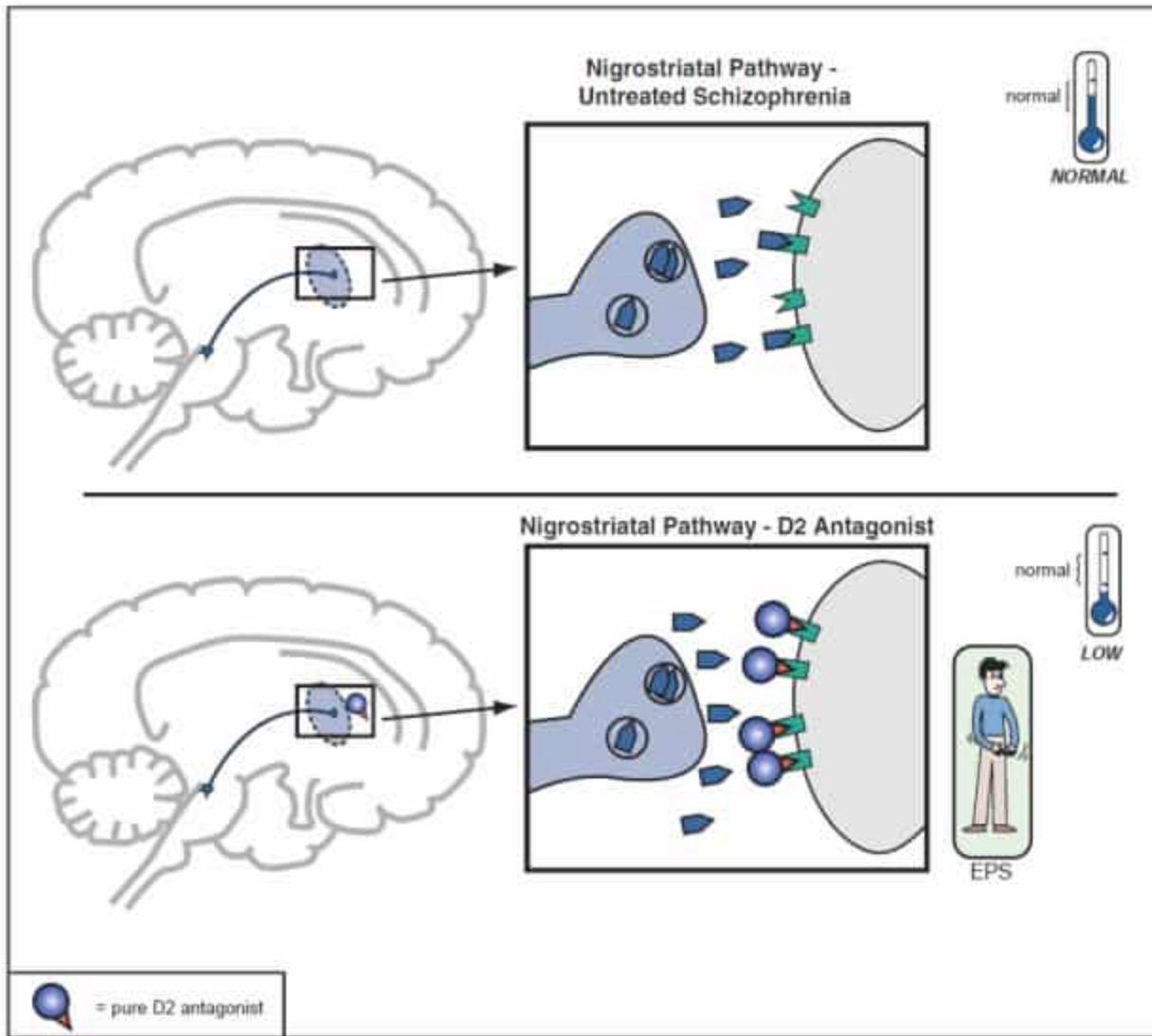


Figure 5-6. Nigrostriatal dopamine pathway and D₂ antagonists. The nigrostriatal dopamine pathway is theoretically unaffected in untreated schizophrenia. However, blockade of D₂ receptors, as with a conventional antipsychotic, prevents dopamine from binding there and can cause motor side effects that are often collectively termed extrapyramidal symptoms (EPS).

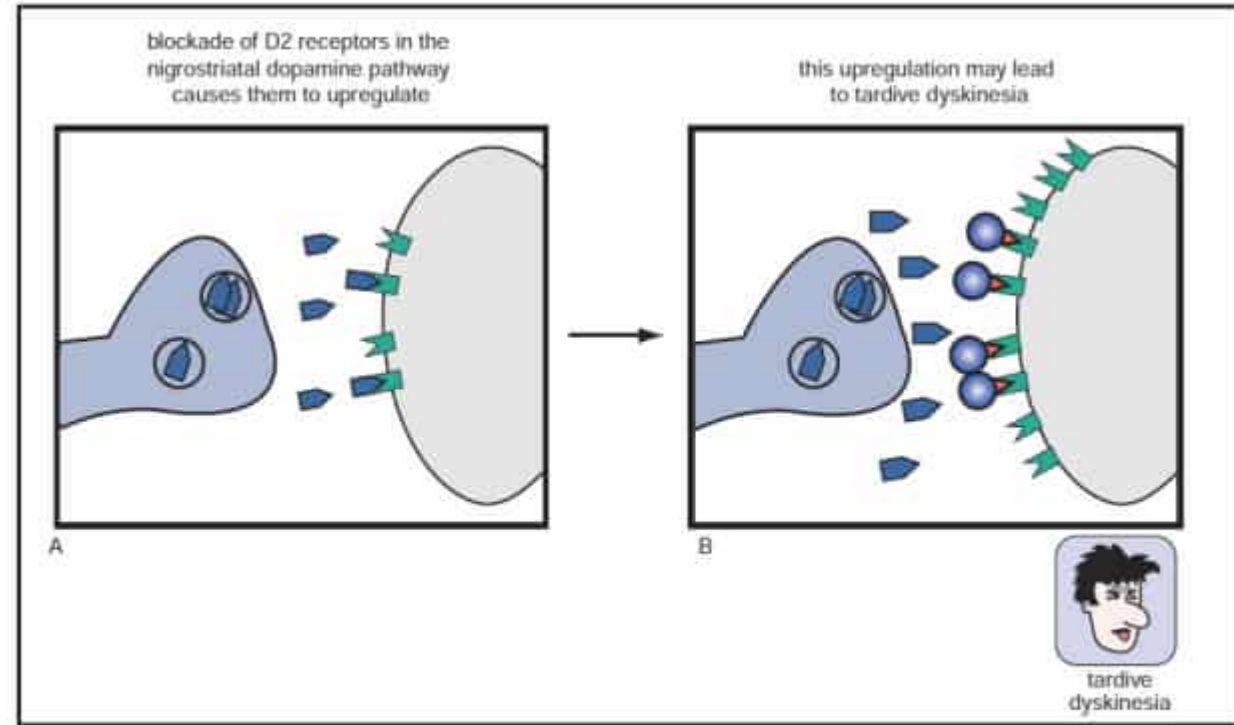


Figure 5-7. Tardive dyskinesia. Long-term blockade of D₂ receptors in the nigrostriatal dopamine pathway can cause upregulation of those receptors, which may lead to a hyperkinetic motor condition known as tardive dyskinesia, characterized by facial and tongue movements (e.g., tongue protrusions, facial grimaces, chewing) as well as quick, jerky limb movements. This upregulation may be the consequence of the neuron's futile attempt to overcome drug-induced blockade of its dopamine receptors.

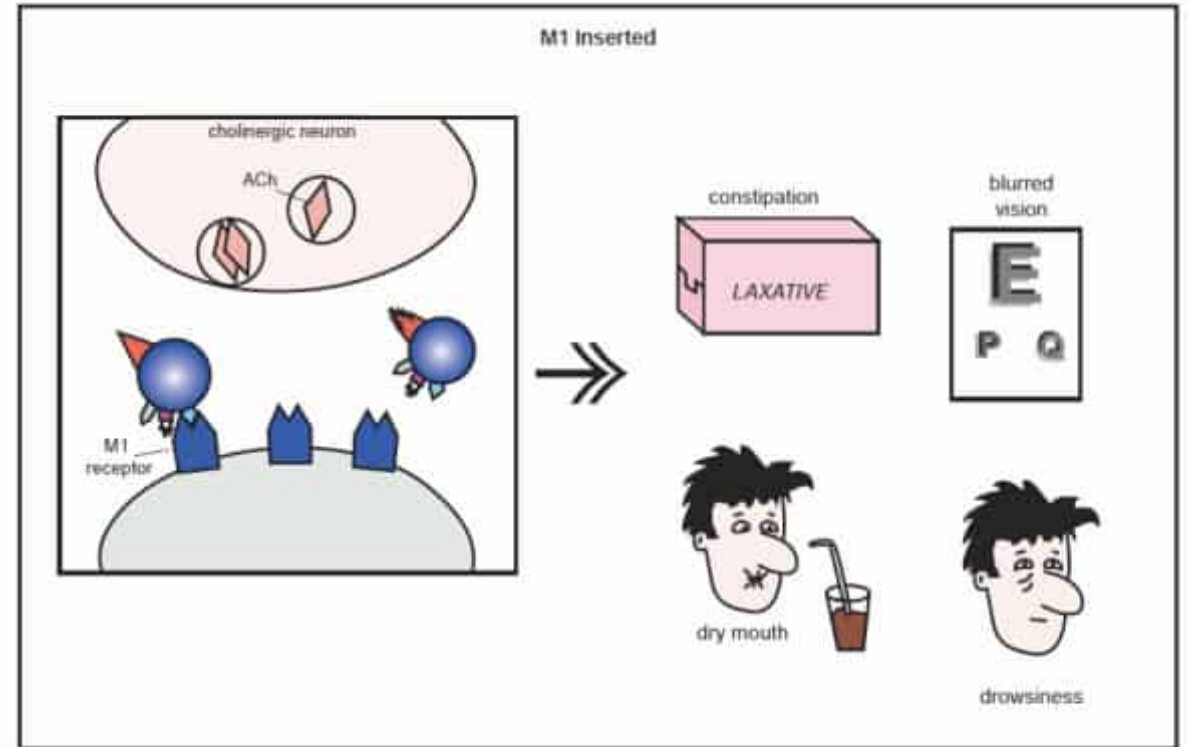
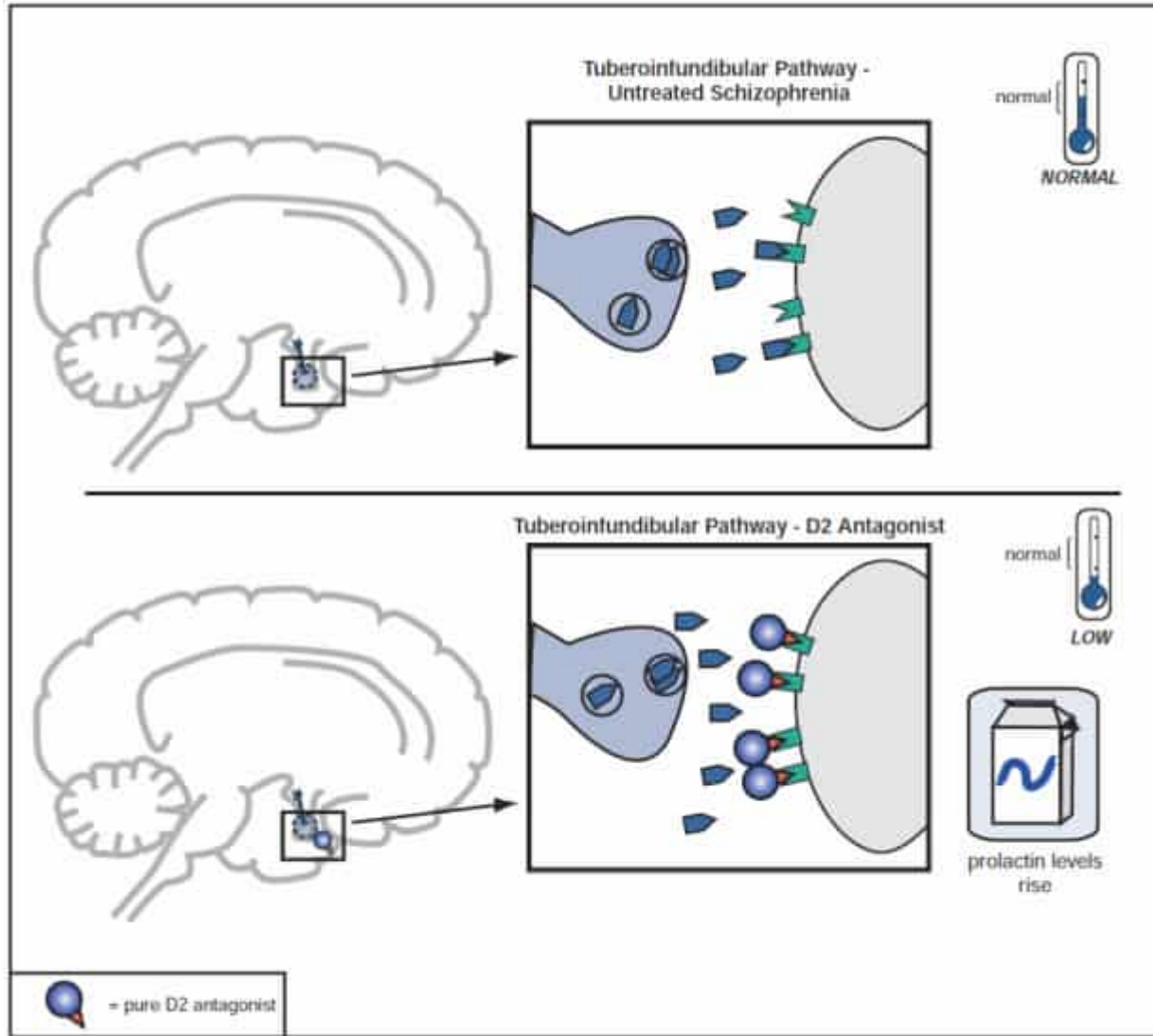
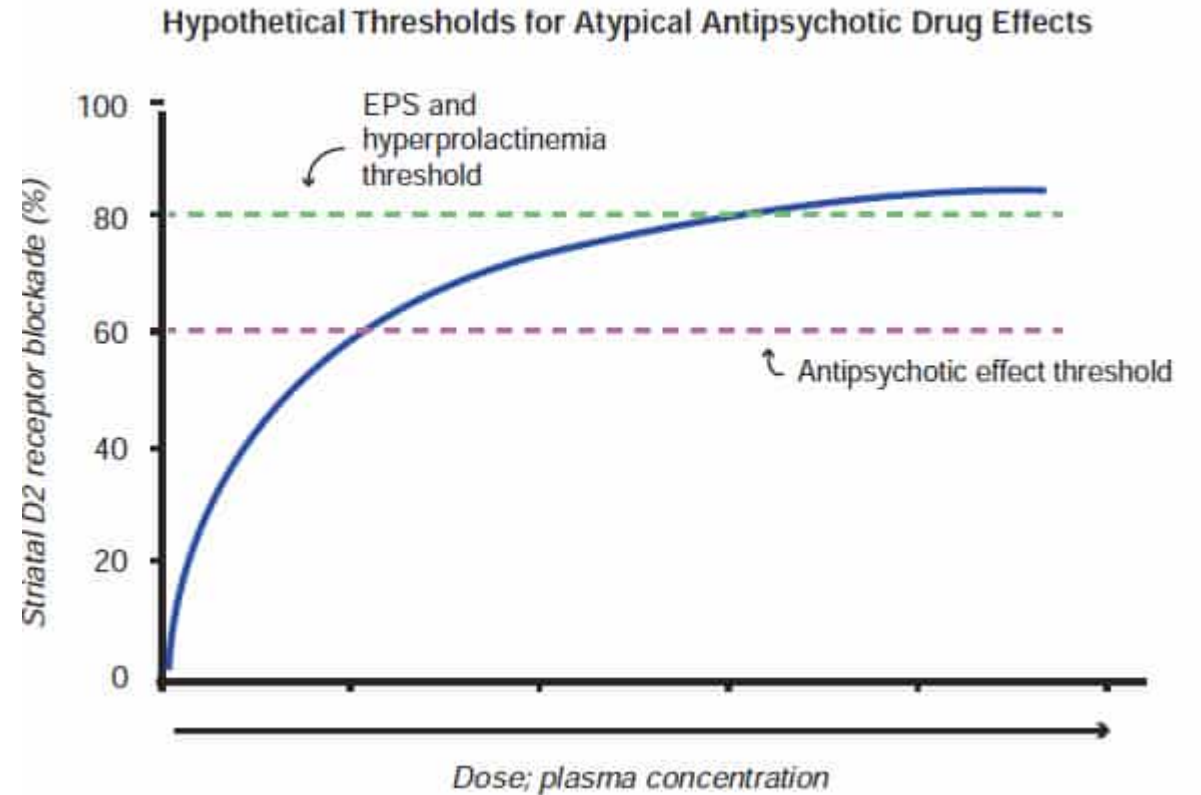


Figure 5-10. Side effects of muscarinic cholinergic receptor blockade. In this diagram, the icon of a conventional antipsychotic drug is shown with its M₁ anticholinergic/antimuscarinic portion inserted into acetylcholine receptors, causing the side effects of constipation, blurred vision, dry mouth, and drowsiness.

Lääkityksen valinta

- Riittävä teho
- Ei haittoja tai siedettävät haitat



Psykoosilääkkeet

Perinteiset psykoosilääkkeet

Fentiatsiinit

- + Klooripromatsiini
- + Levomepromatsiini
- + Diksyratsiini
- + Flufenatsiini
- + Perfenatsiini
- + Trifluoperatsiini
- + Proklooriperatsiini
- + Perisiatsiini
- + Pipotiatsiini

- + Haloperidoli
- + Melperoni
- + Flupentiksoli
- + Klooriprotikseeni
- + Tsuklopentiksoli
- + Sulpiridi
- + Amisulpridi
- + Tiapridi
- + Pimotsidi
- + Promatsiini
- + Tioridatsiini

Uudemmat (epätyypilliset) psykoosilääkkeet

- + Sertindoli
- + Tsiprasidoni
- + Lurasidoni
- + Loksapiini
- + Klotsapiini
- + Olantsapiini
- + Ketiapiini
- + Asenapiini
- + Risperidoni
- + Aripipratsoli
- + Paliperidoni

Tehovertailu

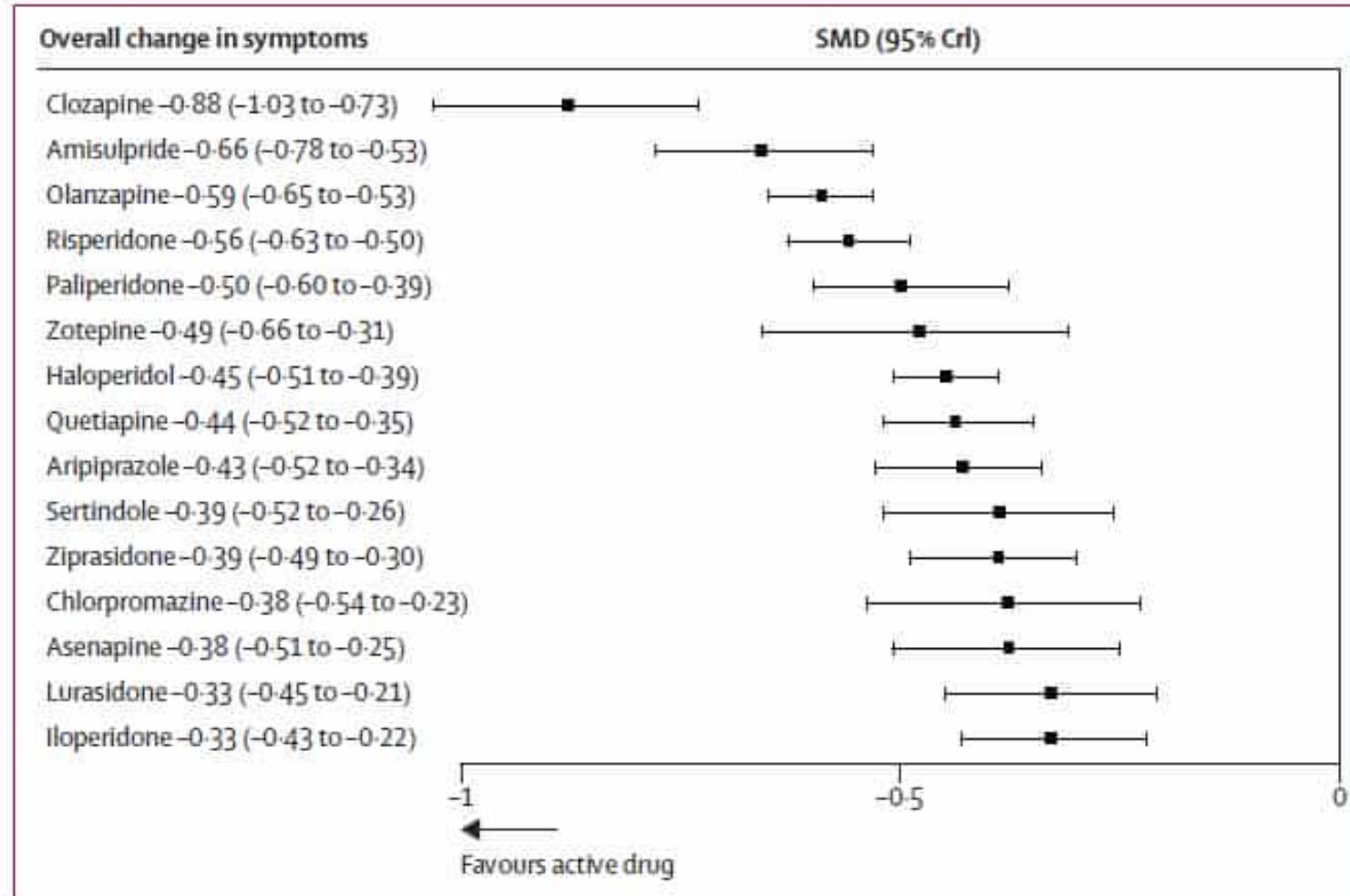


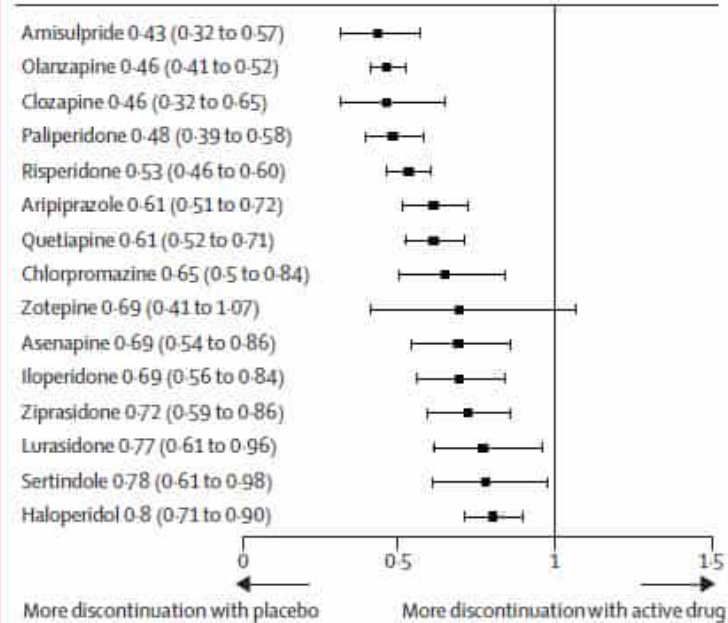
Figure 3: Forest plot for efficacy of antipsychotics drugs compared with placebo

Treatments are ranked according to their surface under the cumulative ranking (SUCRA) values (appendix p 98).

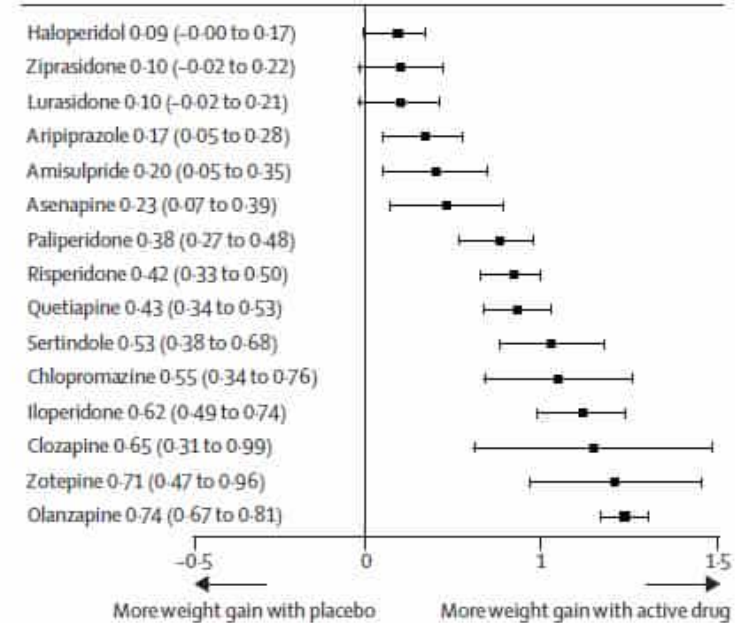
SMD=standardised mean difference. CrI=credible interval.

Haitta-vertailu

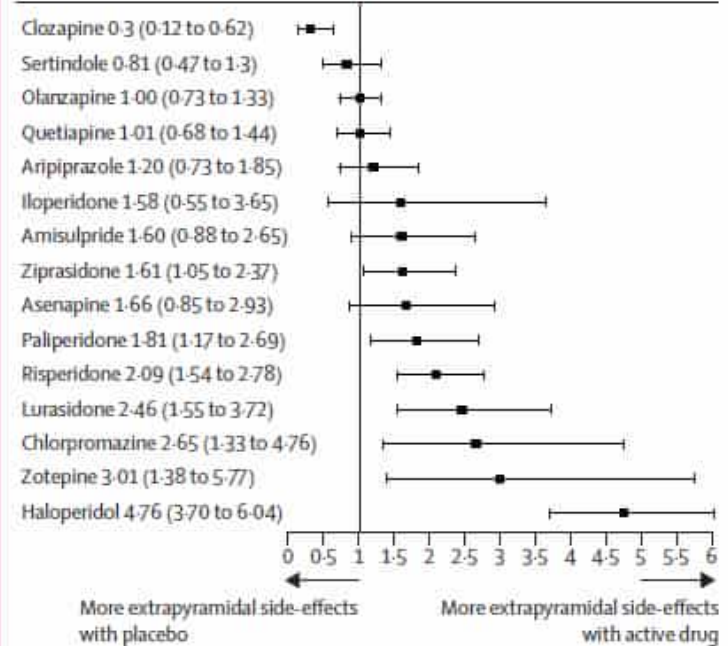
A All-cause discontinuation OR (95% CrI)



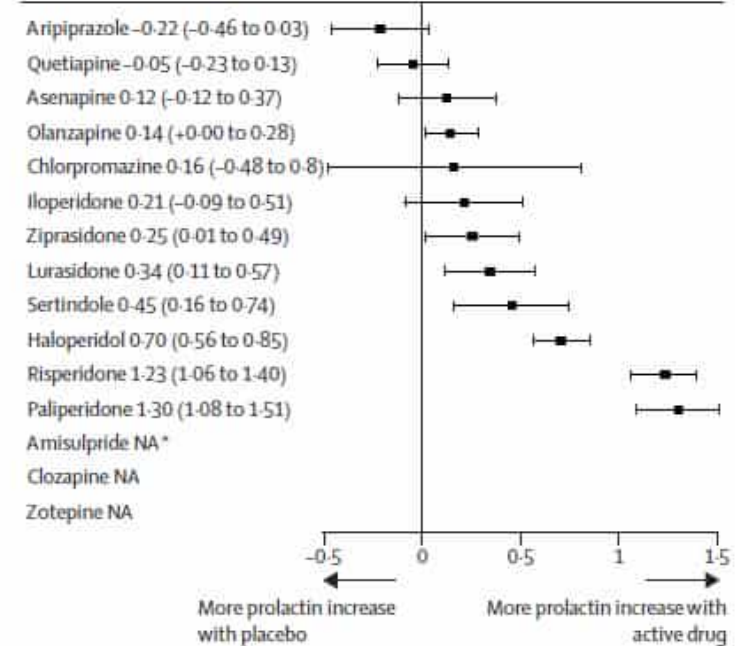
B Weight gain SMD (95% CrI)



C Extrapyramidal side-effects OR (95% CrI)

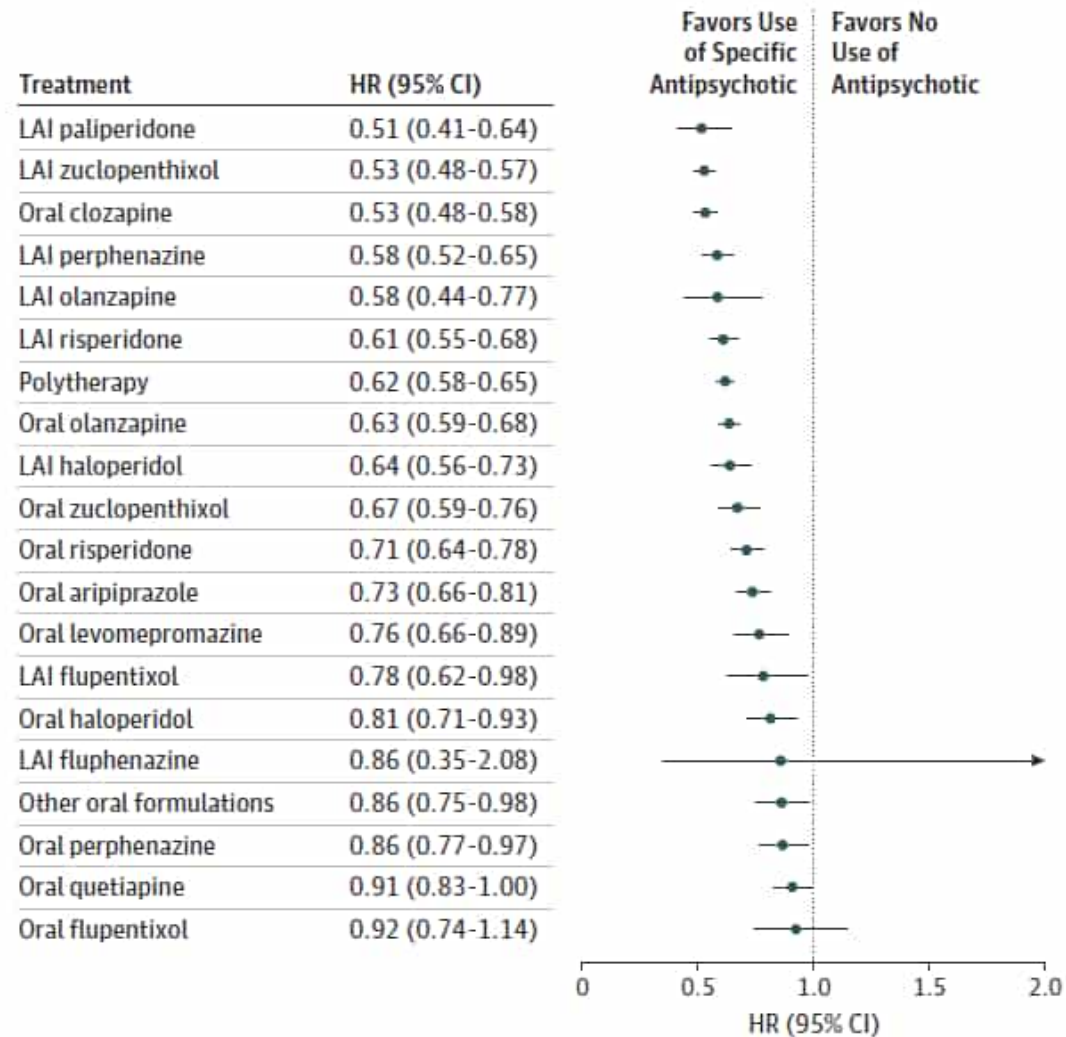


D Prolactin increase SMD (95% CrI)



Lääkevalinta

Figure 2. Adjusted Hazard Ratios (HRs) and 95% CIs for Psychiatric Rehospitalization During Monotherapy Compared With No Use of Antipsychotic in Within-Individual Analyses in the Prevalent Population

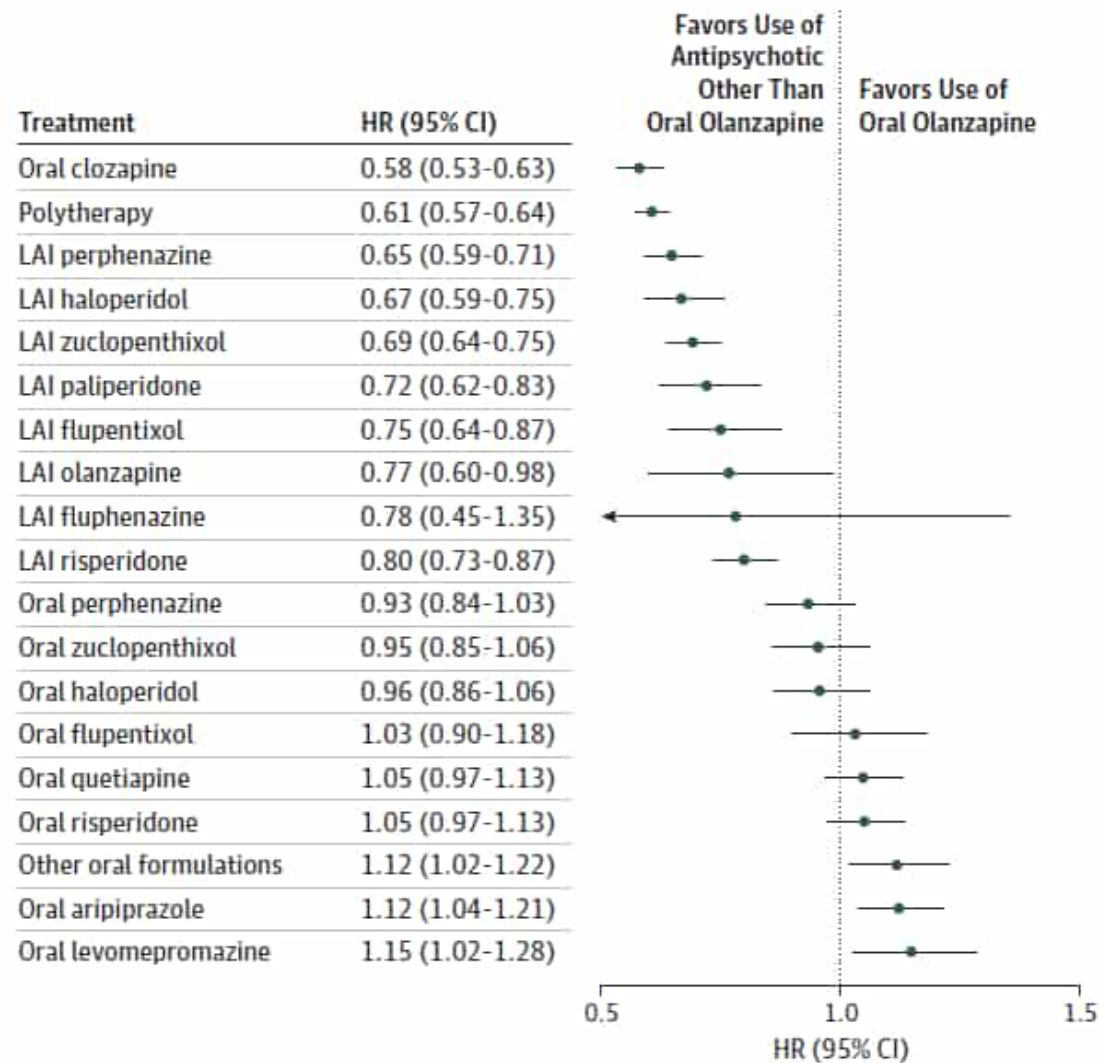


JAMA Psychiatry | Original Investigation

Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia

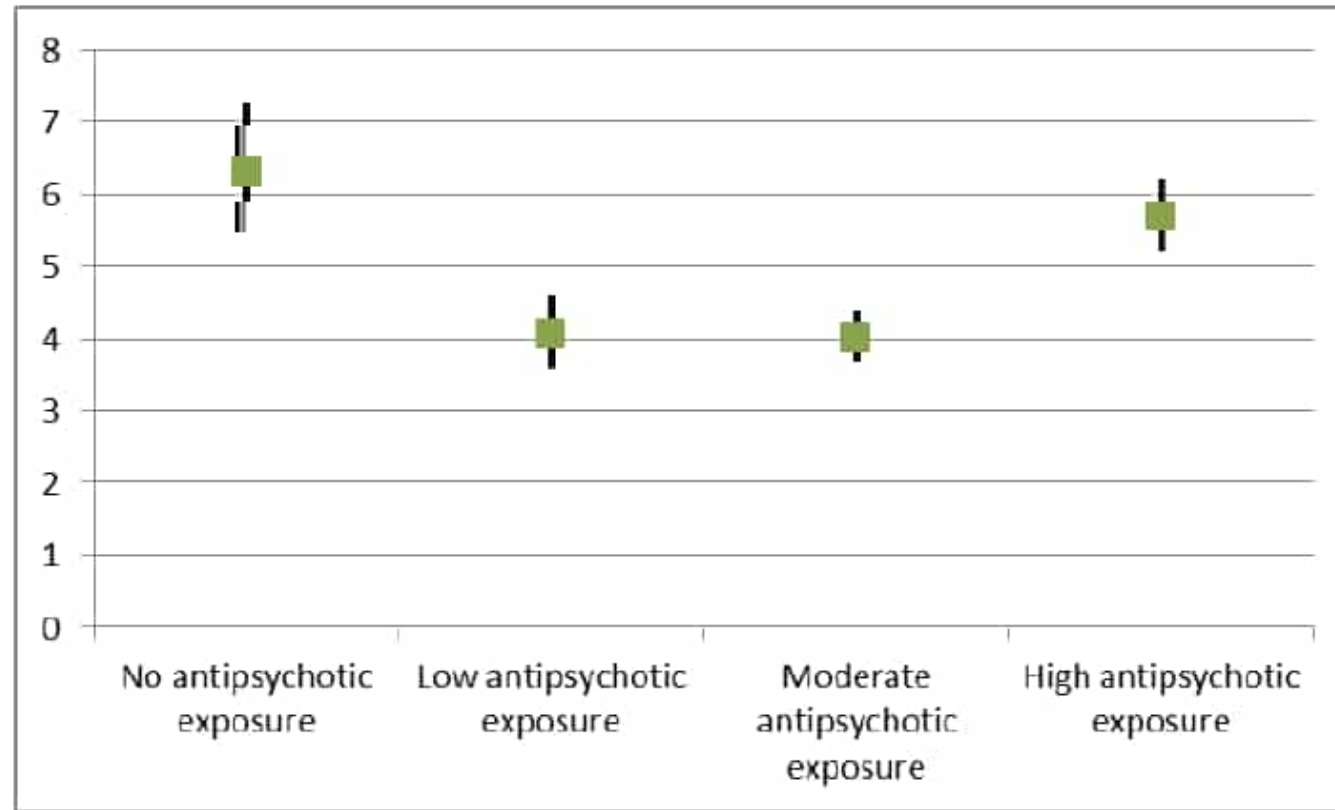
Jari Tiihonen, MD, PhD; Ellenor Mittendorf-Rutz, PhD; Maila Majak, MSc; Juha Mehtälä, PhD; Fabian Hoti, PhD; Erik Jendenius, PhD; Dana Enksson, MSc; Amy Leval, PhD; Jan Sermon, PhD; Antti Tanskanen, PhLic; Heidi Taipale, PhD

Figure 3. Adjusted Hazard Ratios (HRs) and 95% CIs for Treatment Failure During Each Monotherapy Compared With Oral Olanzapine Use



Kuoleman riski

Figure 1a. Overall Mortality as Hazard Ratios in the Chronic Patient Population (N = 21 492) compared to Mortality in the Control Sample. (Torniainen et al. Schizophr Bull. 2014 Nov 24. doi:10.1093/schbul/sbu164).



Psykososiaaliset hoidot

SKITSOFRENIA
KATSAUS

TEEMA

Laura Hiekkala-Tiusanen, Minna Halunen, Tuukka Mehtälä ja Tuula Kieseppä

Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa – sivuosasta tähtinäyttelijäksi?

- Duodecim 2019;135:2011–9

TAULUKKO 1. Kaikille suositeltavat psykososiaaliset menetelmät.

Menetelmä	Rakenne	Sisältö
Psyko- edukaatio ja perhe- interventiot	Tavoitteellinen Strukturoitu ja prosessina toteutettava Potilas ja perhe, perheenjäsenet erikseen, per- heryhmät, vertaiset	Tietoa sairaudesta Kriisi-interventiot Emotionaalinen tuki Opastus oireiden ja ongelmien hallintamenetelmiin Perheen sisäisen kommunikaation kohentaminen
Motivoiva työskentely	Potilas ja perhe Yksilöllinen Ryhmämuotoinen	Motivoiva keskustelu Muutosvaihemallin hyödyntäminen Toivon ja metakognitiivisten taitojen lisääminen Tiedon lisääminen Itsestigmatisaation vähentäminen
Vertais- toiminta	Potilas Omaiset Yksilöllinen Ryhmämuotoinen Rakenne vaihtelee strukturoidusta ja tavoit- teellisesta vapaamuotoiseen	Kokemusten ja tiedon jakaminen muiden samassa tilan- teessa olevien kanssa Keskinäisen auttamisen muoto Tuen vastavuoroisuus ja tasa-arvoisuus Kokemukselliseen tietoon perustuva asiantuntijuus Lisää osallisuutta, tukee ongelmanratkaisua ja toipumista
Elintapa- interventiot	Potilas Omaiset Yksilöllinen ohjaus Ryhmämuotoinen ohjaus	Erityishuomio ylipainon vähentämisessä ja ehkäisyssä Muut sisällöt: liikuntakäyttäytyminen, passiivisen elämän- tyylin ja tupakoinnin välttäminen Aktiivinen tiedon lisääminen ja tavoitteellinen ohjaus Tarkkailu, tavoitteiden asettaminen, seuranta, tottumusten muuttaminen

TAULUKKO 2. Vaihe- tai yksilöspesifiset kognitiiviset kuntoutusmenetelmät.

Kuntoutusmenetelmä	Kohderyhmä	Rakenne	Sisältö
Kognitiivinen remediaatio	Potilaat, joilla kognitiivisia puutosoireita	Yksilöllinen Ryhmämuotoinen Oheismateriaalin hyödyntäminen	Kognitiiviset toiminnot, ongelmanratkaisustrategiat Menetelminä kognitiiviset harjoitukset Opittujen taitojen siirto arkielämään Kynä-paperiperustainen, esim. kognitiivinen remediaatio-terapia Tietokoneavusteinen, esim. CIRCuITS
Sosiaalisen kognition kuntoutus	Potilaat, joiden sosiaalinen toimintakyky heikentynyt	Ryhmämuotoinen Manualisoitu	Tunteiden tunnistamisen harjoittelu Sosiaalisten tulkintavääristymien tunnistaminen ja oikaisu Taitojen yleistäminen arkielämän tilanteisiin Esim. SCIT
Kompensatorinen kognitiivinen kuntoutus	Potilaat, joilla on arjen toimintakykyä heikentäviä toiminnanohjauksellisia vaikeuksia	Yksilöllinen Manualisoitu	Apukeinojen suunnittelu potilaan asumisympäristössä (Matti-kuntoutus/CAT)

CAT = Cognitive adaptation training -kuntoutusohjelma; CIRCuITS = Computerized Interactive Remediation of Cognition – a Training for Schizophrenia -kuntoutusohjelma; SCIT = Social cognition and interaction training -harjoitusohjelma

TAULUKKO 3. Muut kuin kognitiiviset kohdennetut vaihe- tai yksilöspesifiset menetelmät.

Menetelmä	Kohderyhmä	Rakenne	Sisältö
Kognitiivinen käyttäytymisterapia	Erityisesti potilaat, jotka ovat psykoosiriski- tai ensipsykoosivaiheessa tai joilla on pitkittyneitä psykoottisia tai negatiivisia oireita tai haittaavaa ahdistus- tai masennusoireilua	Yksilöllinen Ryhmämuotoinen	Erilaisia ja erimittaisia sovelluksia Fokus oireisiin ja ongelmiin liittyvissä käsityksissä, välttämiskäyttäytymisen vähentämisessä sekä rationaalisempien ja adaptiivisempien hallintareaktioiden kehittämisessä
Arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjaantuttaminen	Potilaat, joilla on arkielämän toiminnan vaikeuksia	Yksilöllinen Ryhmämuotoinen Oheismateriaalien hyödyntäminen	Menetelmät: ohjeistukset, harjoitukset, esimerkit, palaute, palkitseminen Opittujen taitojen siirto arkielämään
Muut terapiat ja psykofyysiset menetelmät	Potilaat yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti	Yksilöllinen Ryhmämuotoinen	Musiikkiterapia Kuvataideterapia Toimintaterapia Draamaterapia Liikuntaterapia Psykofyysiset terapiat Tietoisuustaidot Muut psykoterapiat
Päihde-interventiot	Potilaat, joilla on kaksoisdiagnoosi tai merkityksellinen päihdeongelma	Hoito rinnakkain päihdepalvelujen kanssa Psykiatrian yksikön päihdepalvelu	Motivoiva keskustelu Hallintakeinojen harjoittelu (kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät) Perhetyö Arkielämän tukitoimet
Kuntouttava työtoiminta tai ammatillinen kuntoutus	Potilaat yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti	Hoitava taho ja potilas yhteistyössä kuntoutus-, työvoima- tai työelämätoimien kanssa	Selvitetään kaikkien työllistymistavoitteet ja päivitetään niitä tilanteen muuttuessa Jos ei tavoitetta vapaille työmarkkinoille, portaittainen vaativampiin tehtäviin etenevä työtoiminta Tuettu työllistyminen

Muut psykoosisairaudet

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

- 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
- Päihteiden käyttöön liittyy psykooseja (F10-F19)
- Dementoiviin aivosairauksiin liittyy psykooseja (F00-F09)

Spektrimalli

Schizophrenia and Bipolar Disorder *Continuum Disease Model*

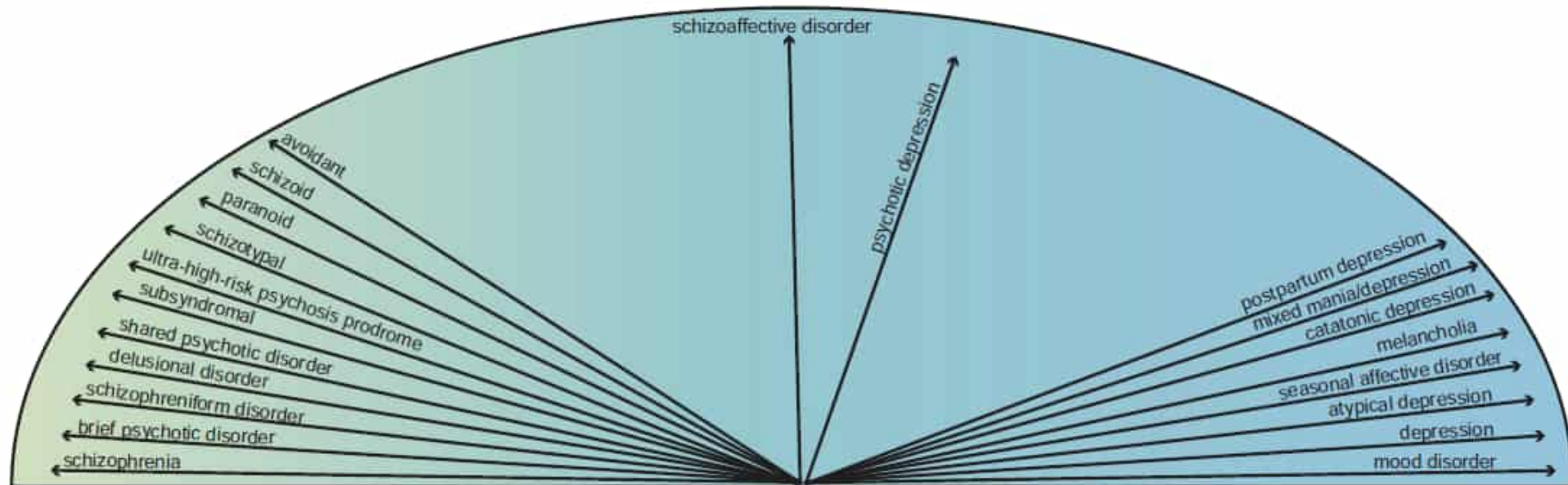


Figure 6-13B. Schizophrenia and bipolar disorder: continuum disease model. Schizophrenia and bipolar disorder have been conceptualized both as dichotomous disorders and as belonging to a continuum. In the continuum disease model, schizophrenia and mood disorders fall along a continuum in which psychosis, delusions, and paranoid avoidant behavior are on one extreme and depression and other mood symptoms are on the other extreme. Falling in the middle are psychotic depression and schizoffective disorder.

Schizophrenia and Bipolar Disorder Continuum Disease Model

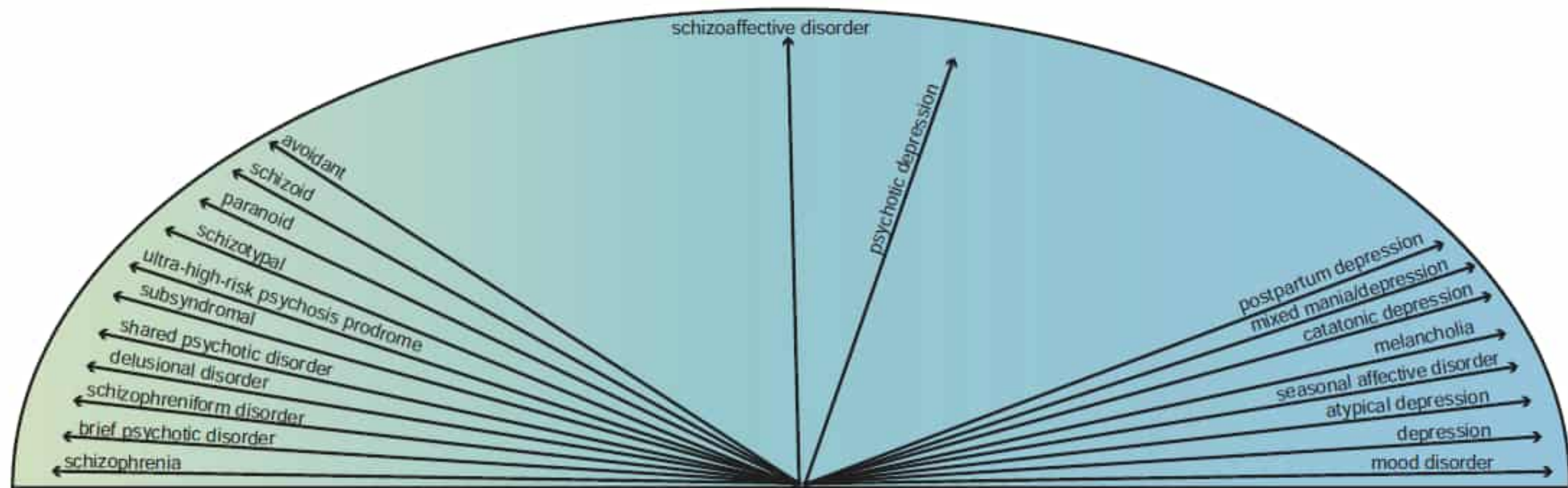


Figure 6-13B. Schizophrenia and bipolar disorder: continuum disease model. Schizophrenia and bipolar disorder have been conceptualized both as dichotomous disorders and as belonging to a continuum. In the continuum disease model, schizophrenia and mood disorders fall along a continuum in which psychosis, delusions, and paranoid avoidant behavior are on one extreme and depression and other mood symptoms are on the other extreme. Falling in the middle are psychotic depression and schizoaffective disorder.

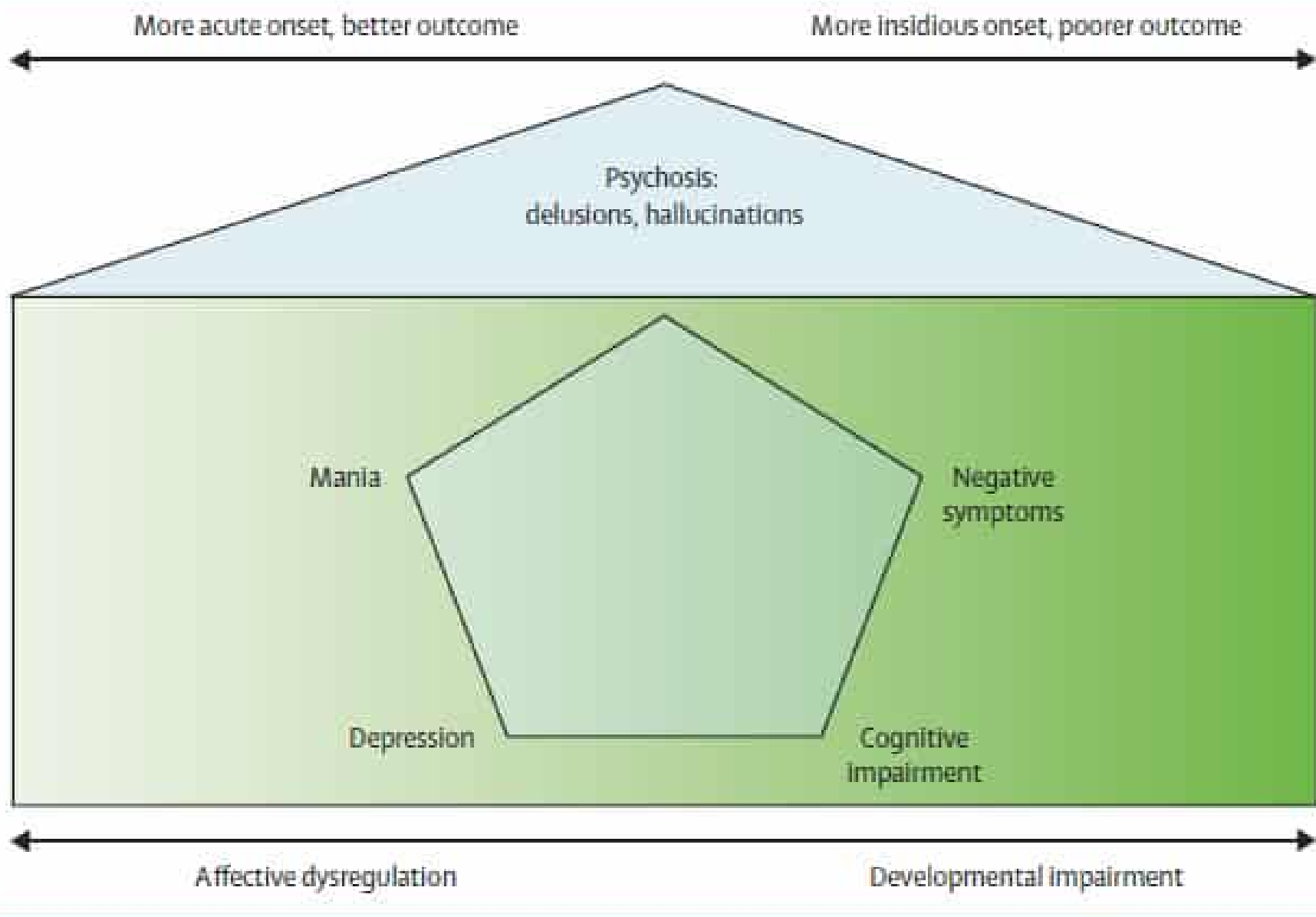


Figure 1: Principles underlying the main distinction between affective psychosis (eg, bipolar disorder and psychotic depression) and non-affective psychosis (eg, schizophrenia and schizophreniform disorder)

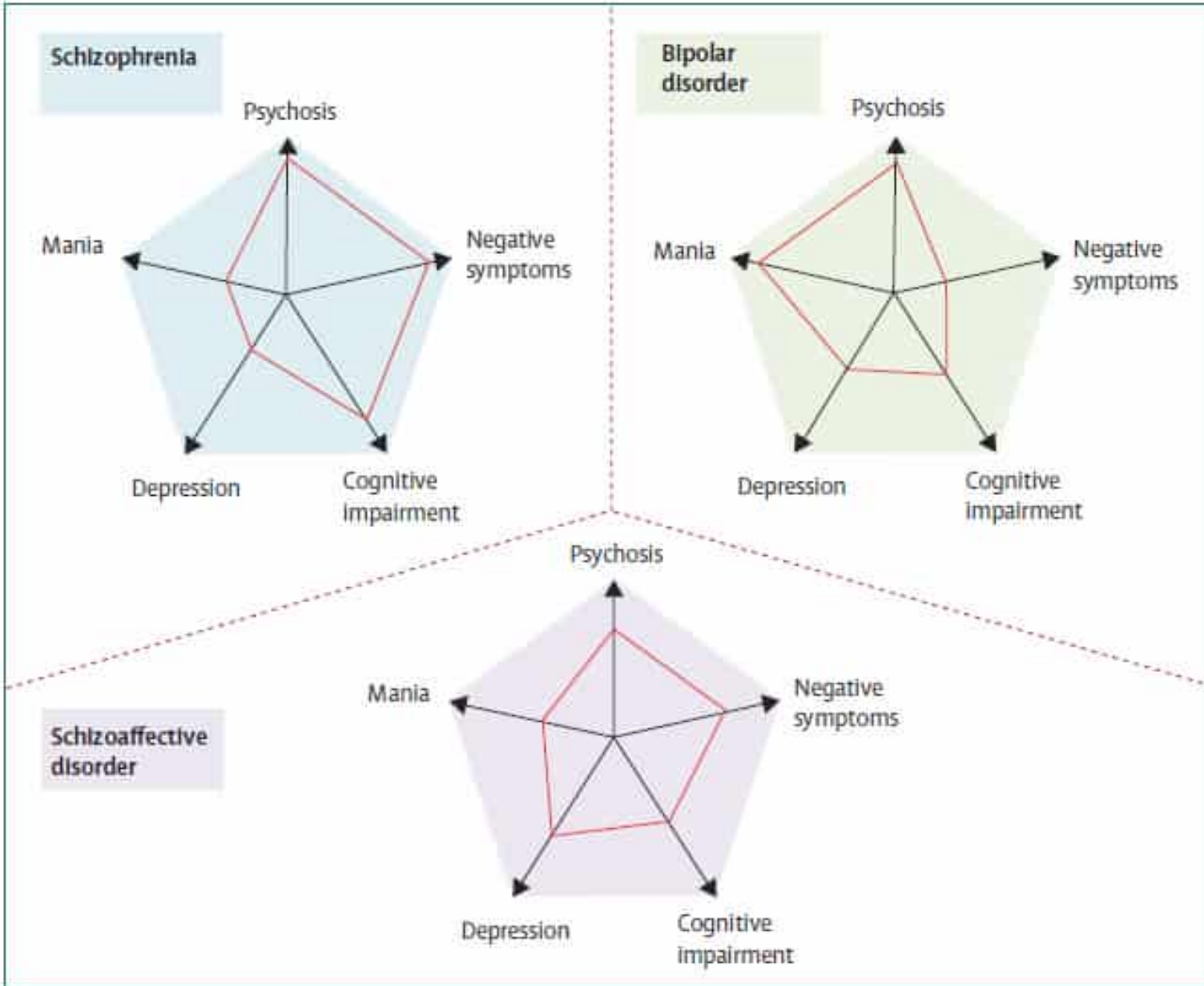


Figure 2: Three hypothetical typical patients diagnosed with a combination of categorical and dimensional representations of psychopathology
 Categorical diagnoses of schizophrenia (blue), bipolar disorder (green), and schizoaffective disorder (violet) are accompanied by a patient's quantitative scores (connected by red lines) on five main dimensions of psychopathology.

F21 Skitsotyyppinen häiriö (psykoosi- piirteinen persoonallisuus)

- Häiriölle ovat ominaisia eriskummallinen käytös sekä ajattelun ja tunteiden poikkeavuudet, jotka muistuttavat skitsofreniassa tavattuja. Toisinaan se kehittyy selväksi skitsofreniaksi. Häiriö on pitkäaikainen ja sen oireiden voimakkuus vaihtelee.
- Häiriöllä ei ole selvää alkua, ja sen kehitys ja kulku ovat yleensä persoonallisuushäiriön kaltaisia. Sitä tavataan keskimääräistä useammin skitsofreniapotilaiden sukulaisilla ja sen uskotaan kuuluvan skitsofrenian geneettiseen "kirjoon".
- Mikäli ensimmäisen asteen sukulaisella todetaan skitsofreniaa, tämä tukee diagnoosia mutta ei ole kuitenkaan sen edellytys.
- Tätä diagnostista nimikettä ei suositella yleiseen käyttöön, koska sen rajat skitsofrenia simplexin ja eristäytyvään tai epäluuloiseen persoonallisuuteen eivät ole selvät.

- Diagnostiset kriteerit:
 - A. On esiintynyt joko jatkuvasti tai toistuvasti vähintään kahden vuoden ajan ainakin neljä seuraavista:
 - (1) tunteiden asiaankuulumattomuus tai rajoittuneisuus, henkilö vaikuttaa kylmältä ja välinpitämättömältä.
 - (2) outo, omituinen tai erikoinen käytös tai olemus.
 - (3) huonot suhteet muihin ihmisiin ja taipumus sosiaaliseen vetäytymiseen.
 - (4) outoja uskomuksia tai maagista ajattelua, jotka vaikuttavat käyttäytymiseen ja jotka eivät ole alakulttuurin normien mukaisia.
 - (5) epäluuloisuutta tai paranoidisia ajatuksia.
 - (6) pakonomaisia mieltä hallitsevia ajatuskulkuja vailla sisäistä hallintaa, sisällöltään usein liittyen ruumiin pelottavaan muuttumiseen, seksuaalisuuteen tai aggressiivisuuteen.
 - (7) epätavallisia havaintokokemuksia mukaan lukien ruumiillisiin tuntemuksiin tai muihin aisteihin liittyviä harha-aistimuksia, depersonalisaatiota (tunne itsen epätodellisuudesta) tai derealisaatiota (tunne ympäristön epätodellisuudesta).
 - (8) epämääräistä, kehämäistä, vertauskuvallista, liian yksityiskohtaista tai stereotyyppistä ajattelua, joka tulee esiin outoina puheina tai muulla tavoin, kuitenkin ilman merkittävää hajanaisuutta.
 - (9) ohimeneviä näennäisesti psykoottisia jaksoja, joihin liittyy voimakkaita harha- aistimuksia, kuulo- tai muita aistiharhoja sekä harhaluulon kaltaisia ajatuksia, jotka yleensä esiintyvät ilman ulkoisia ylläyksiä.

F22 Pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt

- Ilmenee yhtäjaksoisesti vähintään kuukauden ajan erilaisia harhaluuloja. Poiketen skitsofreniasta harhaluulot eivät kuitenkaan ole sisällöltään varsinaisesti outoja tai eriskummallisia.
- Harhaluuloisuushäiriöissä ilmenevät harhaluulot liittyvät ainakin periaatteessa joihinkin tilanteisiin, kuten tunne seuratuksi, myrkytetyksi, tartutetuksi, salaa rakastetuksi tai petetyksi tulemisesta tai pelko sairastumisesta.
- Harhaluuloisuushäiriöissä henkilön toimintakyky tai käyttäytyminen ei myöskään vakavammin ole heikentynyt (kuten skitsofreniassa) eikä käytös harhaluuloja lukuun ottamatta ole selkeästi outoa tai eriskummallista.

- *Vainoharhaisessa eli paranoidisessa* muodossa henkilö kokee, että häntä tai jotakuta hänen läheistään vainotaan tai kohdellaan jollain tavoin kaltoin.
- *Mustasukkaisuusharhainen* uskoo perusteetta kumppaninsa olleen tai olevan uskoton.
- *Erotomaanisesti harhainen* on varma jonkun ja yleensä itseään korkeammassa asemassa olevan henkilön rakkaudesta itseensä.
- *Suuruusharhaisella* on harhaluuloja mahtavasta vallasta, voimasta, tietämyksestä, identiteetistä tai erityisestä suhteesta jumaluuteen tai kuuluisan henkilöön olematta kuitenkaan maaninen.
- *Somaattisharhainen* uskoo vakaasti ja perusteetta, että hänellä on jokin fyysinen sairaus tai vamma.
- Osalla harhaluuloisuushäiriöistä kärsivistä ilmenee useita erilaisia harhaluuloja.

- Harhaluuloisuushäiriöt alkavat yleensä keski-iässä tai myöhemmin. Ne ovat ilmeisesti suhteellisen harvinaisia, mutta tarkkaa tietoa harhaluuloisuushäiriöiden esiintyvyydestä ei ole. Osin tämä johtuu siitä, että niistä kärsivät eivät useinkaan hakeudu hoitoon.
- Erityisesti vainoharhaiset harhaluulot ovat usein luonteeltaan pitkäaikaisia, mutta sekä ne että muut harhaluulot saattavat hävitä itsestään muutamassa kuukaudessa palaamatta myöhemmin.

F23 Akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt

- (a) akuutti alku (kahden viikon sisällä) määrittävänä piirteenä koko ryhmälle.
(b) tyypillisten oireiden esiintyminen.
(c) häiriöön liittyvän äkillisen rasisustekijän esiintyminen.
- Luokittelu on kuitenkin laadittu siten, että häiriö, joka ei ole tämän tärkeysjärjestyksen mukainen, voidaan silti määrittää akuuteiksi psykoottiseksi häiriöksi, johon liittyy jokin näistä erityisistä piirteistä.
- {Akuutti alku} tarkoittaa muutosta tilasta, jossa ei esiinny psykoottisia piirteitä, selvästi epänormaaliin psykoottiseen tilaan kahdessa viikossa tai vielä lyhyemmässä ajassa.
- On olemassa jonkin verran näyttöä siitä, että akuutti alku verrattuna hitaaseen on yhteydessä hyvään ennusteeseen ja saattaa olla, että mitä nopeammin muutos tapahtuu sitä parempi on ennuste.

F24 Indusoitunut harhaluuloisuus (jaettu harhaluuloisuus)

- Diagnostiset kriteerit:
 - A. Potilaalle kehittyy harhaluulo tai harhaluulojärjestelmä, joka on aiemmin ilmennyt muulla henkilöllä, jolla on luokkiin F20-F23 luokiteltu häiriö.
 - B. Kyseessä olevilla henkilöillä on epätavallisen läheinen suhde toisiinsa, ja he ovat suhteellisen eristäytyneitä muista ihmisistä
 - C. Potilaalla ei ole ollut kyseessä olevaa uskomusta ennen kontaktia mainittuun henkilöön, eikä hän ole aiemmin kärsinyt muusta luokkiin F20-F23 luokitellusta häiriöstä.

F25 Skitsoaffektiiviset häiriöt

- Skitsoaffektiivisessä häiriössä (ICD-10-diagnoosikoodi F25) saman sairausjakson aikana ilmenee sekä skitsofrenialle ominaisia psykoottisia oireita että vakava masennus- tai maniajakso (ks. [1](#)).
- Ennen kuin tilaa nimitetään skitsoaffektiiviseksi häiriöksi, skitsofrenialle tyypillisiä harhaluuloja tai aistiharhoja tulee esiintyä sairausjakson aikana vähintään kahden viikon ajan ilman, että niiden aikana olisi ilmennyt vakavia mielialaoireita.
- Jos harhaluulot tai aistiharhat liittyvät koko ajan vakaviin mielialaoireisiin, kyseessä on diagnostisesti psykoottinen vakava masennus- tai maniajakso. Skitsoaffektiivista häiriötä on sekä kaksisuuntaisia että pelkästään masennusoireisia.
- Kaksisuuntaisessa muodossa sairausjaksossa ilmenee masennusoireiden lisäksi maanisia oireita, masennusoireisessa tyypissä ilmenee pelkästään masennusoireita.

- Skitsoaffektiivinen häiriö on jonkin verran harvinaisempi kuin skitsofrenia.
- Skitsoaffektiivisen häiriön ennuste on sosiaalisen toimintakyvyn kannalta keskimäärin jonkin verran parempi kuin skitsofrenian mutta huonompi kuin vakavista mielialahäiriöistä kärsivien.
- Yksilölliset erot sairauden kulussa ovat kuitenkin suuria. Tutkimusten valossa skitsoaffektiiviseen häiriöön sairastuneilla on suvussa keskimääräistä enemmän sekä skitsofreniaan että vakaviin mielialahäiriöihin sairastuneita henkilöitä.

F28 Muu ei-elimellinen psykoottinen häiriö

- Psykoottiset häiriöt, jotka eivät täytä skitsofrenian (F20.0-F20.3), mielialahäiriöiden psykoottisten muotojen (F30-F39) tai pitkäaikaisten harhaluuloisuushäiriöiden (F22) diagnostisia kriteerejä tulee kirjata tähän (esimerkiksi pitkäkestoinen aistiharhaisuus häiriö).
- Oireiden yhdistelmät, joita aikaisemmat luokat F20-F25 eivät kata, kuten muunlaiset kuin F20.0-F20.3 kriteerissä A.1.b tai d luetellut tyypilliset skitsofreeniset harhaluulot (täysin mahdottomat tai kultturellisesti epäsovikat), mihin liittyy katatonia, tulee myös sisällyttää tähän ryhmään.

F29 Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö

- Usein alkuvaiheen diagnoosi, joka tarkentuu

Loppu