

1739

**NEUROLEPTIHOIDON VAIKUTUS AKUUTIN
PSYKOOSIN OIREISIIN**

Mika Janhunen
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Kesä 1999

TIIVISTELMÄ

NEUROLEPTIHOIDON VAIKUTUS AKUUTIN PSYKOOSIN OIREISIIN

Tekijä: Mika Janhunen

Ohjaaja: Jukka Aaltonen

Psykologian pro gradu -työ, Jyväskylän yliopiston psykologian laitos, 1999, 41 sivua, 1 liite.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää neuroleptilääkityksellä ja niitä ilman hoidettujen potilaiden kahden vuoden hoitotulosta. Tutkimus on osa akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimus- ja kehittämisprojektia (API-projekti). Tutkittaviksi valittiin 68 potilasta, joille oli alkumittauksen lisäksi kahden vuoden seuranta vaiheessa tehty BPRS-arviointi (Brief Psychiatric Rating Scale). Potilaista 41 oli saanut skitsofrenia-diagnoosin (skitsofrenia, skitsofreniforminen ja skitso-affektiivinen) ja 27 potilasta muut nonaffektiiviset psykoosit-diagnoosin (harhaluuloisuushäiriö ja lyhytkestoinen tai tarkemmin määrittelemätön psykoosi). Tässä tutkimuksessa viitekehystenä oli tarpeenmukaisen hoidon malli, joka on ollut hoitoa ohjaava ajattelutapa koko API-projektissa. Tutkimus on luonteeltaan ns. toimintatutkimus, joka ei sisällä kontrolliryhmiä. Aineiston analyysi suoritettiin tilastollisin menetelmin. Tutkimuksen tuloksena voitiin todeta, että neuroleptihoidettujen potilaiden oireiden väheneminen ei eronnut niitä ilman hoidetuista potilaista. Tämä tulos tukee hypoteesia, ettei neuroleptilääkitys ole kaikkien potilaiden kohdalla tarpeellista, jos tarjolla on muuta psykososiaalista hoitoa.

Avainsanat: tarpeenmukainen hoito, API-projekti, neurolepti, akuutti psykoosi, skitsofrenia

SISÄLTÖ

JOHDANTO	1
MENETELMÄT	4
Tarpeenmukaisen hoidon kulku	4
Tutkimushenkilöt	6
Tutkimusmenetelmät	8
Brief Psychiatric Rating Scale	9
Tilastolliset analyysimenetelmät	10
TULOKSET	11
Neuroleptien vaikutus psyykkisten oireiden muutokseen kahden vuoden hoitoaikana eri diagnoosiryhmissä	11
Neuroleptien vaikutus psyykkisten oireiden muutokseen hoitoon tulovaiheessa vakavasti oireilleilla ja keskimääräistä vähemmän oireilleilla potilailla	15
POHDINTA	18
LÄHTEET	21
LIITTEET	25

JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on osaltaan auttaa akuutin psykoosin integroidun hoidon kehittämistä Suomessa (API-projekti). Kyseinen projekti on vuonna 1992 alkanut kuuden eri sairaanhoitopiirin yhteistyönä toteuttama tutkimus- ja kehittämisprojekti, jonka tarkoituksena on 1) kehittää akuutin skitsofreniatyyppin psykoosien hoitoa, 2) tutkia neuroleptilääkityksen tarvetta, kun potilaita hoidetaan psykoterapeuttisesti orientoituneesti ja perhekeskeisesti alusta lähtien sekä 3) seurata lyhyellä ja pitkällä aikavälillä potilaiden psykososiaalisen tilan kehitystä (Lehtinen ym., 1996). Erityisenä mielenkiinnon kohteena on verrata neuroleptihoitoa saaneiden ja ilman neuroleptejä hoidettujen potilaiden ennustetta ja selvittää missä tapauksissa neuroleptihoito voitaisiin välttää.

Akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimus- ja kehittämisprojekti on jatkoa pitkäjänteiselle skitsofrenian piiriin kuuluvien psykoosien tutkimukselle Suomessa (Alanen, 1997). Erityisesti Turun psykiatrian klinikalla on aktiivisesti aina vuodesta 1968 lähtien tutkittu neljän eri potilaskohortin avulla skitsofrenian hoitoa ja ennustetta. Tutkimus on ollut psykoterapeuttisesti suuntautunutta ja tarkoituksena on ollut kehittää hoitotapoja, joita olisi mahdollista soveltaa yleisesti julkisen psykiatrisen terveydenhuollon piirissä. Aluksi hoito keskittyi psykodynaamisesti suuntautuneeseen yksilöterapiaan ja oli pääosin sairaalakeskeistä (Räkköläinen, 1977; Salonen, 1979). Tutkimustyön tuloksena alettiin 1970-luvulla painottaa avohoito- ja kuntoutustoimintojen merkitystä ja lääkehoidon käyttö itsestäänselvänä hoitomuotona kyseenalaistettiin (Salokangas, 1977). Hoidon kehittämisen painopiste siirtyi perhe- ja ympäristökeskeiseksi, jossa merkitykselliseksi nähtiin potilaan perheen huomioon ottaminen osana hoitoa (Alanen ym., 1978).

Kahdeksankymmentäluvun alkupuolella keskeisiksi hoidon alkuvaiheen menetelmiksi tulivat systeemikeskeisesti suuntautuneet perhetapaamiset (Alanen, 1997). Nämä osoittautuivatkin heti alusta alkaen varsin tehokkaiksi ja niitä alettiin kutsua *hoitokokouksiksi*. Turun skitsofreniaprojektin tutkimuskohorttien vertailussa voitiin todeta, että hoidon alkuvaiheessa toteutettu perhekeskeinen interventio oli todella kannattanut (Lehtinen, 1994).

Turun tutkimus- ja kehittämistyön tuloksena alettiin akuutin skitsofreniatyyppin hoitomallia kutsua *tarpeenmukaiseksi hoidoksi* (Alanen, 1986, 1991, 1993, 1997). Nimitys kuvaa skitsofreniatyyppin psykoosien hoidollisten tarpeiden heterogeenisyyttä ja yksilöllisyyttä. Keskeisiksi periaatteiksi tarpeenmukaiselle hoidolle muotoiltiin hoidollisen tilanteen psykologinen ymmärtäminen ja prosessiluonne, jossa huomioidaan potilaan hoidon aikana muuttuvat tarpeet. Tarpeenmukaisen hoidon mukaan eri hoitomuotojen tulee toimia jokaisen potilaan kohdalla joustavasti ja toisiaan tukevasti. Lansi-Pohjan alueella (Tornio) tarpeenmukaista hoitoa on edelleen kehitetty (Haarakangas 1997; Seikkula ym., 1995). Psykoterapeuttista ja muuta psykiatrista hoitoa on alettu kutsua *avoimen dialogin hoitomalliksi*, joka kuvaa perheen, potilaan ja hoitohenkilökunnan avointa kommunikointia ja verkostokeskeisyyttä hoidon suunnittelussa. Nopealla interventiolla ja avoimella perhekeskeiselle työskentelyllä ollaankin saavutettu merkittäviä tuloksia akuuttien psykoosien hoidossa (Tuori, 1994).

Tarpeenmukainen hoito perustuu integroivaan lähestymistapaan skitsofreenisten psykoosien hoidossa, jossa yhdistyy biologinen ja psykososiaalinen sairauskäsitys (Alanen, 1997). Perinteisesti skitsofreenisten psykoosien hoidossa ja tutkimuksessa on painotettu biologisia syytekijöitä. Hoitomuotona on tällöin ollut erityisesti neuroleptilääkitys, joilla on niiden käyttööntulon jälkeen (1950-luvulla), ollut merkittävä asema psykoosien hoidossa. Neuroleptien hyödyllisyys akuuttien psykoosien hoidossa onkin kiistaton (mm. Davis & Gierl, 1984; Kane & Marder, 1993; Buchanan, 1995). Kuitenkin niiden haitallisista, jopa vammauttavista sivuvaikutuksista johtuen, niiden käyttöä itsestäänselvänä hoitomuotona on erityisesti viime vuosina alettu kritisoida (Carpenter, 1997; Cohen, 1994; Keck ym., 1989). Neuroleptien vaikutus on todettu kohdistuvan ns. positiivisiin oireisiin, kuten levottomuuteen, aistiharhoihin sekä harhaluuloihin (mm. Davis, 1990; Wyatt, 1991; Dixon, Lehman & Levine 1995). Sen sijaan ne eivät juurikaan vaikuta ns. negatiivisiin oireisiin, eli affektien sammumiseen, autismiin ja saattavat jopa lisätä esim. masentuneisuutta (Harrow ym., 1994; Krakowski, 1997).

Näistä lähtökohdista Turun tutkimussarjan seuraava vaihe oli Kupittaa sairaalassa toteutettu pilottitutkimus, jossa oli tarkoitus kartoittaa neuroleptilääkityksen välttämättömyyttä ja määrittää aikaisempaa tarkemmin lääkehoitojen indikaatioita

(Vuorio ym. 1993). Kuppittaa tutkimustulokset tukivat hypoteesia, ettei neuroleptihoidon osuus olisikaan niin keskeinen, kunhan tarjolla on muita psykososiaalisia hoitomuotoja. Näiden kokemusten ja aikaisempien tutkimusten pohjalta Lehtinen ym. (1996) ovat esittäneet hypoteesin, että akuutista skitsofreniasta ja ei-affektiivisesta psykoosista kärsivät potilaat voitaisiin jakaa kolmeen ryhmään sen mukaan, miten he hyötyvät neuroleptihoidosta: 1) Ensimmäisen ryhmän muodostavat potilaat, jotka selviävät psykoottisista oireistaan melko nopeasti. He eivät tarvitse neuroleptihoitoa ja siitä saattaa olla heille jopa haittaa. 2) Toisen ryhmän muodostavat potilaat, jotka tarvitsevat neuroleptihoitoa kaikissa hoidon vaiheissa. 3) Kolmannessa ryhmässä on potilaat, jotka hyötyvät neuroleptihoidosta, mutta selviävät ilmankin, jos tarjolla on intensiivistä psykososiaalista hoitoa. Psykososiaalisten hoitomuotojen merkitystä ovat korostaneet myös muutamat vanhemmat kansainväliset tutkimukset (Carpenter, 1977; Paul & Lentz, 1977).

Tämän tutkimuksen aineisto on koottu Akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimus- ja kehittämisprojektista (API-projekti). Tarkoitukseni on selvittää neuroleptihoidon vaikutusta potilaiden psyykkisten oireiden muutoksessa kahden vuoden seuranta-aikana. Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

- 1. Miten neuroleptihoidettujen ja niitä ilman hoidettujen potilaiden psyykkiset oireet ovat muuttuneet kahden vuoden seuranta-aikana eri diagnoosiryhmissä?**
- 2. Miten neuroleptihoidettujen ja niitä ilman hoidettujen potilaiden psyykkiset oireet ovat muuttuneet kahden vuoden seuranta-aikana hoitontulovaiheessa vakavasti ja vähemmän oireilleiden potilaiden ryhmissä?**

MENETELMÄT

Tarpeenmukaisen hoidon kulku

Tarpeenmukaisen hoidon mallia sovellettiin vuosina 1981-1987 toteutetussa valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa ja näiden kokemusten pohjalta on julkaistu raportti "Skitsofrenian hoito ja kuntoutus - Hoitomalli" (Lääkintöhallituksen julkaisu, 1987). Uusien skitsofreniapotilaiden hoitomallin keskeiset periaatteet ovat seuraavat (Alanen, 1990):

1. *Terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti sekä jokaisessa tapauksessa yksilöllisesti niin, että ne parhaiten kohtaisivat sekä potilaan että hänen lähimpään vuorovaikutusverkostoonsa kuuluvien ihmisten todetut ja muuttuvat hoidolliset tarpeet.*
2. *Hoidon prosessiluonne on selvästi ymmärrettävä ja säilytettävä.*
3. *Tutkimusta ja hoitoa luonnehtivat psykoterapeuttinen asenne.*
4. *Erilaisten terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan, ei vaikuttaa toisiaan vastaan.*

Lisäksi hoitomallissa korostetaan vuorovaikutuskeskeisen ajattelun pohjalta nousevia periaatteita (Alanen, 1990):

1. *Potilaan mukaanottaminen häntä koskeviin tilanteisiin.*
2. *Perheiden ja ystävien sekä muiden potilaalle tärkeiden ihmisten mukanaolo ja säännönmukainen tapaaminen heti intensiivisen alkutilanteen selvittelystä lähtien.*
3. *Vuorovaikutuskeskeinen tarkastelutaso.*

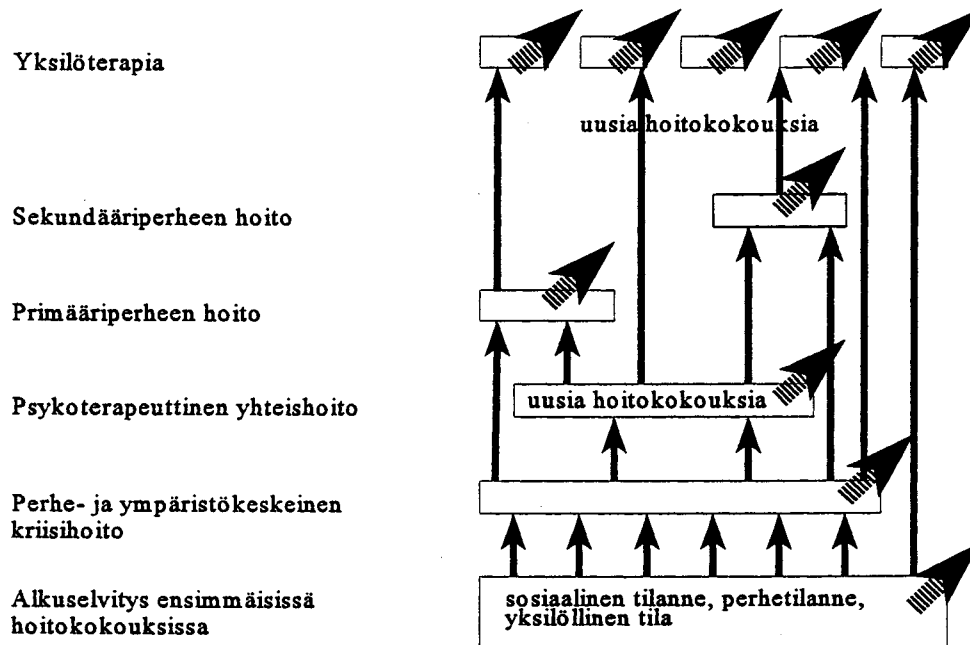
Hoitomallin keskeisenä lähtökohtana ovat *hoitokokoukset* (Räkköläinen, 1991). Hoitokokoukset ovat osoittautuneet tehokkaiksi interventioiksi hoidon alkaessa ja niitä voidaan hoitomallin mukaisesti järjestää tarpeen mukaan hoidon edetessä. Ensimmäisen tapaamisen aikana pääpaino on saavuttaa yhteinen ymmärrys potilaan ja hänen perheensä tilanteesta. Hoitoa ohjaa ja integroi moniammattipohjainen psykoosiryhmä. Näitä

työryhmiä on kansallisen skitsofreniaprojektin suositusten mukaan perustettu Suomeen laajasti eri psykiatrian vastuualueille (Tuori, 1994).

Kuviossa 1. on esitetty tarpeenmukaisen hoidon kulku ja psykoterapeuttisten menetelmien painottuminen hoidon edetessä. Tummat, kapeat nuolet osoittavat, miten hoidollinen painopiste siirtyy hoitomuodosta toiseen ja vinot nuolet kuvaavat hoidon päättymistä. (Alanen, 1993).

TERAPIAMUOTO

HOIDON KULKU



Kuvio 1. Eri terapiamuotojen tavallisin painottuminen skitsofrenian tarpeenmukaisessa hoidossa (Alanen, 1993 s.257).

Alimpana kuviossa on alkuselvytys, joka on hoidon lähtökohta (Alanen, 1986, 1990, 1993, 1997). Sen tehtävä on kartoittaa potilaan perheen ja muiden tärkeiden henkilöiden vuorovaikutusverkon tilanne ja se pyritään järjestämään mahdollisimman nopeasti potilaan hoitoon tulon jälkeen. Alkuselvytys eli ensimmäinen hoitokokous, toimii diagnostisena tilanteena ja aloittaa kriisi-intervention, joita järjestetään lisää seuraavien päivien aikana. Painopiste hoidon alussa on perhe- ja ympäristökeskeisessä hoidossa,

johon sisältyy myös jokaisen potilaan yksilöterapiatan tarpeen selvittäminen. Tarvittaessa voidaan soveltaa useampia hoitomuotoja samanaikaisesti. Tällöin hoidollisen prosessin painopiste siirtyy useimmiten vähemmän spesifistä perhe- ja ympäristökeskeisistä hoitomuodoista spesifisempiin ja yksilökeskeisempiin. Hoidon painopiste on ensin perheterapiassa ja siirtyy yksilöterapiaan vasta, kun sen onnistumiselle on perheterapian kautta luotu paremmat edellytykset. Neuroleptisen lääkehoidon aloittamista pyritään alkuvaiheessa viivyttämään ja huomio keskitetään potilaan psykologisen tilan selvittämiseen ja ymmärtämiseen.

Tutkimushenkilöt

API- projektin aineisto kerättiin 1.4.1992 - 31.12.1993 välisenä aikana tutkimuskeskuksiin ensi kertaa hoitoon hakeutuneista psykoottisista potilaista, jotka täyttivät seuraavat kriteerit (Tutkimussuunnitelma, 1992):

1. Uusi potilas, jonka diagnoosi DSM III R:n luokituksen mukaan on skitsofrenia, skitsofreniforminen psykoosireaktio, skitso-affektiivinen psykoosi, harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoosireaktio tai epätyypillinen tai tarkemmin määrittelemätön psykoosi.
2. Vakituinen asuinpaikka on hoitoyksikön psykiatrisella vastuualueella.
3. Ikä 15-44 vuotta.
4. Potilasta tarjotaan tai hän on tarjoutumassa hoitoyksikköön.
5. Potilas suostuu tutkimukseen.

Poissulkukriteerinä on aikaisempi neuroleptilääkitys, aiempi intensiivinen psykoterapia, vakava somaattinen sairaus, vakava itsemurhan vaara tai väkivallan uhka.

API- projektin aineistoksi tuli 136 potilasta, joista 60% (n=81) oli miehiä ja naisia 40% (n=55) (Lehtinen ym., 1996).

Tähän tutkimukseen valittiin kahden vuoden seuranta-aika ja aineistosta pöimittiin ne potilaat, joille oli alkumittauksen lisäksi tehty kahden vuoden seuranta-vaiheessa psyykkistä oireilua mittaava BPRS- arviointi (Brief Psychiatric Rating Scale). Tällaisia potilaita oli yhteensä 68, joista miehiä oli 37 ja naisia 31 (taulukko 1.). Miesten ikäjakauma oli 18-40 v. ja naisten 18-44 v.

TAULUKKO 1. Potilaiden ikäjakaumat sukupuolen mukaan (n=68).

Ikäryhmät	Miehiä(n = 37)		Naisia(n = 31)		Kaikki(n = 68)	
	f	%	f	%	f	%
15 - 24 v.	12	32	8	26	20	29
25 - 34 v.	19	51	15	48	34	50
35 - 44 v.	6	16	8	26	14	21

Api-projekti on toteutettu monikeskustutkimuksena. Tämän tutkimuksen potilaat jakautuivat tutkimuskeskuksiin seuraavasti: Jorvin sairaalassa hoidettuja oli 18, Kangasvuoren sairaalasta oli 10, Keroputaan sairaalasta oli 22, Kupittaaan sairaalasta oli 10, Paloniemen sairaalasta oli 4 ja Turun psykiatrian klinikassa hoidettuja potilaita oli 4 (taulukko 2.).

TAULUKKO 2. Tutkimushenkilöiden jakautuminen hoitopaikkoihin (n=68).

Tutkimuspaikka	Miehiä (n = 37)		Naisia (n = 31)		Kaikki (n = 68)	
	f	%	f	%	f	%
Jorvin sairaala (Espoo)	10	27	8	26	18	26
Kangasvuoren sairaala (JKL)	6	16	4	13	10	15
Keroputaan sairaala (Tornio)	13	35	9	29	22	32
Kupittaaan sairaala (Turku)	4	11	6	19	10	15
Paloniemen sairaala (Lohja)	1	3	3	10	4	6
Turun psykiatr. klinikka	3	8	1	3	4	6

Potilaiden diagnostiset arviot ja hoitoihin liittyvät tiedot kerättiin hoitopaikoissa tehtyjen arviointien pohjalta. Tiedot oli kirjattu semistrukturoidulla skitsofreniapotilaiden

arviointilomakkeella (API-projektin tutkimuslomake) viimeistään kolmen viikon kuluttua potilaan hoitoon tulon jälkeen sekä seuranta-arviot vastaavalla lomakkeella puolen vuoden, yhden vuoden ja kahden vuoden kuluttua hoitoon tulosta (Tutkimussuunnitelma, 1992). Potilaiden diagnoosit oli varmistettu puolen vuoden seuranta-ajan jälkeen.

Tämän tutkimuksen koehenkilöistä skitsofrenia diagnoosin oli saanut 21 potilasta, skitsofreniformisia potilaita oli 18, skitso-affektiivisiä potilaita oli 7, harhaluuloisuushäiriöisiä oli 6 ja epätyylillisen tai tarkemmin määrittelemättömän psykoosi- diagnoosin oli puolestaan saanut 24 potilasta. Ryhmien kokoeroista johtuen, potilaat jaettiin tähän tutkimukseen skitsofrenia- ja muut nonaffektiiviset psykoosit-ryhmään (taulukko 3.). Jatkossa muut nonaffektiiviset psykoosit-ryhmästä käytetään nimitystä muut psykoosit.

TAULUKKO 3. Tutkimushenkilöiden diagnoosit DSM III-R:n mukaan (n=68).

Diagnoosi	Miehiä (n = 37)		Naisia (n = 31)		Kaikki (n = 68)	
	f	%	f	%	f	%
Skitsofrenia	24	65	17	55	41	60
- skitsofrenia						
- skitsofreniforminen						
- skitso-affektiivinen						
Muut nonaffektiiviset psykoosit	13	35	14	56	27	40
- harhaluuloisuushäiriö						
- lyhytkestoinen tai tarkemmin määrittelemätön psykoosi						

Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen mittariksi valittiin potilaiden psyykkisiä oireita kuvaava Brief Psychiatric Rating Scale- arviot alkumittauksessa ja kahden vuoden seurannassa. BPRS-arviot oli tehty tutkimuskeskuksissa psykoosityöryhmien toimesta työryhmäperiaatteella.

Taustamuuttujiksi valittu *neuroleptilääkitys*, määriteltiin tutkimuslomakkeisiin kirjatuista tiedoista siten, että eroteltiin potilaat sen mukaan, olivat he kahden vuoden seuranta-aikana saaneet neuroleptilääkitystä. Annosten määrää tai neuroleptihoidon kestoa ei huomioitu. Neuroleptihoitoa oli saanut kaikkiaan 39/68 (57%) potilasta. Skitsofrenia diagnoosin saaneista potilaista 25/41 (61%) ja muut psykoosit diagnoosin saaneista 14/27 (52%) potilasta.

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Brief Psychiatric Rating Scale on kehitetty psykiatriseen tutkimukseen ja diagnosointiin (Overall & Gorham, 1962). Mittarin oireet on seulottu faktorianalyysillä lukuisten tutkimusten kautta. Arviointi tapahtuu haastattelun ja mahdollisesti potilaan käyttäytymisen tarkkailun perusteella esim. osastohoidon aikana. Overall & Gorham (1962) suosittaa ryhmäarviointeja, jolloin yksittäisten tutkijoiden näkemuserot tasoittuvat.

BPRS-mittaria on käytetty laajasti niin tutkimustarkoituksissa kuin diagnostiikassakin ja se on yleisesti hyväksytty luotettavaksi mittariksi (Hedlund & Vieweg, 1980). API- projektissa on käytetty Wilesin ja Kolaskowskan 19- osaista BPRS- versiota. Osiot on 7-asteikkoisia välillä, ei oireita-erittäin vakavat oireet. (Tutkimussuunnitelmat, 1992). Lomakkeesta on ollut erillinen suomenkielinen ohjeisto (kts. liite 1.)

BPRS- asteikko oireista voidaan jakaa ajatushäiriöihin, masentuneisuuteen sekä ns. negatiivisiin/positiivisiin oireisiin.

1. Ajatushäiriöt

- emotionaalinen sulkeutuneisuus, ajatusten hajanaisuus, suuruusajatukset (grandioottisuus), epäluuloisuus, hallusinaatiot, oudot ajatussisällöt ja affektien sammuminen.

2. Ahdistuneisuus ja depressio

- huolestuneisuus terveydestä, ahdistuneisuus, syyllisyydentunne, rauhattomuus ja jännittyneisyys, maneerit ja oudot asennot, masentunut mieliala, vihamielisyys ja aggressiivisuus, psykomotorinen estyneisyys ja vastahakoisuus.

3. Positiiviset oireet

- ajatusten hajanaisuus, hallusinaatiot ja oudot ajatussisällöt.

4. Negatiiviset oireet

- emotionaalinen sulkeutuneisuus, psykomotorinen estyneisyys ja affektien sammuminen.

Tilastolliset analyysimenetelmät

Aineiston tilastollinen käsittely suoritettiin SPSS 8.0 -ohjelmalla. Tutkimuksessa käytetyt muuttujat ovat pääosin intervalliasteikollisia ja jakaumat lähellä normaalijakaumaa.

Neuroleptihoidon vaikutusta potilaiden oireiden muutokseen kahden vuoden seuranta-aikana tutkittiin keskiarvojen profiilianalyysillä pitkittäisaineistolle (MANOVA).

Kyseisessä analyysissä keskeinen mielenkiinnon kohde on muuttujien keskiarvoprofiilien yhdensuuntaisuuden tutkiminen valittujen ryhmien suhteen (Nummema ym., 1996).

Analyysi kertoo neuroleptihoitoryhmien (neuroleptilääkitys, ei neuroleptilääkitystä) väliset tasoerot saman- (muutosvaikutus) sekä erisuuntaisen (yhdysvaikutus) muutoksen ryhmämuuttujissa. Tuloksia tarkennettiin lisäksi riippumattomien otosten t-testillä (ANOVA).

TULOKSET

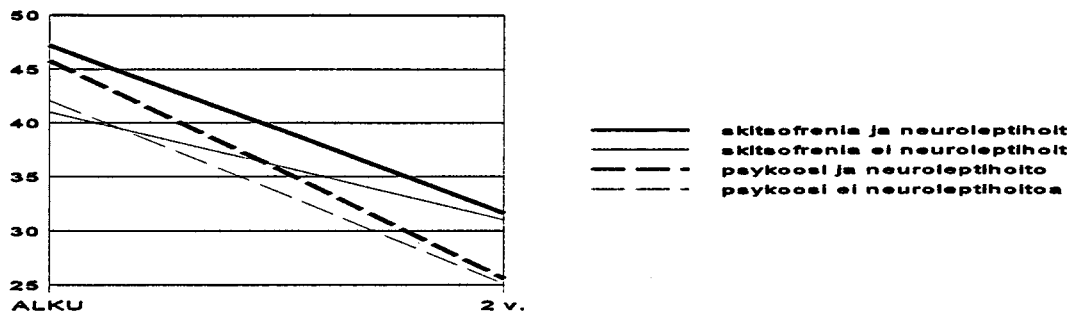
Tässä tutkimuksessa oli mukana 68 potilasta API-projektin 136:sta tutkimuspotilaasta. Aineiston kattavuutta koko API-projektiin nähden tutkittiin vertaamalla tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden hoitoon tulovaiheen oireita niihin potilaisiin, joille ei kahden vuoden seurantavaiheessa ollut tehty BPRS-arviointia, ja jotka tästä syystä jäivät pois tästä tutkimuksesta. Riippumattomien otosten t-testillä voitiin todeta, ettei hoitoon tulovaiheen oireissa ollut ryhmien välillä eroja skitsofreenisten ($t(69)=,05$ $p<.958$) tai muiden psykoottisten ($t(42)=-,02$ $p<.989$) potilaiden kohdalla. Aineiston voidaankin katsoa tältä osin olevan kattava koko API-projektin aineistoon nähden.

Neuroleptien vaikutus psyykkisten oireiden muutokseen kahden vuoden hoitoaikana eri diagnoosiryhmissä

Neuroleptihoidon vaikutuksia skitsofreenisten ja muiden psykoottisten potilaiden hoidossa tutkittiin keskiarvojen profiilianalyysillä pitkäaikaista aineistolle (MANOVA). Hoitoon tulovaiheen ja kahden vuoden seurantavaiheen keskiarvojen eroja tutkittiin riippumattomien otosten t-testillä. Ensin tarkasteltiin neuroleptihoitoa saaneiden ja niitä ilman hoidettujen potilaiden oireiden muutosta diagnoosiryhmittäin. Psyykkiset oireet jaettiin ajatushäiriöihin, masentuneisuuteen, positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin.

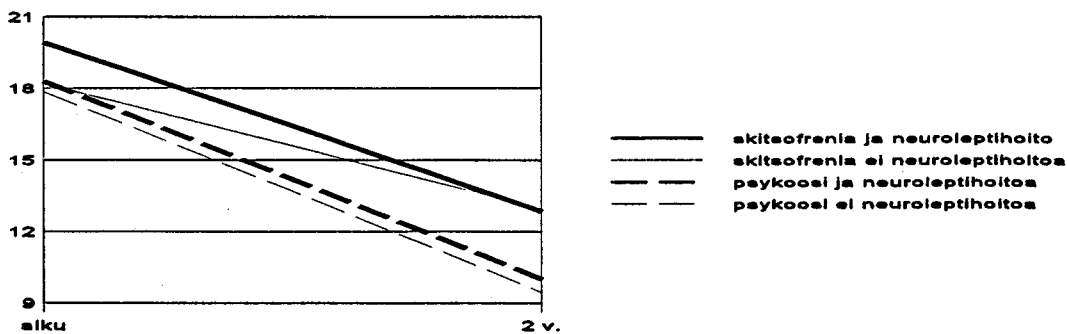
Kuviossa 2.(s.12) on esitetty BPRS-mittarin oireprofiilit eri diagnoosiluokissa jaettuna neuroleptihoidettuihin ja niitä ilman hoidettuihin potilaisiin. Psyykkiset oireet olivat vähentyneet tilastollisesti erittäin merkitsevästi kahden vuoden seuranta-aikana niin skitsofreenisten ($F(1,39)=27,72$ $p<.001$) kuin muidenkin psykoottistenkin ($F(25,1)=60,30$ $p<.001$) potilaiden kohdalla, jossa neuroleptihoito ei ollut aiheuttanut tilastollisesti merkitsevää eroa. Hoitoon tulovaiheessa neuroleptihoitoa olivat saaneet ne skitsofreeniset potilaat, joiden oireet olivat tilastollisesti hieman vakavammalla ($t(39)=-1,92$ $p<.063$). Muiden psykoottisten potilaiden kohdalla hoitoon tulovaiheessa neurolepteilla hoidettujen potilaiden oireet eivät eronneet tilastollisesti merkisevästi niitä ilman hoidetuista potilaista. Myöskään diagnoosiryhmien välillä eivät oireet poikenneet

hoitoon tulovaiheessa tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Kahden vuoden aikana psyykkiset oireet olivat vähentyneet molemmissa diagnosoiryhmissä samalle tasolle riippumatta neuroleptihoidosta. Muiden psykoottisten potilaiden oireet olivat kuitenkin vähentyneet skitsofreenisia potilaita enemmän ($t(66)=2,34$ $p<.023$). Iällä ja sukupuolella ei ollut tilastollista vaikutusta oireiden vähenemiseen.



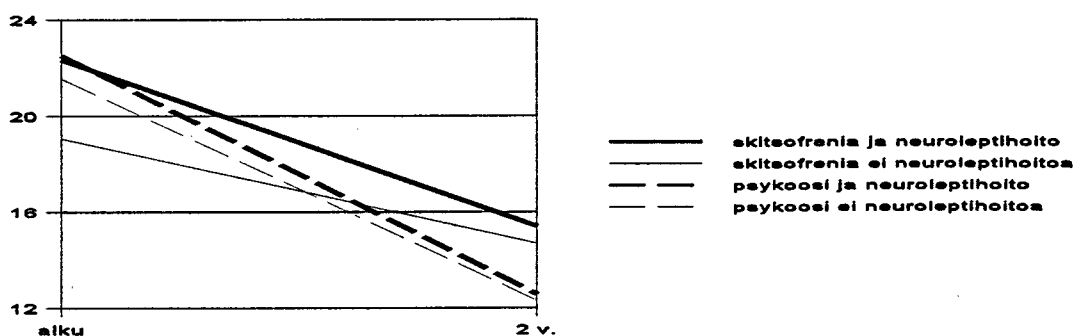
Kuvio 2. Neuroleptihoidon vaikutus psyykkisten oireiden muutokseen kahden vuoden aikana eri diagnosoiryhmissä (BPRS-mittari).

Ajatushäiriöt olivat vähentyneet kahden vuoden hoitoaikana tilastollisesti erittäin merkitsevästi niin skitsofreenisten ($F(1,39)=20.59$ $p<.001$) kuin muiden psykoottistenkin ($F(1,25)=66.72$ $p<.001$) potilaiden kohdalla (kuvio 3.). Neuroleptihoido ei ollut vaikuttanut ajatushäiriöiden vähenemiseen kummassakaan diagnosoiryhmässä. Hoitoon tulovaiheessa oireet olivat lähes samalla tasolla kaikkien hoitoryhmien kohdalla. Kahden vuoden seurannassa muiden psykoottisten potilaiden ajatushäiriöt olivat vähentyneet skitsofreenisia potilaita merkittävämmiin ($t(66)=2,11$ $p<.04$).



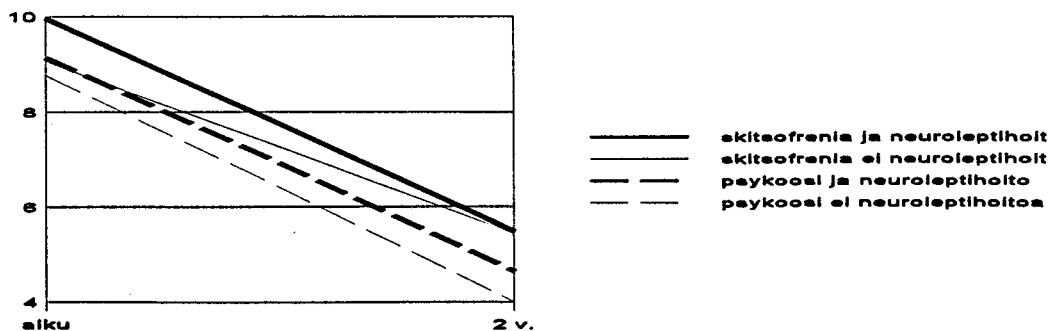
Kuvio 3. Neuroleptihoidon vaikutus ajatushäiriöiden muutokseen eri diagnosoilyluokissa.

Masentuneisuus ja ahdistuneisuus oli vähentynyt riippumatta neuroleptihoidosta tilastollisesti erittäin merkittävästi niin skitsofreenisten ($F(1,39)=22.25$ $p<.001$) kuin muiden psykoottistenkin ($F(1,25)=44.02$ $p<.001$) potilaiden kohdalla (kuvio 4.). Hoitoon tulovaiheessa neuroleptihoitoa saaneet skitsofreeniset potilaat olivat ahdistuneempia ja masentuneempia, mikä kuitenkin ei tilastollisesti ollut merkittävää ($t(39)=-1,79$ $p<.083$). Myös nämä oireet olivat muiden psykoottisten potilaiden kohdalla vähentyneet skitsofreenisia enemmän ($t(66)=2,40$ $p<.02$).



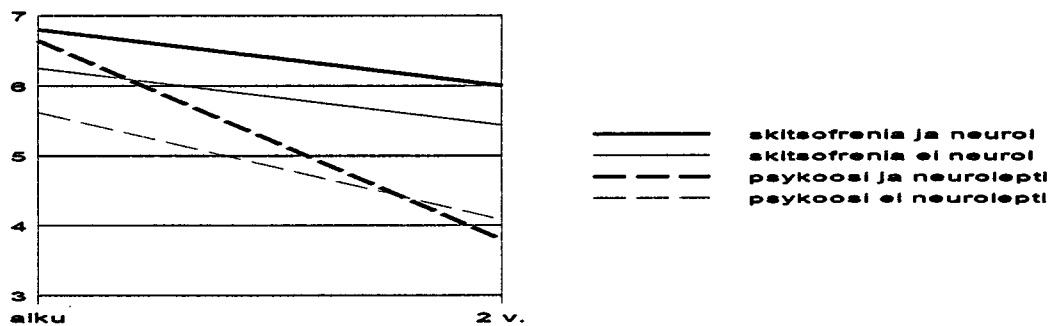
Kuvio 4. Neuroleptihoidon vaikutus ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen.

Positiiviset oireet eli ajatusten hajanaisuus, oudot ajatussisällöt sekä hallusinaatiot ja aistiharhat olivat vähentyneet nekin tilastollisesti erittäin merkitsevästi, eikä neuroleptihoidon suhteen syntynyt tilastollisia eroja (kuvio 5.). Skitsofreeniset $F(1,39)=34.15$ $p<.001$ ja muut psykoottiset $F(1,25)=47.66$ $p<.001$. Neuroleptiryhmien tai diagnoosiryhmien oireissa ei ollut tilastollisia eroja hoitoon tulovaiheen tai kahden vuoden seurannassa.



Kuvio 5. Neuroleptihoidon vaikutus positiivisiin oireisiin eri diagnoosiryhmissä.

Negatiiviset oireet eli emotionaalinen sulkeutuneisuus, psykomotorinen estyneisyys ja affektien sammuminen, eivät olleet vähentyneet skitsofreenisten potilaiden kohdalla tilastollisesti merkitsevästi ($F(1,39)=1.04$ $p<.315$). Muiden psykoottisten potilaiden negatiiviset oireet olivat sen sijaan vähentyneet siten, että ero oli tilastollisesti merkitsevä ($F(1,25)=11.27$ $p<.004$). Neuroleptilääkitys ei ollut aiheuttanut muutosta kummankaan ryhmän tuloksiin (kuvio 6.).

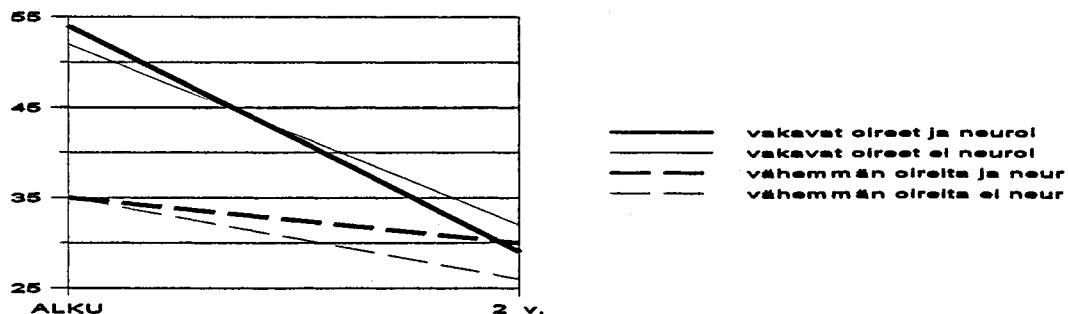


Kuvio 6. Neuroleptihoidon vaikutus negatiivisten oireiden muutokseen eri diagnoosiluokissa.

NEUROLEPTIEN VAIKUTUS PSYYKKISTEN OIREIDEN MUUTOKSEEN HOITOON TULOVAIHEESSA VAKAVASTI OIREILLEILLA JA KESKIMÄÄRÄISTÄ VÄHEMMÄN OIREILLEILLA POTILAILLA

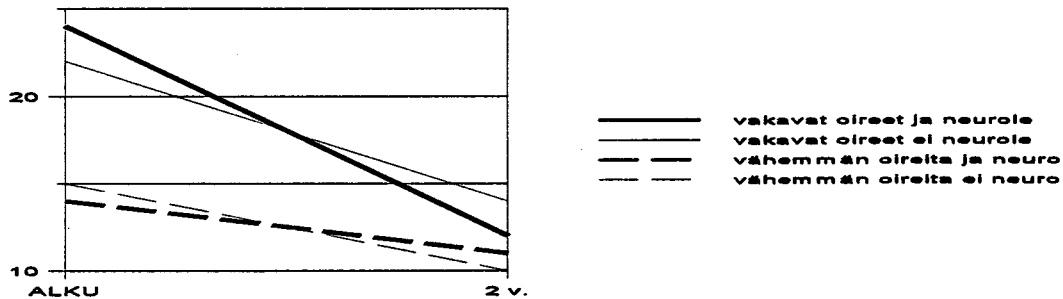
Neuroleptien vaikutusta tutkittiin lisäksi niin, että potilaat jaettiin kahteen ryhmään riippuen heidän hoitoon tulovaiheen oireiden vakavuudesta. Diagnoosiluokkia ei huomioitu. Oireita tarkasteltiin myös tässä analyysissä jakamalla ne ajatushäiriöihin, masentuneisuuteen sekä positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Tilastollisina menetelminä käytettiin profiilianalyysiä pitkittäisaineistoille (MANOVA) ja tuloksia tarkennettiin riippumattomien otosten t-testillä (ANOVA).

Kaikkien oireiden kohdalla (BPRS-mittari) voitiin todeta, että hoitoon tulovaiheessa vakavasti oireilleiden potilaiden oireet olivat vähentyneet tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($F(1,33)=87,19$ $p<.001$) eikä neuroleptihoitoa saaneiden oireet ja niitä ilman hoidettujen välillä ollut tilastollista eroa (kuvio 7.). Hoitoon tulovaiheessa vähemmän oireilleiden potilaiden kohdalla oireet olivat vähentyneet puolestaan tilastollisesti merkitsevästi ($F(1,31)=14,75$ $p<.002$), mutta neuroleptihoito ei ollut aiheuttanut heidänkään kohdalla oireiden vähenemiseen tilastollisesti merkitsevää eroa. Oireet olivat vakavasti ja vähemmän oireilleiden potilaiden ryhmässä vähentyneet siten, että hoitoon tulovaiheen tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($t(66)=-11,18$ $p<.001$) oli kahden vuoden aikana muuttunut ei merkitseväksi.



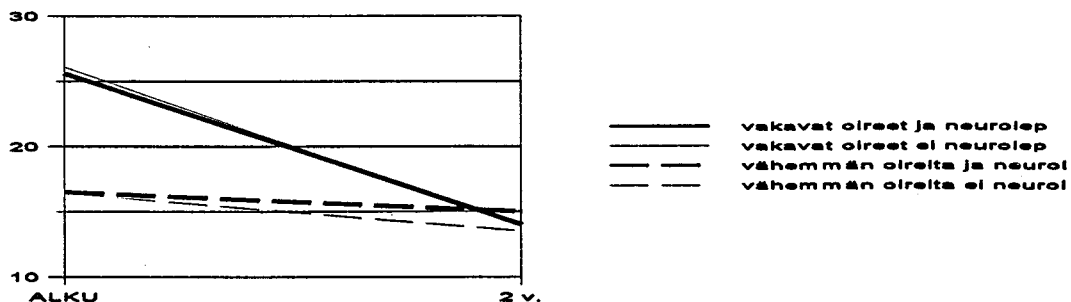
Kuvio 7. Neuroleptihoidon vaikutus oireiden vähenemiseen potilailla, joiden oireet hoitoon tulovaiheessa olivat keskimääräistä vakavemmat tai lievemmat (BPRS-mittari).

Myös ajatushäiriöt olivat vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi molemmissa ryhmissä (kuvio 8.). Potilailla, joilla hoitoon tulovaiheessa oli ollut keskimääräistä enemmän ajatushäiriöitä $F(1,31)=71,88$ $p<.001$ ja potilaat, joilla ajatushäiriöitä oli ollut keskimääräistä vähemmän $F(1,31)=13,81$ $p<.002$. Alkuvaiheessa erittäin merkitsevä ero ajatushäiriöissä ($t(66)=-11,64$ $p<.001$) oli muuttunut ei-merkitseväksi. Neuroleptihoito ei ollut aiheuttanut tilastollisia eroja ryhmien välille. Mielenkiintoista oli kuitenkin havaita profiilien leikkaavan toisensa molemmissa ryhmissä. Alkuvaiheessa vakavammin oireilleet potilaat olivat hyötynet vähemmän oireilleita enemmän neuroleptihoidosta.



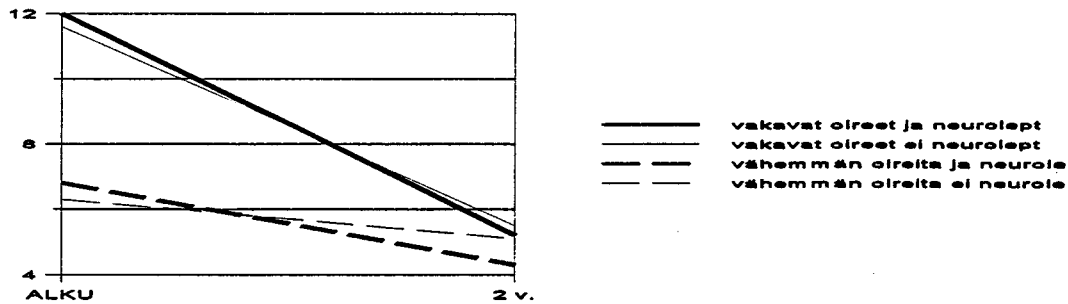
Kuvio 8. Neuroleptihoidon vaikutus ajatushäiriöihin hoitoon tulovaiheessa vakavasti oireilleilla ja lievemmin oireilleilla potilailla.

Potilaiden masentuneisuus oli vähentynyt alkuvaiheessa enemmän oireilleilla potilailla tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($F(1,34)=101,77$ $p<.001$) (kuvio 9.). Lievemmin hoidon alussa oireilleilla potilailla oireiden väheneminen oli ollut vähäisempää ($F(1,30)=6,21$ $p<.019$). Alkumittauksen erittäin merkitsevä ero ryhmien välillä ($t(66)=-9,57$ $p<.001$) oli kahden vuoden hoitoaikana hävinnyt. Neuroleptihoito ei ollut aiheuttanut tilastollisia muutoksia.



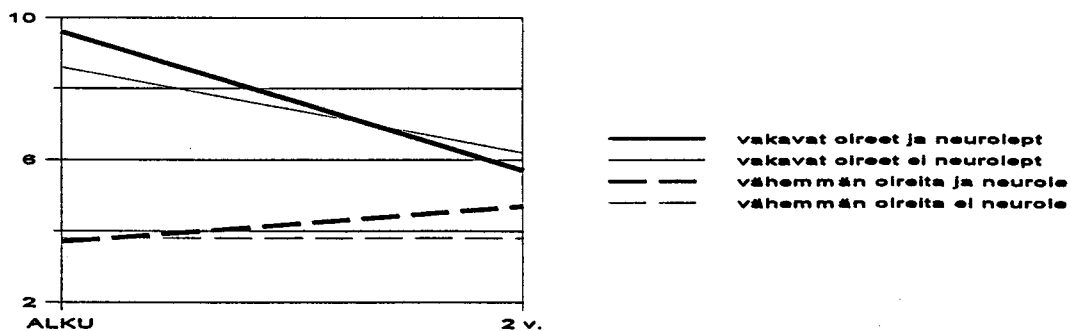
Kuvio 9. Neuroleptihoidon vaikutus masentuneisuuteen alkumittauksessa vakavammin ja lievemmin oireilleilla potilailla.

Positiiviset oireet olivat vähentyneet enemmän alkumittauksessa oireilleilla potilailla tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($F(1,34)=123,58$ $p<.001$) ja lievemmin oireilleilla potilailla merkitsevästi ($F(1,34)=12,24$ $p<.002$) (kuvio 10.). Tilastollinen ero alkumittauksessa ($t(66)=-12,24$ $p<.001$) oli näidenkin oireiden kohdalla hävinnyt kahden vuoden hoitoaikana. Neuroleptihoito ei ollut aiheuttanut tilastollisia eroja ryhmien välille.



Kuvio 10. Neuroleptien vaikutus positiivisiin oireisiin hoidon alussa vakavasti ja lievemmin oireilleilla potilailla.

Negatiiviset oireet olivat vähentyneet merkittävästi potilailla, jotka olivat hoidon alussa oireilleet enemmän ($F(1,31)=12,45$ $p<.002$). Vähemmän hoidon alussa oireilleilla potilailla tilastollisesti merkitsevää muutosta ei ollut tapahtunut (kuvio 11.). Neuroleptihoito ei ollut aiheuttanut tilastollisesti merkitseviä eroja. Hoidon alkuvaiheessa ryhmien välinen erittäin merkitsevä ero ($t(66)=-8,28$ $p<.001$) oli vähentynyt, mutta oli edelleen tilastollisesti merkitsevä ($t(66)=-2,12$ $p<.039$).



Kuvio 11. Neuroleptihoidon vaikutus negatiivisiin oireisiin hoidon alussa vakavasti oireilleilla ja lievemmin oireilleilla potilailla.

POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää neuroleptihoidon merkitystä eri tavoin oireilevien potilaiden hoidossa. Tutkimuksessa verrattiin neuroleptihoitoa saaneiden ja niitä ilman hoidettujen potilaiden psyykkisten oireiden muutosta. Nämä tutkimustavoitteet liittyvät kiinteästi koko API-projektin tutkimuksellisiin tavoitteisiin (Tutkimussuunnitelma, 1992).

Keskeistä tämän tutkimuksen tulosten arvioinnissa on niiden ymmärtäminen tarpeenmukaisen hoidon mallin kautta (Alanen, 1986, 1990, 1993, 1997). Se on ollut hoitoa ohjaava ajattelutapa API-projektin eri tutkimuskeskuksissa. Hoitomalli suosittaa tarpeenmukaista, eri hoitomuotoja integroivaa lähestymistapaa akuuttien psykoosien hoidossa, jossa eri hoitomuodot täydentävät toisiaan eivätkä toimi toisiaan vastaan. Tutkimusasetelmaltaan tämä tutkimus nojaa tarpeenmukaisen hoidon malliin ja on ns. toimintatutkimus. Näin ollen neuroleptihoidon merkitystä arvioitaessa on muistettava, että tutkimus ei sisällä kontrolliryhmiä. Tulokset on liitettävä nimenomaan tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteisiin.

API-projektin yhtenä tavoitteena on ollut tutkia neuroleptilääkityksen hoidollista lopputulosta ja erityisesti verrata neurolepteja saaneiden ja niitä ilman hoidettujen potilaiden lyhyen ja pitkän aikavälin ennustetta (Tutkimussuunnitelma, 1992). API-projektin tutkimuskeskukset oli jaettu neuroleptihoidon suhteen siten, että osassa tutkimuskeskuksia neuroleptihoitoa oli käytetty "normaalisti" ja osassa niiden käytöstä oli pyritty aktiivisesti pidättäytymään (Tutkimussuunnitelma, 1992). Tätä taustaa vasten tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään eri tavoin oireilleiden potilaiden ennustetta, kun heitä oli hoidettu neuroleptilääkityksellä tai niitä ilman. Neuroleptilääkityksen kesto tai annosten määrää ei kuitenkaan huomioitu. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että neuroleptihoidolla ei oltu saavutettu oireiden vähenemisen kannalta merkittävästi parempaa tai huonompaa tulosta verrattuna niitä ilman hoidettuihin potilaisiin. Tämä tulos mukalee muutamia aikaisempia kansainvälisiä tutkimuksia, joissa potilaille oli tarjolla lääkehoidon lisäksi muuta intensiivistä psykososiaalista hoitoa (Carpenter ym., 1977; Matthews ym., 1979;).

Neuroleptihoitoa olivat saaneet ne skitsofreeniset ja psykoottiset potilaat, joiden oireet olivat vakavammat. Tämä näyttikin olleen varsin perusteltua, sillä vakavasti oireilleiden potilaiden oireet olivat vähentyneet samalle tasolle vähemmän oireilleiden potilaiden kanssa, jotka eivät olleet saaneet neuroleptilääkitystä. Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin suositus neuroleptilääkitykseksi on tasoltaan sellainen, joka vähentää potilaan ahdistusta ja levottomuutta niin, että kontakti- ja kommunikaatiokyky palautuu ja mahdollistaa psykoterapeuttisen hoidon (Lääkintöhallitus, 1987). Tällainen neuroleptilääkityksen taso näyttääkin toteutuneen. Toisaalta tulokset osoittavat sen, että neuroleptihoito ei ole välttämätöntä kaikkien potilaiden kohdalla, jos heille voidaan tarjota muuta psykososiaalista hoitoa. Neuroleptihoidettujen potilaiden oireet eivät olleet vähentyneet niitä ilman hoidettuja enemmän. Tulos vahvistaa API-projektin pilottitutkimuksen tuloksia ja tukee hypoteesia siitä, että psykoterapeuttisesti orientoituneessa hoidossa voidaan ja pitää harkita neuroleptihoidon aloittamista varsin tarkkaan (Vuorio ym., 1993, 1996).

Tulosten yksityiskohtaisemmassa tarkastelussa voitiin nähdä hienoisia viitteitä siitä, että vähemmän hoitoon tulovaiheessa oireilleet potilaat olivat hyötynneet neuroleptittomasta hoidosta. Tämä ei perustu kuitenkaan tilastolliseen tulokseen, mutta antaa aihetta pohdinnalle. Olisiko tarpeenmukaista hoitaa tietyn oirekynnyksen alittavat potilaat aina ilman neuroleptista lääkitystä muilla psykososiaalisilla hoitomuodoilla?

Tutkimus osoitti, että kahden vuoden hoitoaikana ajatushäiriöt ja ns. positiiviset oireet olivat vähentyneet merkittävästi kaikissa tutkituissa ryhmissä riippumatta neuroleptihoidosta. Sen sijaan ns. negatiiviset oireet eivät olleet vähentyneet skitsofreenisten ja hoitoon tulovaiheessa vähemmän oireilleiden potilaiden kohdalla. Negatiivisten oireiden ajatellaan olevan positiivisia oireita enemmän aivojen rakenteellisista poikkeamista johtuvia ja siten hoidettavuudeltaan vaikeampia (Andreasen ym., 1994).

Neuroleptihoidon on nähty lisäävän potilaiden masennusta (Harrow ym., 1994). Tässä tutkimuksessa neuroleptien depressiota lisäävää vaikutusta ei kuitenkaan voitu havaita. Tämä saattaa kertoa nimenomaan tarpeenmukaisen hoidon ja psykoterapeuttisesti suuntautuneen hoidon vahvuudesta psykoottiseen depression.

Tässä tutkimuksessa psyykkisten oireiden mittarina on ollut BPRS-arviot hoitoon tulovaiheessa ja kahden vuoden seurannassa. Yhden mittarin varassa ei voida tehdä kovinkaan pitkälle meneviä tulkintoja ja tulokset kertovat vain rajoitetusti hoidon tuloksellisuudesta. Kiinnostavaa olisikin selvittää potilaiden omakohtaisia kokemuksia neuroleptihoidon vaikutuksista laadullisin menetelmin. Tässä tutkimuksessa päädyttiin kuitenkin puhtaasti tilastolliseen tutkimusotteeseen ja BPRS-arvioihin, koska se on laajasti käytetty ja yleisesti hyväksytty psyykkisten oireiden arviointimenetelmä. Potilaista tehtyjen arvioiden luotettavuutta lisää tässä tutkimuksessa se, että arviot on tehty tutkimuskeskuksissa ryhmäarvioina.

Yhteenvedon voidaan todeta, että neuroleptihoidon suhteen tutkimus vahvisti näkemystä, että neuroleptihoito ei ole kaikkien potilaiden kohdalla välttämätöntä, kunhan tarjolla on muita psykososiaalisia hoitomuotoja. Toisaalta neuroleptilääkitys näytti varsin perustellulta hoitoon tulovaiheessa vakavasti oireilleiden potilaiden kohdalla, joiden oireet olivat vähentyneet samalle tasolle vähemmän hoitoon tulovaiheessa oireilleiden potilaiden kanssa. Tarvitaan kuitenkin tarkempia potilaskohtaisia tutkimuksia, jotta voitaisiin selvittää ne potilaat, jotka voidaan ja pitää hoitaa ilman neurolepteja ja toisaalta keiden kohdalla neuroleptilääkitys on välttämätöntä. Psykoosien itsestäänselvänä hoitomuotona neurolepteja ei kuitenkaan tämänkään tutkimuksen perusteella voida

LÄHTEET

- Alanen, Y. O. (1990). Need-adapted treatment of schizophrenia and other psychoses: Notes on the theoretical background and practical accomplishment. *Psychiatria Fennica*, 21, 31-43.
- Alanen, Y. O. (1993). Skitsofrenia, syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva: WSOY.
- Alanen, Y. O. (1997). Schizophrenia. Its origin and need-adapted treatment. London: Karnac.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V. & Aaltonen, J (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenia patients: Experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-72.
- Alanen, Y. O., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R. & Kaljonen, A.(1986). Towards a need-specific treatment of schizophrenic psychoses. Springer-Verlag: Heidelberg.
- Alanen, Y. O., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R., Sourander, C. & Hyry, L. (1978). Psykiatrinen preventio ja kriisipsykiatria. Psykoterapeuttisesti orientoituneen skitsofrenisen avohoidon kehittäminen yhteisopsykiatrian puitteissa. Turku: Turun Yliopiston julkaisuja, sarja C 24.
- Andreasen, N. C., Nopoulos, P., Schultz, S., Miller, D., Gupta, S. & Swayze, V. (1994). Positive and negative symptoms of schizophrenia: past, present and future. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl. 384), 51-59.
- Buchanan, R. W. (1995). Clozapine: Efficacy and safety. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 579-592.
- Carpenter, W. T. (1997). The risk of medication-free research. *Skitsofrenia Bulletin*, 48, 247-253.
- Carpenter, W. T., MaGlashan, T. H. & Strauss, J. S. (1977). The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *American Journal of Psychiatry*, 134, 14-21.

- Cohen, D. (1994). Neuroleptic drug treatment of schizophrenia: The state of confusion. *The Journal of Mind and Behavior*, 15, 139-156.
- Davis, J. M. (1990). Drug treatment of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 3, 29-34.
- Davis, J. M. & Gierl, B. (1984). Pharmacological treatment in the care of schizophrenia patients. Teoksessa A. S. Bellack (toim.), *Schizophrenia. Treatment, management, and rehabilitation*. Orlando: Grune & Stratton.
- Dixon, L. B., Lehman, A. F. & Levine, J. (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 567-578.
- Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. Jyväskylä: Jyväskylä studies in Education, Psychology and Social Research, 130.
- Harrow, M., Yonan, C. A., Sands, J. R. & Marengo, J. (1994). Depression in schizophrenia: Are neuroleptics, akinesia, or anhedonia involved? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 327-338.
- Hedlund, J. L. & Vieweg, B. W. (1980). The brief psychiatric rating scale: a comprehensive review. *J. Operat. Psychiatry*, 11, 48-65.
- Kane, J. M. & Marder, S. R. (1993). Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 287-302.
- Keck, P. E. Jr., Cohen, B. M., Baldessarini, R. & McElroy, S. L. (1989). Time course of antipsychotic effects of neuroleptic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1289-1292.
- Krakowski, M., Czobor, P. & Volavka, J. (1997). Effect of neuroleptic treatment on depressive symptoms in acute schizophrenia episodes. *Psychiatry Research*, 71, 19-26.
- Lehtinen, K. (1994). Need-adapted treatment of schizophrenia: Family interventions. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl.23), 89-96.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Syvälahti, & Vuorio, K. (1992). Akuutin psykoosin integroituhoido. Tutkimussuunnitelma.

- Lehtinen, V., Aaltonen, J. & Koffert, T. (1996). Integrated treatment model for first-contact patients with a schizoprenia-type psychosis: The finish API-project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 164 (suppl.23), 89-96.
- Lääkintöhallitus: Skitsofreniaan sairastuneiden hoito ja kuntoutus - hoitomalli. Lääkintöhallituksen julkaisusarja nro 103. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1987.
- Nummemmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J., & Leskinen, E. (1996). Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.
- Overall, J. E., & Corham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological reports*, 10, 799-812.
- Paul, G. L. & Lentz, R. L. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients. Milieu versus social-learning programs. Cambridge: Harvard University Press.
- Räkköläinen, V. (1977). Onset of psychosis. A clinical study of 68 cases. Turku: *Annales Universitatis Turkuensis*, ser. D 9.
- Räkköläinen, V., Lehtinen, K. & Alanen, Y. A. (1991). Need-adapted treatment of schizophrenic processes: the essential role of family-centered therapy meetings. *Contemporary Family Therapy*, 13, 573-582.
- Salokangas, R. K. R. (1978). Psychosocial prognosis in schizophrenia. Turku: *Annales Universitatis Turkuensis*, ser. D 9.
- Salonen, S. (1979). Psychoterapeutic studies on schizophrenia. Turku: *Annales Universitatis Turkuensis*, ser. D 12.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B. & Haarakangas, K. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. Teoksessa S. Friedman: *The Reflecting team In Action*. New York: Aronson.
- Tuori, T. (1994). Skitsofrenian hoito kannattaa. *Stakes, Raportteja* 143.
- Vuorio, K. A., Räkköläinen, V., Aaltonen, J., Syvälahti, E. & Lehtinen, V. (1996). There are a great deal of borderlines in DSM-III schizophrenia group. Quite many first-admission psychotic patients can be treated without neuroleptics. Submitted.

- Vuorio, K. A., Rökköläinen, V., Aaltonen, J., Syvälahti, E., Lehtinen, V., Hietala, J. & Katajamäki, J. (1993). Akuutin psykoosin integroitu hoito I. Alustavia havaintoja skitsofreniaryhmän psykoosien hoidosta ilman neuroleptilääkitystä Kupittaa sairaalassa 1989-92. Suomen lääkärilehti, 48, 466-471.
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 17, 325-352.

LIITTEET

LIITE 1.

API-PROJEKTI

BPRS-KAAVAKE: ARVIOINTI- JA PISTEYTYSOHJEET

Wilesin ja Kolaskowskan mukaan

BPRS-kaavake on suunniteltu lähinnä psykiatrien (lääkäreiden) käyttöön, mutta muutkin psykopatologiaan perehtyneet voivat sitä käyttää. Tässä ohjeistossa annetaan haastattelun suuntaviivat, määritellään kaavakkeen eri kohdat ja yksittäiset arviointipisteet. Jokaiseen kohtaan annetaan vain yksi vastaus, joka parhaiten kuvaa potilaan senhetkistä tilaa.

Pisteet

BPRS-pisteet annetaan välittömästi haastattelun jälkeen tässä ohjeistossa annettuihin määritelmiin. Arvioijien on silloin tällöin syytä lukea uudelleen annetut määritelmät niin, että he varmasti tulkitsevat eri kohdat ja pisteet oikein. Olisi hyvä, jos saman potilaan arvioisi aina sama arvioija.

Haastattelu

potilaan arviointiin tarvittavat tiedot kerätään haastattelemalla. Esittelyn jälkeen haastattelu aloitetaan yleisillä kysymyksillä, kuten "Mitkä ovat olleet pääasiallisimmat ongelmasi tai vaikeutesi viimeisen viikon aikana?" tai "Miltä sinusta on tuntunut?". Käytä sopivia lisäkysymyksiä selvittääksesi potilaan kokemuksia/vaivoja oireiden ja niiden voimakkuusasteen termein.

Yleisen osan jälkeen keskitytään spesifisti kuhunkin oireeseen erikseen. Käytä kunkin kohdan alussa esitettyjä kysymyksiä. Käytä suluisissa olevia kysymyksiä vain, jos aikaisemmat vastaukset tai potilaan käytös viittaa siihen, että kyseinen oire voi olla läsnä. Kysymysten sanamuotoa voi tarpeen mukaan muuttaa, ja on myös lupa käyttää omia lisäkysymyksiä

KOHTA 1: Huolestuneisuus terveydestä, hypokondrisuus

Arvioidaan kuinka paljon potilas on huolissaan omasta somaattisesta terveydestään. Arvioidaan katsomatta siihen, onko vaivoilla todellista pohjaa. Mainitse fyysinen syy kohdassa huomautuksia.

Kysymys Millainen on terveytesi ? Kannatko siitä huolta ? Onko ruumiissasi jotain vikaa? (Mitä se saattaisi olla ? Kuinka vakavaa luulet sen olevan ? Kuinka luulet sen vaikuttavan sen elämääsi ?)

Vakavuus

- 1) Ei vaivoja
- 2) Erittäin lievä - potilas valittaa vähäisiä vaivoja kysyttäessä suoraan fyysisestä terveydestä
- 3) Lievä - potilas valittaa spontaanisti vähäisiä vaivoja: ylihuolehtimalla fyysisestä terveydestä.
- 4) Kohtalainen - huolta ruumiin terveydestä (luulotautinen suhtautuminen). Fyysiset oireet ovat suurin valittelun aihe ja ensimmäinen puheen aihe.
- 5) Kohtalainen / vakava - keskittynyt ruumiin oireisiin. Valittaa jatkuvasti ja pyytää apua. Syöpäfobia, aids-fobia yms.
- 6) Vakava - luulotautisia (hypokondrisia) harhaluuloja. Yleensä merkillisiä valituksia ja selvää ahdistuneisuutta. Nämä harhaluulot ovat niin voimakkaita, että monet muut asiat unohtuvat.
- 7) Erittäin vakava - luulotautiset harhaluulot ovat hallitsevia. Potilas on voimakkaiden tunteiden vallassa (pelko, epätoivo), uskoo kuolevansa pian tai vammautuvansa vakavasti.

Määritelmä **Huolestuneisuus terveydestä**
 Fyysisten vaivojen vakavuus arvioidaan pelkästään sen perusteella, kuinka paljon ja minkä tyyppisiä vaivoja, pelkoja tai epäilyksiä elimistönsä sairaudesta tai toimintahäiriöstä potilas esittää haastattelun aikana. Arviointi tehdään sen perusteella, kuinka suurta osaa potilas epäilee fyysisten vaivojen esittävän hänen kokonaissairaudessaan. Huoli ja huolehtiminen fyysisestä terveydestä on arvioinnin perusta. Vaivojen todellista orgaanisen taustan mahdollisuutta ei tarvitse harkita. Ainoastaan vaivojen esiintymistiheys ja vakavuutta arvioidaan.

KOHTA 2: Ahdistuneisuus, tuskaisuus

Subjektiiivisesti koettu huoli, ylihuolehtiminen, ahdistus tai pelko. Arvioidaan pelkästään suullisen kerronnan perusteella. Älä tee päätelmiä fyysisistä merkeistä (arvioidaan kohdassa jännittyneisyys).

Kysymys Oletko kovasti huolestunut? Minkä takia olet huolestunut? Oletko hermostunut, henkisesti jännittynyt? Kuinka paljon? Oletko viime aikoina

ollut kovasti ahdistunut tai peloissasi? (Minkälaiselta tuntui? Minkä takia?) Onko sinusta tuntunut, että jotain kauheaa voisi tapahtua? (Mitä? Kuinka pahalta tuntui?) tuleeko sinulle ahdistunut olo joissain tilanteissa, esimerkiksi kun jätät yksin, olet matkoilla, olet ihmisjoukossa....? (Kuinka usein näin tapahtuu? Pystytkö toimimaan normaalisti?)

- Vakavuus
- 1) Ei ahdistuneisuutta
 - 2) Erittäin lievä- tulee esille vain kysymysten perusteella. Lievää ja ajoittaista levottomuuden, huolen tunnetta.
 - 3) Lievä - lievää ja ohimenevää hermostuneisuutta, jännitystä. Potilaalla on taipumusta huolehtia liikaa pikkuasioista ja/tai ahdistuu lievästi tietyissä tilanteissa.
 - 4) Kohtalainen - potilas tuntee olevansa hermostunut, jännittynyt, epävarma tai järkyttynyt suurimman osan aikaa ja/tai saa akuutteja ahdistuskohtauksia tietyissä tilanteissa.
 - 5) Kohtalainen/vakava - potilas on poissa tolaltaan , peloissaan suurimman osan aikaa ja/tai saa toistuvia akuutteja ahdistuskohtauksia.
 - 6) Vakava - potilas on jatkuvasti peloissaan/kauhuissaan odotettavissa olevasta menetyksestä/hylkäämisestä/vammautumisesta sulkien pois kaiken muun.
 - 7) Erittäin vakava - paniikitila

Määritelmä **Ahdistuneisuus**
Termi ahdistuneisuus rajoittuu subjektiiviseen huoleen, ylihuolehtimiseen, ahdistukseen tai pelon kokemukseen. Ahdistuneisuuden voimakkuuden arviointi perustuu suullisiin vastauksiin, joissa potilas kertoo tällaisista kokemuksistaan. On varottava, ettei ahdistuneisuuden arvioinnissa oteta huomioon sellaisia fyysisiä merkkejä, jotka kuuluvat jännittyneisyyden käsitteeseen BPRS-määritelmän mukaan. Ahdistuneisuuden voimakkuutta arvioitaessa tärkeitä seikkoja ovat kerronnan aitous ja kokemusten voimakkuus.

KOHTA 3: Emotionaalinen sulkeutuneisuus, - vetäytyneisyys

Vaikeus saavuttaa hyvä suhde haastattelutilanteessa - arvioi emotionaalista kontaktia. Arvio perustuu havaintoihin (älä arvioi tässä ilmenneen depression, ahdistuneisuuden tai muiden tunnetilojen takia heikentynyttä kontaktia).

Kysymys Tuntuuko sinusta, ettet saa kosketusta muihin ihmisiin niin kuin ennen?
Onko sinusta vaikea puhua itsestäsi?

- Vakavuus
- 1) Ei- Normaali kontakti haastattelutilanteessa
 - 2) Erittäin lievä - viileä, pidättynyt
 - 3) Lievä - mielenkiintoa vailla, kyllästynyt, epäluotettava.
 - 4) Kohtalainen - vastaa lyhyesti, kaavamaisesti. Ääni on lattea,

kasvonilmeet melko muuttumattomat.

5) Kohtalainen/vakava - vastaa joihinkin kysymyksiin, välttää katsomasta silmiin. Tunnereaktioita ei ole ollenkaan tai ne eivät sovi kuvaan.

6) Vakava - vaikenee tai suulliset vastaukset ovat asiaan kuulumattomia. Vastaa kuitenkin kasvonilmeillään tai liikehdinnällään.

7) Erittäin vakava - ei minkäänlaista vastausta.

Määritelmä

Emotionaalinen sulkeutuneisuus

Määritelmä perustuu yksinomaan siihen, kuinka potilas pystyy saamaan kosketuksen kahdenkeskisessä haastattelutilanteessa. Näin on yritetty tehdä ero yleisen estyneisyyden motoristen puolten, jotka arvioidaan "motorisena estyneisyytenä", ja sulkeutuneisuuden psyykkisen ja emotionaalisen puolen välillä, vaikkakin on todennäköistä, että arvioinnit näillä kahdella alueella menevät jonkin verran päällekkäin. Emotionaalista sulkeutuneisuutta kuvaa arvioijan saama tunne siitä, että potilaan ja muiden ihmisten välillä on näkymätön muuri haastattelutilanteessa. On ilmeistä, että silmien ja kasvojen liikkeet, äänen laatu, ilmeet ja eleet on otettava huomioon tämän tärkeän mutta epämääräisen oireen arvioinnissa.

KOHTA 4: Ajatusten hajanaisuus, puheen disorganisoituminen

Ajatushäiriö. Arviointi perustuu lähinnä havaintoihin.

Kysymys Pystytkö ajattelemaan selvästi? (Minkälaisia vaikeuksia?) Ovatko ajatukseti sekavia tai hitaita? Miten olet viime aikoina pystynyt keskittymään?

Vakavuus

- 1) Ei selviä ajatushäiriöitä
- 2) Erittäin lievä - ainoastaan subjektiivista tai jossain määrin epäselvyyttä/keskittymiskyvyn puutetta/rajoittuneisuutta.
- 3) Lievä - kuten edellinen, mutta selvästi havaittavissa haastattelun aikana.
- 4) Kohtalainen - jonkin verran asiaankuulumattomuutta, miellelyhtymien sekoittumista, neologismia, ajatusten hitautta, ajatusten kadottamista, joitain vastauksia on vaikea ymmärtää.
- 5) kohtalainen/vakava - kuten edellinen, mutta siinä laajuudessaan, että kommunikointi on vaikeaa.
- 6) Vakava - vain yksittäiset kohdat puheesta ovat ymmärrettäviä.
- 7) Erittäin vakava - puhetta on mahdoton seurata (siansaksaa, puheen hajoamista).

Määritelmä

Ajatusten hajanaisuus

Ajatusten hajanaisuus liittyy normaaliin ajatusprosessin häiriintymiseen ja se ilmenee sekaannuksena, asiaankuulumattomuutena,

epäjohdonmukaisuutena, epäyhtenäisyytenä, irrallisuutena, ajatusten hitautena, sepittelynä, autismina ja epätavallisina assosiaatioketjuina. Arviointi perustuu potilaan spontaaneihin verbaalisiin vastauksiin, erityisen pitkiin spontaaneihin vastausketjuihin, joita todennäköisesti kuullaan haastattelun alkuvaiheessa, jolloin ei esitetä mitään suuntaa antavia kysymyksiä. Ajatusten sekaannusta ja hitautta arvioitaessa kannattaa kiinnittää huomiota siihen, miten potilas ilmehtii kasvoillaan vastatessaan.

KOHTA 5: Syyllisyyden tunne, syyllisyysajatukset

Aikaisemman katumista, itesesyytöksiä, odottaa/uskoo ansainneensa rangaistuksen.

Kysymys Moititko koskaan itseäsi? Moititko itseäsi ongelmistasi? Tuntuuko sinusta, että sinua moititaan jostain tai jopa syytetään? (Minkä takia? Ansaitsetko mielestäsi jonkin rangaistuksen?).

Vakavuus

- 1) Ei moiti lainkaan itseään
- 2) Erittäin lievä - ainoastaan kysyttäessä, pahoittelee hieman aikaisempaa toimintaansa, ei jatka aiheesta spontaanisti.
- 3) Lievä - pahoittelee aikaisempaa toimintaansa, moittii itseään vähäpätöisistä asioista.
- 4) Kohtalainen - katumus- ja itesesyytösajatuksia, joista ei pääse irti.
- 5) Kohtalainen/vakava - syyllisyyden tunne on vallitseva ja siihen liittyy itsensä halveksunta ja itsensä syyttäminen kaikista epäonnistumisista.
- 6) Vakava - harhakuvitelmia syyllisyydestä (synti/rikos) ja/tai rangaistuksesta.
- 7) Erittäin vakava - harhaluulot syyllisyydestä ja/tai rangaistuksesta ovat vallitsevia, hallitsee ajatuksia ja käyttäytymistä.

Määritelmä Syyllisyyden tunne

Syyllisyyden tunteiden voimakkuus päätellään sen mukaan, kuinka usein ja kuinka voimakkaasti potilas on kertonut katuneensa aikaisempaa toimintaansa. Syyllisyyden tunteiden voimakkuus on arvioitava myös siinä suhteessa, kuinka voimakkaasti potilas on kertonut ne kokeneensa. On varottava sotkemasta syyllisyyden tunteita depressiivisyyden tai yleisen ahdistuneisuuden merkkeihin. Syyllisyyden tunteet viittaavat tiettyyn aikaisempaan toimintaan, jonka potilas uskoo olleensa väärin ja jonka muistaminen aiheuttaa tietoista huolta.

KOHTA 6: Rauhattomuus, jännittyneisyys

Havaittuja fyysisiä ja psyykkisiä ahdistuneisuuden ilmentymiä (aina kiihottumiseen saakka), jännittyneisyyttä ja kohonnut aktivaatiotaso.

- Vakavuus
- 1) Ei havaittavia jännittyneisyyden merkkejä.
 - 2) Erittäin lievä - ylivilkas, hieman jännittynyt asento. Ajoittaisia tarpeettomia pikkuliikkeitä. Jonkin verran voimakkaampia kuin edellinen kohta.
 - 3) lievä - ylivilkas, hieman jännittynyt asento. Ajoittaisia tarpeettomia pikkuliikkeitä. Jonkin verran voimakkaampia kuin edellinen kohta.
 - 4) Kohtalainen - joitain autonomisia merkkejä ahdistuneisuudesta, säännöllisiä pikkuliikkeitä, levottomuutta, jännittynyt mielentila.
 - 5) Kohtalainen/vakava - autonomisia merkkejä ahdistuneisuudesta, vapinaa, muuttaa levottomasti asentoaan ja nousee ylös, vääntelelee käsiään, kulkee ajoittain levottomasti edestakaisin.
 - 6) Vakava - motorista kiihottumista, kulkee edestakaisin, keinuttaa itseään, lyö päätään tai jännittyneitä liikkumattomuutta sekä lisääntyneitä lihasjännityksiä. Jonkinlainen konteksti on vielä luotavissa.
 - 7) Erittäin vakava kuten edellinen, mutta täysin hallitsematon. Kontakti mahdoton.

Määritelmä**Jännittyneisyys**

BPRS:ssä jännittyneisyys rajoittuu fyysisiin ja motorisiin merkkeihin, jotka yleensä liittyvät ahdistuneisuuteen. Jännittyneisyys ei liity potilaan subjektiivisiin kokemuksiin tai psyykkiseen terveydentilaan. Vaikkakin tutkijat pyrkiessään mahdollisimman suureen objektiivisuuteen, määrittelevät ahdistuneisuuden fyysisten merkkien mukaan, havaittavat fyysiset jännittyneisyyden merkit ja subjektiiviset kokemukset arvioidaan BPRS:ssä erikseen. Vaikka ahdistuneisuus ja jännittyneisyys ovat usein suhteessa keskenään, aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa käytettiin BPRS:n varhaisempaa versiota "BRIEF BPRSD" voitiin osoittaa, että patologisuuden aste näillä kahdella alueella voi olla melko erilainen tietyillä potilailla. Potilas voi erityisesti lääkkeen vaikutuksen alaisena kertoa voimakkaista peloista, vaikka hänessä ei ulkoisesti näy minkäänlaisia jännittyneisyyden merkkejä ja päinvastoin. Arvioidessaan jännittyneisyyden voimakkuutta arvioijan on kiinnitettävä huomiota epänormaalista kohonneeseen aktivaatiotasosta kertovien merkkien lukumäärään ja luonteeseen kuten hermostuneisuuteen, levottomaan liikehditään, vapinaan, värinä, nykimiseen, hikoiluun, jatkuvaan asennon muuttamiseen, jännittyneisiin liikkeisiin ja lisääntyneeseen lihasjännitykseen.

KOHTA 7: Maneerit ja oudot asennot

Stereotyyppinen, luonnon ja outo motorinen käyttäytyminen. Arviointi tapahtuu havaintojen perusteella.

- Vakavuus
- 1) Ei havaittavissa epänormaalia käyttäytymistä.
 - 2) Erittäin lievä - hieman tavallisuudesta poikkeavaa käyttäytymistä, ajoittaisia pieniä epätavallisia ja toistuvia liikkeitä (katselee käsiään, raapii päätään jne.)
 - 3) Lievä - samoin kuin edellinen mutta hieman voimakkaampana.
 - 4) Kohtalainen - säännöllisiä pieniä stereotyyppisiä liikkeitä, ajoittain voimakasta stereotyyppistä käyttäytymistä (keinuttaa itseään, tekee kunniaa, maagisia liikkeitä, outoja asentoja, irvistelyä).
 - 5) Kohtalainen/ vakava - irvistelyjä, stereotyyppisiä liikkeitä, välillä voimakkaita stereotyyppisiä ja/tai outoja asentoja.
 - 6) Vakava - jatkuvasti stereotyyppisiä liikkeitä/irvistelyjä ja/tai outoja asentoja. Voidaan vielä keskeyttää.
 - 7) Erittäin vakava - jatkuvaa stereotyyppistä epänormaalia motorista käyttäytymistä, jota ei voi hallita.

Määritelmä Maneerit

Tähän oirealueeseen sisältyy sellainen epätavallinen ja outo motorinen käyttäytyminen, jonka perusteella psyykkisesti sairaita henkilö yleensä voidaan erottaa normaaliin ihmisten joukosta. Maneerisen käyttäytymisen voimakkuus riippuu epätavallisten motoristen vasteiden lukumäärästä ja luonteesta. Joka tapauksessa tässä arvioidaan epätavallisuutta eikä yksinomaan liikkeiden lukumäärää. Tässä skaalassa arvioidaan kummallisia, epäsuoria, toistuvia liikkeitä tai sellaisia liikkeitä, joista puuttuu normaali koordinaatio ja integraatio. Arvioidaan myös pingottuneita, vääristyneitä ja epänormaaleja asentoja, jotka jatkuvat pidemmän aikaa. Myös irvistelyt, huulien, kielen ja silmien epätavalliset liikkeet otetaan huomioon. Vapinaa ja nykimistä, jotka arvioidaan jännittyneisyyden merkkeinä, ei arvioida maneerisen käyttäytymisen merkkeinä.

KOHTA 8: Suuruusajatuksien, grandioottisuus

Ylikorostunut käsitys itsestä, paremmuuden tunne, epätavallisia kykyjä, tärkeyttä, voimaa, valtaa, joikin kutsumustehtävä.

- Kysymys Millaisena koet itsesi toisiin ihmisiin verrattuna? (Älä jatka tätä kohtaa, jos potilas kokee itsensä muita huonommaksi) Onko sinussa jotain erityistä? (Joitakin erityisiä voimia tai lahjoja? Kutsumus?) Oletko jollain lailla muita parempi?

- Vakavuus
- 1) Ei minkäänlaista suuruuden tunnetta omasta itsestä.
 - 2) Erittäin lievä - korostunut käsitys omasta itsestä.
 - 3) Lievä - tuntee itsensä muita paremmaksi, tärkeäksi, lahjakkaaksi, joitakin erityiskykyjä, odottaa etuoikeuksia.
 - 4) Kohtalainen - vakuuttunut poikkeuksellisista kyvyistään, erityisiä velvoitteita, tärkeä tehtävä, suuret aikaansaannokset.
 - 5) Kohtalainen/vakava - harhaluuloisesti vakuuttunut voimasta, yliluonnollisista kyvyistä, kutsumuksesta.
 - 6) Vakava - harhaluuloja suurenmoisuudesta (on suuri johtaja, profeetta jne.), mikä vaikuttaa suureen osaan käyttäytymisestä.
 - 7) Erittäin vakava - ajatukset ovat kokonaan kukoistavia suurenmoisuuden ja kaikkivoipuuden harhaluuloissa.

Määritelmä **Suuruusajatukset**

Suuruusajatuksiin liittyvät potilaan kertomat tunteet epätavallisista kyvyistä, voimasta, vallasta, tärkeydestä, ja paremmuudesta. Patologian aste arvioidaan riippuen siitä, kuinka suuri ristiriita vallitsee itsensä ylistämisen ja todellisuuden välillä. Suuruusajatusten arvioinnin pohjana on se, mitä potilas itse verbaalisesti kertoo eikä hänen esiintymisensä haastattelutilanteessa. On varottava, ettei suuruusajatuksia sekoiteta vainoamispäilyksiin tai muihin perusteettomiin uskomuksiin, jollei nimenomaisesti henkilökohtaista paremmuutta ole mainittu vainoamisen syynä. Arviointi perustuu potilaan sillä hetkellä esittämiin mielipiteisiin, vaikka perusteettomia paremmuuden tunteita voidaan sanoa esiintyneen aikaisemmin.

KOHTA 9: Masentunut mieliala, depressiivisyys

Surullisuus; toivottomuus, avuttomuuden, pessimismin ilmaisuja. Kiinnittää huomiota kasvojen ilmeisiin ja itkemiseen arvioidessaan voimakkuutta. Älä kiinnitä arvioissa huomiota syyllisyyteen, retardaatioon, somaattisiin vaivoihin.

Kysymys Oletko ollut suhteellisen iloinen viime aikoina vai oletko masentunut, surullinen? Oletko itkenyt viime aikoina? (Oletko masentunut suurimman osan aikaa vai vain joskus? Miten pahalta sinusta tuntuu? Mikä sinua vaivaa?)
 Millaisena näet tulevaisuuden? (Tuntuuko sinusta toivottomalta?)
 tuntuuko sinusta, että elämä on arvotonta? Onko sinusta koskaan tuntunut, että haluat kaiken loppuvan? Oletko yrittänyt lopettaa elämäsi?)
 (Jos suuruudenajatuksia käsittelevissä kysymyksissä käy ilmi, että potilas aliarvioi itseään, kysy: ”tunnetko olevasi muita huonompi? Arvoton?”)

Vakavuus 1) Ei - potilas ei kerro epämiellyttävistä tuntemuksista. Ei merkkejä depressiosta.

- 2) Erittäin lievä - ohimenevää surullisuutta, ei näkyviä merkkejä depressiosta.
- 3) Lievä - valittaa tarmon puutetta, tuntee itsensä synkäksi, huolestuneeksi, surulliseksi.
- 4) Kohtalainen - näyttää masentuneelta, tuntee olonsa kurjaksi, avuttomaksi. Ilmaisee pessimismisiä ja muita depressiivisiä tunteita. Itkeskelevä, epäselviä/ajoittaisia itsemurha-ajatuksia. Toiminnan heikkenemistä.
- 5) Kohtalainen/vakava - fyysisiä depression merkkejä (yleensä myös retardaatiota tai agitaatiota). Epätoivon ja toivottomuuden tunnetta. Depressiiviset suhteet vallalla, itsemurha ajatuksia.
- 6) Vakava - voimakas depressio on leimaa antava ja siihen liittyy selviä fyysisiä depression merkkejä, depressiivisiä harhakuvitelmia, ajattelee kuolemaa, itsemurhaa.
- 7) Erittäin vakava - depressiivistä välinpitämättömyyttä tai agitaatiota, runsaita depressiivisiä harhakuvitelmia, itseään tuhoavaa käyttäytymistä.

Määritelmä

Masentunut mieliala

Masentunut mieliala käsittää ainoastaan depression tunnetekijän. Se arvioidaan masentuneisuuden, pessimismin, surullisuuden, toivottomuuden, avuttomuuden ja synkeyden pohjalta. Kasvonilmeet, itkeminen, valittelu ja muut mielentilasta kertovat seikat on otettava huomioon, mutta motorinen estyneisyys, syyllisyys ja somaattiset vaivat, jotka yleensä liittyvät depression psykiatriseen oireostoon, jätetään huomiotta masentunutta mielialaa arvioitaessa.

KOHTA 10: Vihamielisyys, aggressiivisuus

Ilmoitetut aggressiivisuuden, halveksunnan, katkeruuden ja vihan tunteet muita ihmisiä kohtaan. Riitaisuus, vihamielinen ja aggressiivinen käytös haastattelutilanteen ulkopuolella, potilaan itsensä kertomana tai muuten tiedossa viime ajoilta. Aggressiivisuus haastattelijaa kohtaan arvioidaan kohdassa "yhteistyön puute".

Kysymys Kuinka tulet toimeen muiden kanssa? Ärsyttävätkö muut ihmiset sinua? Onko sinulla jotain muita ihmisiä vastaan? Kiisteletkö muiden ihmisten kanssa? Tuletko kovinkin vihaiseksi? Huudatko muille? Lyötkö toista, kun olet vihainen?

Vakavuus

- 1) Ei negatiivisia tunteita muita kohtaan.
- 2) Erittäin lievä - kritisoi voimakkaasti muita ihmisiä.
- 3) Lievä - vastenmielisyyttä, moittimista, kaunaa vahingoniloa, ärtyvyyttä.
- 4) Kohtalainen - selvää ärtyvyyttä, aggressiivista suhtautumista, kiukunpurkauksia syytöksineen, solvauksineen ja uhkauksineen.
- 5) Kohtalainen/vakava - toistuvaa verbaalista aggressiivisuutta, ajoittain

fyysistä aggressiivisuutta.

6) Vakava - suhtautuu pysyvästi kireästi ja vihamielisesti. Verbaalinen aggressiivisuus on yleistynyt. On toistuvasti fyysisesti aggressiivinen ja käyttäytyy häiritsevästi.

7) Erittäin vakava - mielivaltaista jatkuvaa verbaalista ja fyysistä aggressiivisuutta (latelee solvauksia ja uhkauksia, rikkoo huonekaluja, lyö lähestyviä ihmisiä).

Määritelmä **Aggressiivisuus**

Termillä aggressiivisuus tarkoitetaan ilmoitettuja katkeruuden, riitaisuuden halveksunnan ja vihan tunteita muita ihmisiä kohtaan haastattelutilanteen ulkopuolella. Arvioija voi tarkata potilaan mielentilaa ja aitoutta tämän kertoessa kokemustaan ja ottaa tämä huomioon arvioidessaan oirealueen patologian astetta. Huomaa, että haastattelutilanteessa haastattelijaan kohdistuva aggressiivisuus arvioidaan kohdassa "yhteistyön puute", eikä sitä huomioida tässä määriteltäessä aggressiivisuutta arvioitaessa.

KOHTA 11: Epäluuloisuus, paranoidisuus

Potilas uskoo, että muilla on pahansuopia ja syrjiviä aikomuksia häntä kohtaan. Tunteet voivat vaihdella korostuneesta sensitiivisyydestä ja lievista epäilyistä vainoharhoihin ja väärin kuvitelmiin siitä, että toiset tarkoittavat häntä. Tähän sisältyy myös vainoharhainen mieliala.

Kysymys Onko sinulla sellainen tunne, että muut ihmiset tarkkailevat erityisesti sinua? (tai yrittää puuttua elämäsi?) Puhuvatko ihmiset sinusta arvostellen ja nauravatko he sinulle? (kysy jotain esimerkkejä). Vihjailevatko he sinusta tai puhuvat asioistasi? Tuntuuko sinusta, että kaikki on jotenkin järjestettyä? Oletko nähnyt viittauksia itseesi televisiossa tai sanomalehdissä? (Voitko selittää tätä mitenkään?) Syytätkö ketään omista vaikeuksistasi? Toivooko joku sinulle pahaa? (Kuka? Onko joku yrittänyt tarkoituksellisesti vahingoittaa sinua? Onko siihen mitään syytä?) tuntuuko sinusta koskaan, että jotain kummallista, epätavallista on tapahtumassa, etkä tiedä miksi? (Millaista?).

Vakavuus

- 1) Ei merkkejä epänormaalista epäilyistä.
- 2) Erittäin lievä - sensitiivisyyttä, ei luota muihin.
- 3) Lievä - epämääräisiä väriä kuvitelmia, että toiset tarkoittavat potilasta. Epäilee, että toiset nauravat hänelle, toimivat häntä vastaan pikkuasioissa jne. On rauhoitettavissa.
- 4) Kohtalainen - paranoidinen suhtautuminen, itseä koskien harhakuvitelmia ja/tai vainoharhoja, jotka ovat epämääräisiä, heikkoja tai systematisoitumattomia; harhaluuloinen mieliala.
- 5) Kohtalainen /vakava - aktiivisia ja tunnelatauksellisia paranoidisia

harhakuvitelmia, systematisaatioita tai harhaluuloista mielialaa.

6) Vakava - runsaita, aktiivisesti syntyneitä paranoidisia harhakuvitelmia tai erittäin harhaluuloinen mieliala.

7) Erittäin vakava - kaikenkattavia runsaita paranoidisia harhakuvitelmia tai erittäin voimakkaasti harhaluuloinen mieliala.

Määritelmä

Epäluuloisuus

Termillä epäily tarkoitetaan niitä erilaisia psyykkisiä kokemuksia, joissa potilas uskoo, että joku muu ihminen on tehnyt hänelle vääriä, tai että toinen ihminen tarkoittaa tai on tarkoittanut pahaa. Koska yleensä ei ole tarpeeksi tietoa, joiden pohjalta arvioida objektiivisesti epäilyjen uskottavuutta, termi "syytökset" olisi ehkä sopivampi sana luonnehtimaan tätä aluetta. Arvioinnissa tulisi näkyä, kuinka voimakkaasti potilas projisoi moitteen ja syyttää toisia ihmisiä tai voimia pahansuovista ja syrjivistä aikomuksista. Tämän oirealueen patologia voi vaihdella lievistä epäilyistä vainoharhoihin ja itseä koskeviin harhakuvitelmiin.

KOHTA 12: Hallusinaatiot, hallusinatorinen käyttäytyminen

Aistihavaintoja ilman ulkopuolisia ärsykeitä. Erotettava illusioista ja voimakkaasta mielikuvituksesta.

Kysymys

haluaisin kysyä muutaman rutiinikysymyksen, joita kysymme kaikilta: Tuntuuko sinusta koskaan, että kuulisit melua tai ääniä, vaikka kukaan ei ole lähettyvillä, eikä ääniä voi mitenkään selittää? (Minkälaisia ääniä? Erotatko sanoja? Mitä ääni sanoo? Kutsuuko se sinua nimeltä? Puhuuko se sinusta kolmannessa persoonassa? Arvostelee se sinun käyttäytymistä? Antaako se käskyjä? Uhkaileeko? Syytteleekö? Nimitteleekö? Rauhoitteleeko?) kuuluvatko nämä äänet pääsi sisältä vai tulevatko ne ulkopuolelta korviesi kautta? Kenen ääniä ne ovat? Onko sinulla ollut epätavallisia näkökokemuksia? Oletko nähnyt sellaisia esineitä tai ihmisiä, joita muut eivät pysty näkemään? (Minkälaisia? Milloin? Pelkäsitkö? Onko tällaista tapahtunut, kun olet täysin valveilla?) Onko mauissa ollut mitään epätavallista? Onko hajuissa ollut mitään epätavallista? Oletko tuntenut ruumiissasi mitään epätavallisia tunteuksia?

Vakavuus

- 1) Ei todisteita epänormaaleista havainnoista.
- 2) Erittäin lievä - kerrotuissa kokemuksissa hallusinatorisia piirteitä, nukahtamisharha-aistimuksia.
- 3) Lievä - yksittäisiä elementaarisia harha- aistimuksia (valot, oman nimensä kuuleminen).
- 4) Kohtalainen - verbalisia hallusinaatioita tai muiden aistien täydellisesti kehittyneitä hallusinaatioita, joita selvästi esiintyy, mutta kuitenkin vain ajoittain. Ei vaikuta käyttäytymiseen. Jonkin verran sairaudentuntoa.
- 5) Kohtalainen/vakava - usein toistuvia hallusinaatioita. Potilas reagoi

niihin. Ei sairaudentuntoa.

6) Vakava - jatkuvia hallusinaatioita. Voimakkaista, määräävät potilaan käyttäytymistä.

7) Erittäin vakava - massiivisia hallusinaatioita, hallusinatorinen tila (kuten akuutissa sekavuustilassa tai akuutissa hallusinaatioissa). Potilas on kokonaan uppoutunut hallusinaatioihinsa, kontakti on mahdoton.

Määritelmä Hallusinaatiot

Hallusinatorisia kokemuksia arvioitaessa arvioijan on usein harkittava, ovatko kerrotut kokemukset hallusinaatioita vai pelkästään voimakkaan mielikuvituksen tuotetta. Yleensä, ettei arvioija ole täysin vakuuttunut siitä, että kerrotut kokemukset ovat todella poikkeavia normaalista ajatus- ja mielikuvitusprosessista, kohtaan "hallusinaatiot" merkitään "ei".

KOHTA 13: Motorinen estyneisyys

Liikkeiden ja puheen määrä sekä nopeus ovat heikentyneet. Arvioidaan puhtaasti havaintojen perusteella.

- Vakavuus
- 1) Ei todisteita motorisesta estyneisyydestä.
 - 2) Erittäin lievä - ainoastaan subjektiivista/spontaanisuuden puutetta/lievää epävarmuutta puheissa ja liikkeissä.
 - 3) Lievä - kuten edellä, taukoja puheessa, vastaa lyhyesti ja viivytellen, mutta kuitenkin kokonaisin lausein.
 - 4) Kohtalainen - liikkeet ovat hidastuneet, puhe aloitteetonta, hiljainen ääni, vastaa viivytellen lyhyesti ja epätäydellisesti.
 - 5) Kohtalainen/vakava - kasvoniilmeet melko muuttumattomat, liikkeet ovat hitaita epäröiviä ja epätäydellisiä, puhuu yksittäisin sanoin, kuiskaten ja vain kysymysten pohjalta.
 - 6) Vakava - lähes puhumaton.
 - 7) Erittäin vakava - täysin puhumaton.

Määritelmä Motorinen estyneisyys

motoriseen estyneisyyteen kuuluu tahdonalaisen motoristen reaktioiden yleinen hidastuminen ja heikkeneminen. Tämän alueen oireilu näkyy käyttäytymisessä, siten että ei ole tarvittavaa voimaa ja tarmoa suorittaa tahdonalaisia toimintoja normaalilla tavalla. Tahdonalaisiin toimintoihin, joihin erityisesti vaikuttaa alentunut energiataso, sisältyvät puheeseen liittyvät toiminnat ja myös näkyvä lihastoiminta. Motorisen estyneisyyden kasvaessa puhe hidastuu, ääni heikkenee, potilas puhuu vähemmän. Tahdonalaiset liikkeet hidastuvat, heikkenevät ja harvenevat.

KOHTA 14: Yhteistyöhaluttomuus, vastahakoisuus

Aggressiivisuutta ja vastustelua haastattelijaa ja haastattelutilannetta kohtaan. Arviointi perustuu havaintoihin.

- Vakavuus
- 1) Ei merkkejä yhteistyöhaluttomuudesta.
 - 2) Erittäin lievä - puhuu ja käyttäytyy ylivilkkaasti.
 - 3) Lievä - ei halua vastata joihinkin kysymyksiin, näyttää jotenkin kiusaantuneelta haastattelusta. Vastaa lyhyesti.
 - 4) Kohtalainen - ei hyväksy joitakin kysymyksiä. Vastaa lyhyesti tai epävarmasti ja vältellen. On selvästi kiusaantunut haastattelusta. Koko haastattelun läpivieminen on vaikeaa.
 - 5) Kohtalainen/vakava - avoimesti aggressiivinen suhtautuminen haastattelijaan. Kieltäytyy vastaamasta joihinkin kysymyksiin. Yrittää lähteä haastatteluhuoneesta. Koko haastattelun läpivieminen mahdotonta.
 - 6) Vakava - kieltäytyy lääkärin tutkimuksesta eikä suostu tulemaan huoneeseen. Vastaa epäsiällisesti tai pysyy vaiti tai käyttää karkeita sanoja. Haastattelu mahdoton, mutta jonkinlainen kontakti saadaan.
 - 7) Erittäin vakava - haastattelu on mahdoton. Kieltäytyy tulemasta/pysymästä haastatteluhuoneeseen. Ei vastaa kysymyksiin/käskyihin tai on jatkuvasti aggressiivinen.

Määritelmä **Yhteistyöhaluttomuus**

Tällä termillä tarkoitetaan ko-operaation puutetta ja vastustelua haastattelijaa ja haastattelutilannetta kohtaan. Huomaa, että yhteistyöhaluttomuutta arvioidaan sen pohjalta, kuinka potilas reagoi haastattelutilanteeseen, kun sen sijaan aggressiivisuutta arvioidaan sen pohjalta, miten potilas on kertonut aggressiivisista tunteistaan tai käyttäytymisestään toisia kohtaan haastattelutilanteen ulkopuolella. Oli välttämätöntä erottaa nämä kaksi aluetta toisistaan, koska joku potilas, jolla ei ollut viitteitäkään aggressiivisista tunteista ja joka jopa kieltää ne, saattaa osoittautua erittäin aggressiiviseksi haastattelijaa kohtaan.

KOHTA 15: Oudot ajatussisällöt, harhaluulot

Epätavallinen, outo, kummallinen ajatussisältö, esim. pakkomielteitä, yliarvostettuja ajatuksia, idiosynkraattisia uskomuksia/teorioita, harhaluuloisia väärinkäsityksiä, erilaisia harhaluuloja. Tässä kohdassa arvioidaan sisällön epätavallisuutta/epänormaalisuutta, eikä ajatusprosessin sekavuutta. Ota huomioon sekä haastattelun yleis- että erityiskysymysten kohdalla esiin tulleet epätavalliset ajatussisällöt, vaikka niitä olisikin arvioitu muiden otsikoiden alla (esim. huolestuneisuus terveydestä, epäluuloisuus jne.) Tässä kohdin arvioidaan myös sellaisia seikkoja kuin depersonalisaatio (harhaluuloinen tai ei), sairaalloinen mustasukkaisuus, harhakuvitelmat raskaudesta, seksuaaliset ja fantastiset harhaluulot, harhaluulot katastrofista, harhakuvitelmat passiivisuudesta, ajatusten

kiinnittyminen jne.

- Kysymys** Jotta epänormaalit ajatukset tulisivat esille, esitä sopivia lisäkysymyksiä potilaan aikaisemman tai haastattelun aikaisen käyttäytymisen suuntaviivojen mukaisesti.
- Vakavuus**
- 1) Ei ole.
 - 2) Erittäin lievä - yksittäisiä yliarvostettuja ajatuksia tai epätavallisia uskomuksia, ajoittaisia pakkomielteitä.
 - 3) Lievä - yliarvostettuja ajatuksia, epätavallisia uskomuksia, eksentrisiä teorioita, pakkomielteitä.
 - 4) Kohtalainen - kummallisia teorioita ja uskomuksia, jotka ovat potilaalle melko merkittäviä. Jonkin verran harhaluuloisia väärinkäsityksiä, lukkiutuneita tai residuaalisia harhakuvitelmiä.
 - 5) Kohtalainen/vakava - eriskummalliset teorit ja/tai harhaluulot vallitsevia mielessä, rajoittavat muita toimintoja ja määräävät ajatusten sisältöjä.
 - 6) Vakava - eriskummalliset teorit ja/tai harhaluulot hallitsevat lähes kaikkia ajatuksia ja käyttäytymistä.
 - 7) Erittäin vakava - kaikenkattavat eriskummalliset teorit ja suunnattomat harhaluulot hallitsevat käyttäytymistä ja ajatuksia kokonaisuudessaan.

- Määritelmä** **Oudot ajatussisällöt**
Tämä oireilu kattaa ainoastaan potilaan sanallisen ilmaisun sisällön. Arvioi sen mukaan, kuinka epätavallinen, outoa ja eriskummallista se on. Muista, että harhaluuloinen tai paranoidinen potilas voi esittää eriskummallisia ja uskomattomia asioita täysin vilpittömästi, selkeästi ja "järkevästi". Tässä kohdin arvioidaan ainoastaan ajatussisällön epätavallisuutta eikä onko ajatusprosessi selkeää ja sekavaa.

KOHTA 16: Affektien sammuminen, tunneköyhyys, -kylmyys

Tunteiden sävy on laimentunut tai epäasiallinen. Normaalit tunteet tai osallistuminen ovat selvästi puutteellisia. Välinpitämättömyyttä, apatiaa. Ilmaistut tunteet eivät sovi tilanteeseen tai ajatussisältöön. Arviointi perustuu havaintoihin.

- Vakavuus**
- 1) Normaali tunnereagointi.
 - 2) Erittäin lievä - tunnereaktiot eivät synny spontaanisti.
 - 3) Lievä - ilmaisee tunteensa vain harvoin ja jäykästi sekä ajoittain tilanteeseen sopimattomasti.
 - 4) Kohtalainen - apaattinen. Tunneilmaisu on köyhää. Vähäistä

mielenkiintoa perheeseen, ystäviin, ympäristöön omaan tulevaisuuteen. Mikäli potilas harhaluuloinen, harhaluulot ovat silti tunnesävytteisiä.

5) Kohtalainen/vakava - apatiaa ja sulkeutuneisuutta. Välinpitämätön omasta tilanteesta. Harhaluulot eivät tunnesävytteisiä. Tunteiden epäsuhtaa.

6) Vakava - syvää apatiaa ja sulkeutuneisuutta. Potilas ei tunne mielenkiintoa. Tunneilmaisut puuttuvat tai ne ovat täysin asiaankuulumattomia. Itsensä laiminlyöminen näkyy ulkonäössä ja käyttäytymisessä.

7) Erittäin vakava - totaalinen apatia ja välinpitämättömyys sekä itsensä laiminlyöminen perustarpeidenkin osalta. Tunteet- jos niitä ylipäänsä ilmaistaan - ovat täysin asiaankuulumattomia.

Määritelmä **Affektien sammuminen, tunneköhyys, -kylmyys**
tällä oirealueella tarkoitetaan laimentunutta tunteiden sävyä ja normaalien tunteiden osallistumisen puutteellisuutta. Tunneilmaisut usein puuttuvat kokonaan tai niitä leimaa välinpitämättömyys ja apatia. Kun potilas yrittää ilmaista tunteitaan, saattaa syntyä jäljittelevä tai epäaito vaikutelma.

KOHTA 17: Kohonnut mieliala, euforia

Mieliala vaihtelee voimistuneesta hyvinolontunteesta, euforian ja hypomanian kautta maanisiin- ja hurmiotiloihin.

Kysymys Oletko erityisen iloinen, maailman huipulla, meneekö lujaa? Tarvitsetko tavallista vähemmän unta ja lepoa? Oletko tavallista aktiivisempi? Pursuatko tarmoa, jännittäviä asioita, uusia suunnitelmia? Ostatko tavallista enemmän tavaroita, kulutatko liikaa rahaa?

Vakavuus

- 1) Asiaankuuluvaa hyvänolon tunnetta.
- 2) Erittäin lievä - voimistunut hyvinolontunne.
- 3) Lievä - tuntee olonsa onnelliseksi, hyvin tarmokkaaksi. Liian optimistinen, puhuu liikaa, tarkoituksenmukainen toiminta lisääntynyt.
- 4) Kohtalainen - "Menee lujaa". Potilas on kiihdyksissä, poikkeuksellisen onnellinen, voimakas jne. Rauhaton, ärsyyntynyt, puhuu painostuksesta, huono keskittymiskyky, yliaktiivinen, mutta tarkoituksenmukainen toiminta heikentynyt.
- 5) Kohtalainen/vakava - mieliala vaihtelee ilosta vihaan. Puhuu kovalla äänellä. Pinnallisia mielleyhtymiä riimien jne. perusteella. Kaoottista yliaktiivisuutta.
- 6) Vakava - ekstaasissa, tai vaihtelee ilosta vihaan. Puhuu jatkuvasti, huutaa, laulaa, ajatukset lentävät. Järkevä kommunikaatio on hyvin rajoittunutta. On jatkuvasti liikkeessä.
- 7) Erittäin vakava - kuten edellinen, mutta äärimmilleen vietyä. Järkevä

kommunikaatio mahdotonta.

Määritelmä Kohonnut mieliala, euforia
kohonnut mieliala, euforia viittaa voimistuneeseen tunnesävyn emotionaalisiin, psyykkisiin ja psykologisiin puoliin. Potilas tuntee voivansa erittäin hyvin, tuntee olonsa luottavaiseksi ja käyttäytyy ikään kuin joidenkin sisäisten voimien ja tunteiden pakottamana. Älä sekoita lisääntyneeseen aktiivisuuteen tai suuruusajatuksiin.

KOHTA 18: Kiihtyneisyys

Puheen ja liikkeiden määrä sekä nopeus ovat kasvaneet. Arvioidaan havaintojen pohjalta.

Vakavuus

- 1) Ei kiihtyneisyyttä.
- 2) Erittäin lievä - puhuu liikaa
- 3) Lievä - puhuu liikaa, yliaktiivinen
- 4) Kohtalainen - puhuu nopeasti ja kovalla äänellä, levoton nopeat liikkeet, tarkoituksellinen toiminta heikentynyt.
- 5) Kohtalainen-vakava - jatkuva puhetulva/usein toistuva huutokohtauksia, jatkuvasti liikkeessä (kävelee edestakaisin , tanssii), toimii hätääntyneesti.
- 6) Vakava - jatkuvaa sekavaa puhetulvaa (siansaksaa, ajatusten lentoa, huutaa uhkauksia, hävyttömyyksiä, yksittäisiä sanoja) motorista kiihtymystä, joka on usein destruktiivista luonteeltaan.
- 7) Erittäin vakava - jatkuvaa kontrolloimatonta kaoottista motorista ja verbaalista kiihtymystä aina uupumukseen asti (kuten katatoonisessa kiihtymyksessä, deliriumissa, akuutissa maniassa jne.).

Määritelmä **Kiihtyneisyys**
Kiihtyneisyydellä tarkoitetaan lisääntyneen aktiivisuuden ja kohonneen reaktiokyvyn emotionaalista, psyykkisiä ja psykologisia puolia. Kiihtynyt potilas on aktiivinen, agitoitu, nopea, äänekäs ja tunneherkkä. Kun jännittyneisyydellä tarkoitetaan aktiivisuuden fyysisiä ja motorisia ilmentymiä, kiihtyneisyys puolestaan viittaa ensisijaisesti psyykkisiin ja emotionaalisiin puoliin. Kiihtyneisyyden aste riippuu herätetilan ja tunteen kohoamisen voimakkuudesta.

KOHTA 19: Dosorientaatio, sekavuus

Ihmis-, paikka-, ja aika-assosiaatiot ovat sekavia ja epätäydellisiä. Älä arvioi ilmeisesti harhaluuloista tai hallusinaatioista johtuvaa dosorientoitumista.

Kysymys Tuntuuko sinusta koskaan sekavalta ja ajatteletko levottomasti? Onko sinusta vaikea tuntea ihmisiä ja paikkoja? (Tiedätkö kuka olen, missä

olemme? Tiedätkö mikä päivä nyt on ja mikä kuukausi? Mitä kello on?).

Vakavuus

- 1) Hyvin orientoitunut.
- 2) Erittäin lievä - potilas tuntee hyvin tiensä. Tietää kuka ja missä hän on. Tunnistaa säännöllisesti tapaamansa ihmiset. Vaikea tunnistaa kaukaisia sukulaisia, harvoin käyviä vierailijoita ja vieraita paikkoja tai esineitä. Näyttää ajoittain hämmentyneeltä.
- 3) Lievä - tuntee tiensä, tietää päivän, kuukauden, vuoden. Tunnistaa perheensä, mutta joskus ei tunne lähellä olevia ihmisiä tai säännöllisiä vierailijoita.
- 4) Kohtalainen - ei aivan tarkkaan tiedä päivää. Ei muista äskeistä tapahtumaa, kuten vierailuja, kirjeitä tai muita henkilökohtaisia tapahtumia. Menee ymmälleen yksinkertaisista asioista tai tapahtumista.
- 5) Kohtalainen/vakava - ei yleensä tiedä päivää. Usein käy niin, ettei hän tunne lähellä olevia ihmisiä. Toistuvasti "kadottaa" tavaroita. Tuntee yhä lähisukulaiset ja löytää tiensä esim. sairaalassa, mutta ei "kauempana" ulkopuolella.
- 6) Vakava - vielä jonkinlainen järjellinen käsitys olinpaikastaan. Ajantaju on sekaisin. Ei tunnista kaikkia hänestä huolta pitäviä henkilöitä. Ei löydä tietään ilman apua. Ei toisinaan tunne edes erittäin läheisiä perheenjäseniä.
- 7) Erittäin vakava - ajan- ja paikantaju täysin sekaisin. Ei tunnista edes läheisiä perheenjäseniä. Ei tiedä kuka hän itse on.

Määritelmä

Dosorientoituminen

Dosorientoituminen on otettu mukaan arviointiin, koska haluttiin mitata tätä erityistä sekavuuden muotoa, joka ilmenee heikentyneenä muistina, väärinä ihmis-, aika- ja paikka-assosiaatioina. Dosorientoitunut henkilö ei tiedä, missä hän on, kuinka suhteuttaa olinpaikkansa muuhun ympäristöön, kuinka liikkua paikasta toiseen. Jopa tuttujen henkilöiden tunnistaminen on vaikeaa. Ajan- ja paikantaju ja jopa oman itsensä tunnistaminen voi olla sekaisin tai unohtunut. Esim. harhaluuloon kuuluvia identiteettivääristymiä ei pidä arvioida dosorientoitumisena.