

Psykoosin riskioireet nuorilla

Viime vuosina useissa tutkimushankkeissa on kehitetty menetelmiä psykoosin riskioireiden kartoittamiseksi ja psykoosiin sairastumisen todennäköisyyden arvioimiseksi. Varhaisella puuttamisella voidaan mahdollisesti siirtää tai jopa ehkäistä psykoosin puhkeaminen sekä helpottaa oireita kokevan hämmennystä ja huolta. Asianmukaisen tuen ja seurannan järjestämiseksi terveydenhuollossa tarvitaan ajantasaista tietoa psykoosin riskioireiden luonteesta ja oireilevan nuoren hoidosta. Ammattihenkilöstön tulee olla tietoinen myös tähänastisen tutkimustiedon rajoituksista psykoosiriskin oikeiden mittasuhteiden arvioimiseksi. Vaikka nyky menetelmillä riskiryhmään kuuluvaksi arvioidun sairastumisriski on jopa monikymmenkertainen muuhun väestöön verrattuna, on ennusteen tarkkuuden parantaminen edelleen yksi keskeisimmistä tutkimuskysymyksistä.

Psykoosisairauksien ehkäisyn edellytyksistä on viime vuosina saatu huomattavasti lisää tietoa. Varsinaista psykoosiin sairastumista edeltää esioire- eli prodromaalivaihe, jolla tarkoitetaan ajanjaksoa sairauden ensimmäisten merkkien ilmaantumisesta psykoosin puhkeamiseen. Prodromaalivaiheessa esiintyy erilaisia psyykkisiä oireita, jotka voivat vaihdella yleisistä ja epäspesifisistä (esim. tarkkaavuuden ja keskittymiskyvyn häiriöt, energian puute, tunne-elämän häiriöt, toimintakyvyn heikkeneminen) psykoosisairaudelle tyypillisiin (esim. ajatushäiriöt, poikkeavat havaintokokemukset).

Psykoosia edeltävää oireilua ja skitsofreniaan sairastumisen ennustamista on käsitel-

ty ennenkin tässä lehdessä (Suvisaari 2003, Suomela ja Salokangas 2004). Skitsofreniaa koskevan uusimman Käypä hoito -suosituksen (2008) mukaan psykoosijaksojen ehkäisyssä painottuu ennako-oireiden varhainen tunnistaminen. Tähän katsaukseen on koottu nopeasti kehittyvän tutkimusalueen uusinta tietoa psykoosien riskioireiden tutkimusmenetelmistä ja hoitokäytännöistä.

Esimerkkitapauksia

Seuraavassa kuvatut potilaat on tutkittu vuonna 2003 käynnistyneen HUS:n ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhteishankkeessa, jolla kartoitettiin psykoosien ehkäisyn mahdollisuuksia. Yksityiskohtia on muutettu siten, etteivät potilaat ole tunnistettavissa.

POTILAS 1. Seitsemäntoistavuotias poika tuli nuorisopsykiatrian poliklinikkaan koulupsykologin lähettämänä hankalan perhetilanteen, kouluvaikeuksien, väsymyksen, sosiaalisen jännittämisen ja masentuneisuuden vuoksi. Geneettinen alttius psykoosisairauksiin oli olemassa. Aiemmin kiitettävä suoriutuminen koulussa oli viime vuosien aikana huomattavasti heikentynyt ja potilas oli hiljalleen vetäytynyt kontakteista. Tulodiagnoosina oli keskivaikea masentuneisuus.

Neuropsykologisen tutkimuksen perusteella kognitiivinen suoriutuminen vastasi ikäryhmän heikkoa keskitasoa, ja keskittymisvaikeudet heikensivät suoriutumista hyvästä motivaatiosta huolimatta. Puoli-strukturoidussa haastattelussa potilas toi esiin epätavallisia ajatussisältöjä, mm. ajoittaista häiritsevää tunnetta ulkopuolelta päähän laitettavista ajatuksista ("se on ehkä joku voima"), kokemuksia kaveiden ja perheen kyvystä lukea hänen ajatuksiaan sekä kohtalaista epäluuloisuutta muita kohtaan. Täysi vakuuttuneisuus kokemusten todenperäisyydestä kuitenkin puuttui. Lisäksi potilas kuvasi mielialaansa masentuneeksi sekä kertoi keskittymis- ja ymmärtämisvaikeuksien vaikeuttavan keskustelujen seuraamista.

Runsaan kuukauden kuluttua tutkimuksesta perheenjäsenet huolestuivat potilaan masentuneen mielialan muuttumisesta hilpeäksi ja kontrolloimattomaksi. Aiempaa oudompia puheensisältöjä ja vakuuttuneisuutta toisten ihmisten maagisista voimista alkoi esiintyä.

Potilas otettiin avoimen psykoottisena osastohoitoon. Muutaman kuukauden mittaisen sairaalahoiton loppudiagnoosiksi tuli kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen jakso. Hoito jatkui nuorisopsykiatrian poliklinikassa, kunnes potilas joutui vuoden kuluttua toiselle sairaalajaksolle psykoosioireiden vuoksi. Tässä vaiheessa esiin tulleet psyykkiset oireet olivat luonteeltaan samanlaisia mutta astetta vakavampia ensimmäiseen haastatteluun verrattuna. Neuropsykologinen profiili vastasi ensimmäistä tutkimusta. Potilas koki voimakasta surua sairastumisestaan mutta kykeni jossain määrin jatkamaan koulunkäyntiä oireistaan huolimatta.

POTILAS 2. Seitsemäntoistavuotias tyttö saapui nuorisopsykiatrian poliklinikkaan koululääkärin lähettämänä vaikeiden masennusoireiden vuoksi. Lähetteessä oli maininta mahdollisesta psykoosiriskistä: potilas oli kuvannut mielialaoireiden lisäksi outouden tunnetta ja keskittymisvaikeuksia. Hän oli hyötynyt selvästi koululääkärin hänelle määräämästä mielialalääkityksestä. Koulunkäynti oli toistaiseksi keskeytynyt.

Neuropsykologisessa tutkimuksessa kognitiivinen suoriutuminen vastasi ikäryhmän heikkoa keskitasoa. Pitkäkestoista muistia ja nopeutta vaativa suoriutuminen oli erityisen heikkotasoisia. Potilas kertoi voidensa haastatteluhetkellä huomattavasti paremmin kuin kaksi kuukautta sitten, jolloin mieliala- ja ahdistusoireet olivat olleet jatkuvasti niin voimakkaita, että hän oli harkinnut jopa hypäävänsä auton alle. Haastattelun aikaan masennus oli vähentynyt, vaikkakin potilas tunsikin edelleen päivittäin niin vahvaa ärtymystä, että hakkasi seinä vihasuksissaan.

Potilas toi haastattelussa esiin suuria keskittymisvaikeuksia ja totesi ajattelunsa muuttuneen viime vuoden aikana. Muutosta oli hänen mukaansa vaikea kuvata tarkasti, mutta hän koki ajattelevansa ”eri tavalla” melkein päivittäin. Hän oli alkanut mm. kiinnittää enemmän huomiota yksityiskohtiin niin, että erilaiset ympäristön äänet, jotka hän oli pystynyt aiemmin helposti ohittamaan, olivat nyt muuttuneet häiritseviksi. Potilas kuuli ajatuksensa uudella tavalla, ikään kuin ”puhuttuina ääneen pään sisällä”. Vaikeimmassa vaiheessa hän oli ollut kuukauden tapaamatta kavereitaan, koska hän koki kavereiden puhuvan keskenään hänestä pahaa. Jälkeenpäin ajatellen kokemus tuntui hänestä oudolta. Samoihin aikoihin potilas koki television viestivän hänelle häntä koskevista ahdistavista asioista ja oli ajoittain lähes vakuuttunut tämän kokemuksen todellisuudesta.

1904 Mainokset kaduilla tuntuivat vihjailevilta ja vastaan-

tulijat tuntuivat tuijottavan ja kenties ajattelevan kielteisesti hänestä. Vaikka epäluuloisuusoireet olivat pääosin hävinneet, potilaalla oli edelleen tarve olla varuillaan.

Seurannassa vuoden päästä todettiin yleisilanteen kohentuneen alkuvaiheen jälkeen melko nopeasti. Myös koulunkäynnin potilas oli aloittanut uudelleen. Hän oli käytännössä oireeton ja ilman lääkitystä. Neuropsykologinen profiili oli pääpiirteissään ennallaan. Ensitutkimuksen jälkeen nuori oli käynyt nuorisopoliklinikassa runsaan puolen vuoden ajan diagnoosinaan vaikea masennustila.

Psykoosin esioireiden tutkiminen

Psykoosin prodromaalivaiheen tai jo puhjennut psykoosin mahdollisuus on pidettävä mielessä aina, kun muutokset nuoren persoonallisuudessa, toimintakyvyssä tai käytöksessä herättävät huolta. Psyykkisesti oireilevan nuoren ensiarvioon tulisi perusterveydenhuollossakin kuulua psykoosiriskin arviointi joko tähän tarkoitukseen kehitettyjen (tässä katsauksessa esiteltävien) strukturoitujen tutkimusmenetelmien tai riittävän tarkan haastattelun avulla. Käytännön ohjeita tutkimiseen löytyy mm. Salokankaan ym. (2002) oppaasta. Psykoosin riskioireiden spontaani esille tuominen on näiden oireiden luonteen vuoksi nuorelle usein vaikeaa, ja monet hakeutuvat hoitoon epäspesifisten oireiden takia, tyypillisesti esimerkiksi mielialaoireiden tai koulunkäyntivaikeuksien vuoksi. Diagnostisiin järjestelmiin pohjautuvat haastattelumenetelmät eivät toimi psykoosiriskin arvioinnissa. Tyypillisesti psykoosin riskioireista kärsivälle voidaan monioireisuuden vuoksi tehdä yksi tai useampia psykiatrisia diagnooseja (Meyer ym. 2005, Woods ym. 2009), mutta psykoosin prodromaalisyndroomaa käytössä olevat diagnostiset järjestelmät eivät toistaiseksi tunne. Psykoosiriskin arviointiin on kehitetty haastattelumenetelmiä ja seulontaan sopivia loma-ke-pohjaisia välineitä.

Haastattelumenetelmät. Psykoosiriskin tutkimiseen käytetyistä haastatteluvälineistä tunnetuimpia ovat saksalainen Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) (Gross ym. 1997), australialaisen työryhmän kehittämä Comprehensive Assessment

for At Risk Mental State (CAARMS) (Yung ym. 2005) sekä edellistä muistuttava, yhdysvaltalaisen työryhmän kehittämä Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS) (Miller ym. 2003). SIPS-haastattelua pidetään nykyään psykoosin esioireiden arvioinnin kulmaisena standardina, johon muiden menetelmien antamia tuloksia verrataan. Haastattelu on suomennettu, ja sen käytöstä on järjestetty koulutusta sekä klinikoille että tutkijoille. SIPS-menetelmän avulla kartoitetaan positiivisten, negatiivisten, yleisten ja hajanaisten oireiden esiintyvyys. Oirekategoriat on esitelty **TAULUKOSSA 1**.

Kaikkien oireiden vaikeusaste arvioidaan seitsemänportaisella asteikolla. Lisäksi arvioidaan toimintakykyä mukautetulla GAF-asteikolla (Global Assessment of Functioning) sekä kartoitetaan suvussa esiintyneet vakavat psykiatriset sairaudet geneettisen riskin määrittämiseksi. SIPS-haastattelun luokittelemat prodromaalisyndroomat on esitelty **TAULUKOSSA 2**. Taulukkoa tarkasteltaessa on huomattava, että vaikka B-kriteeri on otsikoitu sanalla vaimentunut, se ei tarkoita, että oire olisi heikentynyt aiemmalta tasolta – kyse on paremminkin varsinaista psykoottista oiretta vaimeammasta psykoottisesta oireesta. Oleellista on, että oireiden esiintymisen lisäksi kartoitetaan nuoren huolestuneisuuden aste (Onko kokemus vaivannut sinua?), vaikutus jokapäiväiseen elämään (Teetkö joskus jotakin toisin kuin yleensä tämän kokemuksen vuoksi?) sekä vakuuttuneisuuden aste (Miten selität tämän kokemuksen?). Haastattelu voidaan toistaa halutuun väliajoihin, mikä mahdollistaa oireiden systemaattisen seurannan ja ajankohittaisen hoidontarpeen tai jo annetun hoidon tehokkuuden arvioinnin.

Valtaosa psykoosiriskipotilaista löydetään vaimentuneiden psykoottisten oireiden perusteella (Meyer ym. 2005, Amminger ym. 2006, Woods ym. 2009). Myös molemmat esimerkkitaupaukset täyttivät SIPS-kriteerin B: nuorilla esiintyi epäluuloisuutta, suhteuttamisajatuksia ja maagista ajattelua mutta oireet eivät täyttäneet varsinaisen psykoottisen ajatuskulun tunnusmerkkejä tai vaikeusastetta. Toisella nuorella täyttyi myös SIPS-kriteeri C (geneet-

TAULUKKO 1. SIPS-haastattelun oirekategoriat.

Positiiviset oireet
Epätavallinen ajatussisältö / harhaluuloiset ajatukset
Epäluuloisuus / vainoamisajatukset
Suuruusajatukset
Havainnon poikkeavuudet / aistiharhat
Hajanainen kommunikointi
Disorganisaatio-oireet
Outo käytös tai olemus
Eriskummallinen ajattelu
Keskittymisen ja tarkkaavuuden ongelmat
Henkilökohtainen hygienia
Negatiiviset oireet
Sosiaalinen anhedonia tai vetäytyminen
Tahdottomuus
Tunneilmaisujen väheneminen
Tunteiden ja minuuden kokemisen väheneminen
Ajastusten köyhtyminen
Roolisuoritusten huononeminen
Yleiset oireet
Unihäiriö
Dysforinen mieliala
Motoriset häiriöt
Normaalin stressinsiedon huononeminen

tin riski ja toimintakyvyn heikentyminen). Alkavan psykoosin mahdollisuus on pidettävä mielessä erityisesti silloin, kun nuoren lisääntynyt vetäytyminen ja vaikeus suoriutua iänmukaisista kehitystehtävistä herättävät huolta ja nuorella on lisäksi todettavissa peritty sairastumisalttius. Geneettinen riski yhdistyneenä toimintakyvyn heikkenemiseen on voimakas psykoosin sairastumisen riskitekijä, ja ongelmat muilla alueilla (päihteidenkäyttö, sosiaaliset vaikeudet ja psykoottistyyppiset oireet) lisäävät tätä riskiä edelleen (Cannon ym. 2008). Toisaalta on muistettava, että psyykkisesti sairaiden vanhempien lasten elämäntilanne on jo sinänsä kuormittava, mikä voi näkyä esimerkiksi vetäytymisenä, väsyneisyytenä ja alakuloisuutena, ilman että kyse on alkavasta psykoosista (Valiakalayil ym. 2004).

TAULUKKO 2. SIPS-prodromaalisyndroomien kriteerit.**A. Lyhytkestoinen ohimenevä psykoottinen oire – prodromaalisyndrooma (brief intermittent psychotic symptom prodromal syndrome)**

Ainakin kerran kuukaudessa esiintyviä psykoottisia oireita, jotka kestävät useita minuutteja päivässä ja ovat alkaneet viimeisten kolmen kuukauden aikana. Oireet eivät kuitenkaan kestä vähintään yhtä tuntia päivässä keskimäärin neljänä päivänä viikossa yli kuukauden ajan.

B. Vaimentunut psykoottinen oire – prodromaalisyndrooma (attenuated positive symptom prodromal syndrome)

Viimeisen vuoden aikana ilmaantuneita ohimeneviä ja avoimen psykoottisuuden rajan alle jääviä, vaikeusasteeltaan kuitenkin vähintään kohtalaisia (taso 3) psykoottistyyppisiä oireita. Oireiden voimakkuus ei täytä A-kohdan avoimen psykoottisuuden rajan kriteerejä.

C. Geneettinen riski ja toimintakyvyn huononeminen – prodromaalisyndrooma (genetic risk and deterioration prodromal syndrome)

Potilas täyttää psykoosiin liittyvien persoonallisuushäiriön kriteerit tai ensiasteen sukulaisella esiintynyt psykoottinen häiriö, minkä lisäksi nuoren GAF-asteikolla arvioitu toimintakyky on heikentynyt vuoden aikana yli 30 %.

Alkuvaiheen hoidollisena interventiona toimii jo kokemus siitä, että oireista osataan kysyä luontevasti ja ne voidaan pukea sanoiksi. Tämä kertoo nuorelle, että samanlaisia kokemuksia esiintyy muillakin. Tavoitteena tulee olla kiireettömän, luottamuksellisen ilmapiirin luominen, jolloin sekä oireilevat että oireetomat nuoret yleensä suhtautuvat tavallisuudesta poikkeavista havaintokokemuksista ja ajatuksista kysymiseen luonnollisesti. Nuori saattaa kokea suorat kysymykset jopa helpottaviksi ja joissain tapauksissa jo puhjennut psykoosi kuulo- ja näköharhoineen tulee esiin vasta käytäessä oireita systemaattisesti läpi.

Itseraportointilomakkeet. SIPSin kaltaisten stukturoitujen haastattelumenetelmien rajoitteina ovat niiden käyttämiseen vaadittava koulutus ja haastatteluun menevä aika. Tämän vuoksi on kehitetty myös arviointiin sopivia itseraportointilomakkeita, esimerkiksi Suomessa kehitetty PROD-seula (Heinimaa ym. 2003) sekä Yhdysvalloissa kehitetty Nuorten kokemuskysely (Prodromal Questionnaire) (Loewy ym. 2005). Itseraportointilomakkeet sopivat sellaisten potilaiden seulontaan, joiden tarkempi tutkiminen ja haastattelu on aiheellista. Pelkän lomakkeen perusteella ei ole syytä tehdä arviota riskiryhmään kuulumisesta. Lomakkeen vastaukset toimivat keskustelun pohjana, ja ne käydään nuoren kanssa yhdessä läpi siten, että kyllä-vastausten yhteydessä kartoitetaan esimerkiksi nuoren huolestuneisuuden aste ja oireille antama tulkinta. Näin

ollen myös itseraportointilomakkeiden käyttö edellyttää ammattihenkilöltä perustietoja psykoosin esioireista, niiden yleisyydestä ja merkityksestä sairastumisriskin kannalta.

Psykoosiin sairastumisen todennäköisyys nykyisillä arviointimenetelmillä mitattuna

Vaikka psykoosien ennakoimista on maailmalla tutkittu paljon, tähän mennessä tehtyjen tutkimusten soveltamista kliiniseen käyttöön heikentää aineistojen valikoituneisuus (mm. Corcoran ym. 2003). Ensimmäisissä seurantatutkimuksissa riskiryhmään kuuluviksi arvioiduista 40–60 % sairastui vuoden kuluessa psykoosiin (Yung ym. 1998, Klosterkötter ym. 2001, Miller ym. 2002). Uudemmissa tutkimuksissa psykoosiin sairastuneiden osuus on ollut 20–35 % (Haroun ym. 2006, Yung ym. 2006), viimeisimpien tutkimusten mukaan kuitenkin vain noin 15 % (Yung ym. 2008, Ruhrmann ym. 2010). Osasyynä konversiolukujen pienenemiseen lienee se, että tutkimusasetelmien vuoksi ensimmäisten tutkimusten aineistoihin valikoitui enemmän erityisen suuren riskin potilaita. Lisäksi sairastumista saattaa vähentää se, että vaarassa olevat löydetään ja hoidetaan aiempaa nopeammin ja tehokkaammin (Yung ym. 2008). On huomattava, että vaikka virhearvioiden eli väärin positiivisten arvioiden määrä on tutkimuksissa ollut suurempi kuin sairastuneiden, ei kaikkia vääriä positiivisia tuloksia voida

pitää yksiselitteisinä virhearvioina. On mahdollista, että esimerkiksi mielialalääkityksellä on riskiryhmään kuuluville psykoosin puhkeamista siirtävä tai ehkäisevä vaikutus (Cornblatt ym. 2007, Fusar-Poli ym. 2007, Walker ym. 2009) tai että mieliala- tai ahdistushäiriöön liittyvät oireet naamoituvat esioiretutkimuksessa psykoosin esioireiksi (Haroun ym. 2006, Yung ym. 2009). Lisäksi on huomioitava, että osa seurattavista sairastuu vasta seuranta-ajan jälkeen. Nämä vaihtoehdot ovat mahdollisia myös toisessa esimerkkitapauksessamme, jossa nuori potilas ei oireistaan huolimatta sairastunut psykoosiin.

Eettiset kysymykset

Vääriin positiivisiin arvioihin liittyy eettisiä ongelmia, esimerkiksi leimautumisen riski, ahdistuksen lisääntyminen tai mahdollisen lääkehoidon haittavaikutukset (Corcoran ym. 2005). Psykoosiriskin arvioinnissa onkin noudatettava varovaisuutta ja kunnioitettava yksilön omien kokemusten todellisuusarvoa (Heinimaa ja Svirskis 2005). Oireita arvioitaessa on muistettava, että esimerkiksi maagista ajattelua näyttäisi esiintyvän oireettomillakin nuorilla melko yleisesti, eivätkä lievät psykoottistyyppiset kokemukset muiden oireiden puuttuessa vaikuta antavan aiheita interventioihin (Yung ym. 2009). Myös ohimeneviä poikkeavia havaintokokemuksia esiintyy nuorilla yleisesti etenkin mielialahäiriöiden yhteydessä, eivätkä ne välttämättä liity vakavamman psykopatologian kehittymisen riskiin (Simon ym. 2009). Kokemuksistaan huolestuneelle nuorelle ja hänen perheelleen tulee kertoa, että lievät psykoosioireita muistuttavat kokemukset ovat tavanomaisia: joidenkin tutkimusten mukaan tällaisia oireita esiintyy jopa lähes viidenneksellä satunnaisesti valitusta väestöotoksesta (van Os ym. 2001, Yung ym. 2009), ja vakavia-kin psykoottistyyppisiä oireita kokeneista vain osalle kehittyä varsinainen psykoottinen sairaus. Poikkeavien havaintokokemusten – etenkin näkö-, tunto- ja hajuaistimusten – esiintyessä huolellinen somaattinen tutkimus on tärkeä neurologisten sairauksien kuten temporaalielepilepsian ja MS-taudin pois sulkemiseksi.

Hoidon periaatteet

Riippumatta siitä, johtavatko ennako-oireet myöhemmin psykoosiin, liittyy näihin oireisiin tavallisesti myös elämänlaadun ja toimintakyvyn heikkenemistä (Svirskis ym. 2007, Woods ym. 2009) ja muita psyykkisiä ongelmia, tyypillisesti mieliala- ja ahdistuneisuusoireita (Meyer ym. 2005, Svirskis ym. 2005, Woods ym. 2009), päihdeongelmia (Woods ym. 2009) ja usein myös esimerkiksi pakko-oireita (Niendam ym. 2009). Lisäksi huomattavan suurella osalla riskioireista kärsivistä on traumatausta (Thompson ym. 2009, Bechdolf ym. 2010). Hoidossa on psykoosin riskioireiden lisäksi huomioitava muut samanaikaisesti esiintyvät mielenterveys- ja päihdehäiriöt. Lisäksi tarjotaan psykoedukaatiota nuorelle ja hänen perheelleen sekä järjestetään riittävä seuranta ja tarvittaessa ohjaus erikoissairaanhoidon (Heinimaa ja Svirskis 2005). Tuoreen suomalaisen tutkimuksen mukaan psykoosivaarassa olevan nuoren hoito voidaan toteuttaa tuloksellisesti perusterveydenhuollossa hyödyntäen erikoissairaanhoidon tukea sekä perhe- ja verkostokeskeisiä menettelyjä (Granö ym. 2009).

Varhaisvaiheen hoitomuodoista tutkimusnäyttöä on kognitiivis-behavioraalisen terapian (Morrison ym. 2004) ja alustavasti myös omega-3-rasvahappojen tehosta (Amminger ym. 2007, 2010). Edellä mainittujen hoitomuotojen etuina ovat vähäiset haittavaikutukset ja vähäinen stigmatisoitumisen riski, minä vuoksi myös hoitomyöntyvyys on suuri. Lisäksi hoidot todennäköisesti hyödyttävät myös niitä nuoria, jotka eivät esioireiksi luokiteltavista oireistaan huolimatta sairastu psykoosiin, mutta jotka tästä huolimatta kärsivät erilaisista psyykkisistä ongelmista (McGorry ym. 2009). Vaikka myös pieniannoksen neuroleptilääkityksen hyödyistä on jonkin verran näyttöä, suhtaudutaan neuroleptihoidon aloittamiseen aiempaa varovaisemmin viimeaikaissa esioiretutkimuksissa havaitun ennustetarkkuuden huononemisen vuoksi (McGlashan ym. 2008, Woods ym. 2009). Psykoosilääkitystä suositellaan nykyisin vain varsinaisten psykoosioireiden hoitoon.

YDINASIAIAT

- ▶ Nykytutkimuksen mukaan psykoosiin sairastumista voidaan ennustaa, mutta ennusteen tarkkuudessa on edelleen parantamisen varaa.
- ▶ Riippumatta siitä, sairastuuko psykoosin riskioireista kärsivä nuori psykoosiin vai ei, on oireilla jo sinänsä elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävä vaikutus.
- ▶ Psykoosiriskiä tulisi kyetä arvioimaan myös perusterveydenhuollossa, jossa hoitokin voidaan järjestää erityissairaanhoidon tuella.
- ▶ Riskipotilaan arviointiin on kehitetty sekä haastattelua että itseraportointimenetelmiä.
- ▶ Kognitiivis-behavioraalisen terapian ja verkostokeskeisen työskentelytavan hyödyistä psykoosin riskioireiden hoidossa on tutkimusnäyttöä.

Neuropsykologisten tutkimusten hyöty

Vaikka neuropsykologisten tulosten ennustearvo myöhemmän psykoosin kannalta on toistaiseksi rajallinen, tarjoaa kognitiivisten vaikeuksien ja vahvuuksien kartoittaminen arvokasta tietoa diagnostiseen pohdintaan ja mahdollisten myöhempien neuropsykologisten arvioiden tai kuntoutussuunnitelmien pohjaksi. Ryhmätasolla tarkasteltuna prodromaalivaiheen neuropsykologinen profiili sijoittuu tasoltaan jo psykoosiin sairastuneiden ja terveiden verrokkien väliin (mm. Keefe ym. 2006). Kuten skitsofreniapotilailla myös psykoosin riskioireista kärsivillä neuropsykologiset puutokset näyttäisivät yhdistyvän ensisijaisesti negatiivisiin oireisiin (Lindgren ym. 2010, painossa). Kognitiiviset puutokset laajenevat ja vaikeutuvat prodromaalivaiheen edetessä lähemmäksi psykoosin sairastumista (Fromman ym. 2010). Vaikka prodromaalivaiheessa olevien neuropsykologinen suoriutuminen näyttää olevan heikompaa kuin verrokkien usealla eri osa-alueella ja erityisesti tietyissä muistisuoriutumisen tehtävissä

(esim. Brewer ym. 2006, Fromman ym. 2010), ei yksilötasolla kuitenkaan vielä voida määrittää prodromaalitilaan liittyvää tyypillistä neuropsykologista profiilia tai arvioida neuropsykologisten puutosten merkitystä ennusteen kannalta.

Terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen ja väestön informointi

Vaikka varsinainen diagnostiikka kuuluu erikoissairaanhoidon, on nuoria tapaava perusterveydenhuollon sekä koulujen ja oppilaitosten henkilöstö keskeisessä asemassa psykoosin varhaisessa tunnistamisessa (mm. Suomela ja Salokangas, 2004). Heistä melko harva on lähiaikoina ollut tekemisissä psykoottisen tai psykoosiin mahdollisesti sairastumassa olevan henkilön kanssa. Monet psykoosin riskioireista, esimerkiksi havaintojen poikkeavuudet tai vainoamisajatukset, saattavat olla heidän kokemuspiirinsä ulkopuolella. Näiden avainryhmien kouluttamisella voidaankin mahdollisesti lyhentää hoidon aloitukseen kuluvaa aikaa (Joa ym. 2008), millä puolestaan voidaan vaikuttaa nuoren toimintakyvyn säilymiseen. Myös toimivat konsultointiyhteydet ja mahdollisuudet siirtyä jatkohoitoon erikoissairaanhoidon piiriin on turvattava (Heinimaa ja Svirskis 2005). Kuitenkin kouluterveydenhuollon ammattilaisille (kouluterveydenhoitajat, -kuraattorit) ja muillekin nuorten kanssa työskenteleville tulisi kansainvälisen mallin mukaan järjestää huomattavasti enemmän koulutusta psykoosista ja sen riskioireista (McGlashan ym. 2007). Lisäksi olisi tarpeen laatia esimerkiksi Internetistä saatavilla olevaa psykoedukatiivista materiaalia nuorille, vanhemmille ja heidän kanssaan työskenteleville ammattilaisille.

Lopuksi

Vaikka psykoosiriskin tutkiminen on osoittautunut haastavaksi, on kuva psykoosin riskioireista tarkentunut huomattavasti viimeisten kymmenen vuoden aikana. Näyttöä psykoosin

riskioireiden merkityksellisyydestä sekä myöhemmän psykoosiin sairastumisen että ajan-kohtaisen toimintakyvyn kannalta on kertynyt niin paljon, että on keskusteltu siitä, tulisiko psykoosin riskioireet tai prodromaalivaihe jossain muodossa lisätä tulevaan DSM-V-diagnosijärjestelmään (mm. Carpenter, 2009). Toisaalta ennusteen tarkkuuden parantamisen ohella tarvitaan vielä paljon tutkimusta eri hoitomuotojen vaikuttavuudesta ja hoitojen ajoituksen merkityksestä. Lisäksi tarvitaan seurantatietoja sekä myöhemmin psykoosiin sairastuneiden että väärän positiivisen arvion saaneiden potilaiden myöhemmistä diagnooseista. Jo nyt tiedetään, ettei sairastumisriski rajoitu ainoastaan skitsofreniaan (McGorry ym. 2009, Correll ym. 2010). Toistaiseksi psykoosiriskin arviointi kliinisessä työssä perustuu manifestien oireiden arviointiin, jonka tueksi on kehitetty luotettavaksi osoittautuneita menetelmiä. Myös psykoosiin sairastumista ennustavia biologisia markkereita ja en-

dofenotyyppisiä, esimerkiksi aivorakenteiden poikkeavuuksia ja kognitiivisia puutoksia, on skitsofreniaa sairastavien keskuudessa tutkittu jo melko paljon. Psykoosin riskioireista kärsivien osalta aihepiiriin tutkimus on vasta alussa, mutta tulokset todennäköisesti parantavat entisestään suuren riskin potilaiden löytämistä. ■

TAINA LAAJASALO, PsT, tutkija
Helsingin yliopisto
PL 9, 00014 Helsingin yliopisto ja
Terveystieteiden tutkimuskeskus

MATTI HUTTUNEN, professori, erikoistutkija
MAIJA LINDGREN, PsM, tutkija
MARKO MANNINEN, PsM, tutkija
ULLA MUSTONEN, VTK, tutkimuskoordinaattori
JAANA SUVISAARI, dosentti, akatemiautkija
SEBASTIAN THERMAN, PsM, tutkija
Terveystieteiden tutkimuskeskus
PL 30, 00271 Helsinki

SIDONNAISUUDET

TAINA LAAJASALO, MATTI HUTTUNEN, MAIJA LINDGREN, MARKO MANNINEN, ULLA MUSTONEN, JAANA SUVISAARI, SEBASTIAN THERMAN: Ei sidonnaisuuksia.

Summary

Risk symptoms of psychosis in the young

Early intervention may postpone or even prevent the onset of psychosis and relieve symptom-related anxiety. Support and follow-up observation requires up-to-date knowledge of the nature of the risk symptoms of psychosis and of the therapy of the person having symptoms within the healthcare system. Healthcare professionals should be aware of the limitations of present research information in order to assess the correct magnitude of the risk of psychosis. Although a person assigned by current methods to the risk group presents a higher than tenfold risk compared with the rest of the population, improvement of prognostic accuracy remains as the central research issue.

KIRJALLISUUTTA

- Amminger GP, Leicester S, Yung AR, ym. Early-onset of symptoms predicts conversion to non-affective psychosis in ultra-high risk individuals. *Schizophr Res* 2006;84:67–76.
- Amminger G, Schaefer MR, Papageorgiou K, ym. Omega-3 fatty acids reduce the risk of early transition to psychosis in ultra-high risk individuals: a double-blind randomized, placebo-controlled treatment study. *Schizophr Bull* 2007;33:418–9.
- Amminger GP, Schäfer MR, Papageorgiou K, ym. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: A randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:146–54.
- Bechdolf A, Thompson A, Nelson B, ym. Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:377–84.
- Brewer WJ, Wood SJ, Phillips LJ, ym. Generalized and specific cognitive performance in clinical high-risk cohorts: a review highlighting potential vulnerability markers for psychosis. *Schizophr Bull* 2006;32:538–55.
- Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, ym. Prediction of psychosis in Youth at High Clinical Risk. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:28–37.
- Carpenter W. Anticipating DSM-V: Should psychosis risk become a diagnostic class? *Schizophr Bull* 2009;35:841–3.
- Corcoran C, Davidson L, Sills-Shahar R, ym. A qualitative research study of the evolution of symptoms in individuals identified as prodromal to psychosis. *Psychiatr Q* 2003;74:313–32.
- Corcoran C, Malaspina D, Hercher L. Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being “at risk”. *Schizophr Res* 2005;73:173–84.
- Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, ym. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J Clin Psychiatry* 2007;68:546–57.
- Correll C, Hauser M, Auther A, Cornblatt B. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:390–431.
- Fromman I, Puprop R, Brinkmeyer J, ym. Neuropsychological profiles in different at-risk states of psychosis: Executive control impairment in the early – and additional memory dysfunction in the late – prodromal state. *Schizophr Bull* 2010, julkaistu verkossa 6. tammikuuta, DOI: 10.1093/sbul/sbp155.
- Fusar-Poli P, Valmaggia L, McGuire P. Can antidepressants prevent psychosis? *Lancet* 2007; 370:1746–8.
- Granó N, Karjalainen M, Anto J, Itkonen A, Edlund V, Roine M. Intervention to improve level of overall functioning and mental condition of adolescents at high risk of developing first-episode psychosis in Finland. *Early Interv Psychiatry* 2009;3:94–8.
- Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. BSABS: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. Berliini Heidelberg, New York: Springer, 1997.
- Haroun N, Dunn L, Haroun A, Cadenhead KS. Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophr Bull* 2006;32:166–78.
- Heinimaa M, Salokangas RKR, Ristkari T, ym. PROD-screen – a screen for prodromal symptoms of psychosis. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:92–104.
- Heinimaa M, Svriskis T. Kuinka hoitaa psykoosi-riisissä olevaa? *Suom Lääkäril* 2005;30–32: 3003–8.
- Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:158–64.
- Joa I, Johannessen JO, Auestad B, ym. The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophr Bull* 2008;34:466–72.
- Keefe RS, Perkins DO, Gu H, Zipursky RB, Christensen BK, Lieberman JA. A longitudinal study of neurocognitive function in individuals at-risk for psychosis. *Schizophr Res* 2006;88:26–35.
- Lindgren M, Manninen M, Laajasalo T, ym. The relationship between psychotic-like symptoms and neurocognitive performance in an adolescent psychiatric sample (Schizophr Res 2010, painossa).
- Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK, Rine A, Cannon TD. The Prodromal Questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophr Res* 2005;79:117–25.
- McGlashan TH, Addington J, Cannon T, ym. Recruitment and treatment practices for help-seeking “prodromal” patients. *Schizophr Bull* 2007;33:715–26.
- McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, ym. Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis: a review and future directions. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1206–12.
- Meyer SE, Bearden CE, Lux SR, ym. The psychosis prodrome in adolescent patients viewed through the lens of DSM-IV. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005;15:434–5.
- Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, ym. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: Preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2002;159:863–5.
- 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.
- Morrison AP, French P, Walford L, ym. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatr* 2004;185:291–7.
- Niendam TA, Berzak J, Cannon TD, Bearden CE. Obsessive compulsive symptoms in the psychosis prodrome: correlates of clinical and functional outcome. *Schizophr Res* 2009;108:170–5.
- Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas R, ym. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:241–51.
- Salokangas R., Heinimaa M., Suomela T, ym. Psykoosiattitudien arvioinnin opas. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 2002.
- Skitsofrenia. [verkkoversio] Käypä hoito -suositus. Suomen Psykiatriyhdisty ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2004 [päivitetty 1.1.2008]. www.kaypahoito.fi.
- Suomela T, Salokangas K. R. Psykoosia edeltävä oireilu. *Duodecim* 2004;120:1827–30.
- Simon AE, Cattapan-Ludewig K, Gruber K, ym. Subclinical hallucinations in adolescent outpatients: an outcome study. *Schizophr Res* 2009;108:265–71.
- Svriskis T, Korkeila J, Heinimaa M, ym. Axis-I disorders and vulnerability to psychosis. *Schizophr Res* 2005;75:439–46.
- Svriskis T, Korkeila J, Heinimaa M, ym. Quality of life and functioning ability in subjects vulnerable to psychosis. *Compr Psychiatry* 2007; 48:155–60.
- Suvisaari J. Voiko skitsofreniaan sairastumista ennustaa? *Duodecim* 2003;119:1424–30.
- Thompson J, Kelly, M, Kimhy, D, ym. Childhood trauma and prodromal symptoms among individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2009;108:176–81.
- Valiakalayil A, Paulson L, Tibbo P. Burden in adolescent children of parents with schizophrenia: The Edmonton High Risk Project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:528–35.
- Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:663–8.
- Walker EF, Cornblatt BA, Addington J, ym. The relation of antipsychotic and antidepressant medication with baseline symptoms and symptom progression: a naturalistic study of the North America Prodrome Longitudinal Sample. *Schizophr Res* 2009;115:50–7.
- Woods, SW, Addington J, Cadenhead CS, ym. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophr Bull* 2009;35:894–908.
- Yung A R, Nelson B, Stanford C, ym. Validation of “prodromal” criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophr Res* 2008;105:10–7.
- Yung A R, Nelson B, Baker K, Buckley JA, Bakshiev G, Cosgrave EM. Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:118–28.
- Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, ym. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl.);14–20.
- Yung AR, Stanford C, Cosgrave E, ym. PDTesting the Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophr Res* 2006;84:57–66.
- Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, ym. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:964–71.