

1977

**AKUUTIN PSYKOOSIN SYSTEEMINEN ARVIO:
PERHEEN TOIMINTAKYVYN YHTEYS
IDENTIFIOIDUN POTILAAN KLIINISEEN TILAAN**

Jyväskylän yliopisto
Psykologian laitos
Pro gradu -tutkielma
Niina Haapamäki
Marraskuu 1999

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Psykologian laitos

HAAPAMÄKI, NIINA: Akuutin psykoosin systeeminen arvio: perheen toimintakyvyn yhteys identifioitujen potilaiden kliiniseen tilaan

Pro gradu -tutkielma, 38 s., 3 liitettä
Ohjaaja: Perheterapian professori Jukka Aaltonen
Psykologia
Marraskuu 1999

Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin yksilödiagnostiikan ja relationaalisen diagnostiikan välistä suhdetta akuutin psykoosin hoidon perhekeskeisen intervention alkuvaiheessa. Tutkimus perustui kuudessa sairaalassa eri puolilla Suomea toteutettuun toimintatutkimukseen, Akuutin psykoosin integroitu hoito eli API-projektin aineistoon. Siinä on toteutettu ja kehitetty skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon periaatteita kunkin hoitoyksikön omista periaatteista käsin. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin 52 ensikertaa sairaalaan haakeutuneen akuutisti psykoottisen potilaan ja heidän perheensä toimintakykyä. Perheen toimintaa tarkasteltiin Olsonin kehämalliin perustuvan Clinical Rating Scale (CRS) osallistuvan havainnoinnin menetelmällä. Yksilön toimintakyvyn arvioinneissa tukeuduttiin diagnoosin vaikeusasteen lisäksi Global Assessment Scale (GAS) -asteikkoon, jotta tarkastelu pysyi kliinisen käytännön kannalta merkityksellisellä tasolla. Potilasaineisto vastasi aiempien tutkimusten luomaa kuvaa skitsofreniapotilaista: skitsofreniaan sairastutaan nuorena, potilaat ovat psykologisesti kiinni primääriperheissään ja potilaan vaikeudet näkyvät myös perheen tasolla. Skitsofreniapotilaiden perheet erottuivat muista perheistä toimintakyvyn perusteella hoidon alkuvaiheessa. CRS-menetelmän kommunikaatiota mittaava osio ei tuonut esiin odotettuja eroja sairauden vaikeusasteen mukaisesti. Perheen toimintataso oli yhteydessä sairauden vaikeusasteen lisäksi potilaan ennusteeseen: merkittävin muutos potilaan toimintakyvyssä tapahtui ensimmäisen puolen vuoden kuluessa niiden perheiden sairastuneilla jäsenillä, joiden toiminnasta voitiin jo alkuvaiheessa löytää voimavaroja. Perheen toimintakykyä voidaan CRS-menetelmällä arvioida riippumatta yksilön kliinisestä tilasta. Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan käytännön hoitotyön tason ohella myös metodologiselta pohjalta suhteuttaen tuloksia tutkimusmenetelmien vahvuuksiin ja heikkouksiin. Tulosten pohjalta korostuu erityisesti varhaisen intervention merkitys sekä potilaan että perheen ongelmien vastavuoroisten ehkäisymahdollisuuksien kannalta.

Avainsanat: relationaalinen diagnoosi, integroitu hoito, Olsonin kehämalli

SISÄLTÖ

JOHDANTO	1
MENETELMÄ	4
API-PROJEKTI	4
API-projektin potilasaineisto	5
Seurannat	5
TUTKIMUKSEN POTILAAT	6
TUTKIMUSMENETELMÄT	9
Perheen arviointi: CRS	9
Yksilön toimintakyvyn arvio: GAS	15
TILASTOLLISET MENETELMÄT	16
TULOKSET	17
DIAGNOOSIN YHTEYS PERHEEN TOIMINTATASOON	18
PERHETASON YHTEYS YKSILÖTASOON	20
POHDINTA	21
LÄHTEET	31
LIITE I	39
LIITE II	42
LIITE III	48

JOHDANTO

Perheympäristön ja skitsofrenian välisistä yhteyksistä on Suomessa viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana tehty useita erilaisia tutkimuksia (Aaltonen, 1982). Skitsofreniaa ja sen myötä myös muita psyykkisiä häiriöitä on suomalaisessa hoitoperinteessä jo pitkään jäsennetty perheen vaikeuksien taustaa vasten. Suositus koko perheen ottamisesta hoitoprosessin osaksi perustuu ensinnäkin yksittäisten perheenjäsenten hoidontarpeeseen (Magliano ym., 1999; Salokangas, Stengård, Rökköläinen, Helle, & Kytölä, 1987b). Tarkasteltaessa perheiden ilmapiiriä ja toimintaa on huomattu, että perheiden vuorovaikutusongelmat ovat huomattavasti yleisempiä kuin yksilöiden vakavat psyykkiset häiriöt. Näiden vuorovaikutusongelmien ratkaisemisessa tarvitaan usein asiantuntijan apua. Perheen merkitys myös skitsofrenian hoidossa on kasvanut merkittävästi varsinkin avohoidon lisääntymisen myötä; merkityksellisiä eivät ole ainoastaan sairauden puhkeamiseen johtaneet kehityskulut vaan myös se, että potilaat usein palaavat sairaalahoidon jälkeen takaisin kotiin (Goldstein, Hand & Hahlweg, 1986). Perheenjäsenen sairastuminen kuormittaa perheen selviytymiskeinoja, mikä on omiaan heikentämään läheisten ja potilaan jaksamista.

Perheterapiassa ja perhekeskeisessä psykiatriassa perheen ja identifioidun potilaan ongelmien hahmottamistavat pohjautuvat keskeisesti systeemiseen perheteoriaan (Aaltonen, 1999; Alanen, 1997). Se koostuu useista osateorioista, jotka korostavat ja valaisevat monipuolisesti toisistaan poiketen ja samanaikaisesti toisiaan täydentäen perheen vuorovaikutuksen eri puolia. Perhekeskeisen psykiatrian hoitotoimenpiteissä yksilöä, perhettä ja sosiaalista verkostoa tarkastellaan perheen sen hetkisen vuorovaikutuksen valossa (Aaltonen, 1982; Aaltonen & Rökköläinen, 1988). Systeemisen perheteorian ja perhetyön yleistyessä on huomattu tutkijoiden ja kliinikoiden tarvitsevan yksilöiden diagnosointimenetelmien rinnalla menetelmiä, jotka mittaavat yksilöidenvälisiä suhteita, suh-

teiden häiriintyneisyyttä ja yksilöitä näissä suhteissa (Kaslow, 1995). Tällaisen relationaalisen diagnoosin perustalta voidaan suunnitella hoitoa kokonaisvaltaisesti ja laajentaa näkökulmaa etiologian lisäksi myös ongelmien kehittymiseen ja ennusteeseen. Keskeiseksi on nähty myös mahdollisuus välttää perinteisen diagnosoinnin haitalliset leimaavat aspektit.

Perheiden arvioimiseksi on kehitelty useita menetelmiä, yksi käytetyimmistä systeemiseen perheterapiaan perustuvista malleista on Olsonin kehämalli (Olson ym., 1985). Diagnosointikäytäntöön on tautiluokituksen multiakksiaalisuuden myötä jo vakiintunut yksilön psyykkistä tilaa diagnoosista riippumatta arvioiva Global Assessment Scale (GAS) -asteikko (Group for the Advancement of Psychiatry Committee on the Family, 1996). Vuonna 1994 julkaistussa DSM IV:ssa myös perhenäkökulma on omana ulottuvuutenaan, Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF) -asteikkona, mutta ei siten, että se tulisi systemaattisesti huomioiduksi arviointitilanteissa, keskeisin akseli on edelleen psykiatrinen diagnoosi.

Huomattavaa osaa skitsofreniatutkimuksista voidaan Kingin ja Dixonin (1995) mukaan kritisoida niiden keskittymisestä riskitekijöihin suojaavien tekijöiden sijasta. Marley (1999) ja Walsh (1983; 1996) painottavat, että moniongelmaisimmistakin perheistä löytyy aina rakentavia, myönteisiä vuorovaikutussuhteita ja prosesseja. Resilienssi eli kyky selviytyä kriiseistä ja elämän stressitekijöistä eheänä ja aiempaa vahvempana ja elinvoimaisempana on perinteisesti nähty yksilön ominaisuutena, kuten coping -keinoina ja erilaisina persoonallisuuden piirteinä. Resilienssi on laajennettu nyt perheeseen ja edelleen sosiaaliseen kontekstiin. Tarkastelemalla perheen ja sosiaalisen verkoston ominaisuuksia, jotka ovat omiaan tukemaan resilienssiä yksilönkehityksessä, on saatu keskeisesti mukaan kehityksellinen näkökulma. Kriisistä selviytymiseen vaikuttavat sekä lyhyet että pidempikestoiset stressitekijät yhdessä elinkaaren ja sukupolvien aikana kertyneiden kokemusten kautta.

Systeemisen lähestymistavan myötä perhenäkökulman voimavarakeskeisempi painottuminen ehkäisee lisäksi taipumusta etsiä ja käsitteellistää hyvintoimivaa ideaaliperhettä "mytologisoidusti" täysin ongelmattomana (Walsh, 1996, s. 268). Systeemiset perhemallit eivät rajoitu poikkileikkauksenomaisiin määritelmiin, vaan tarkoituksenmukaiset ja yksilön kannalta optimaaliset vuorovaikutustavat ovat elämänkaaren ja traumaattisesta tilanteesta toipumisen vaiheesta riippuen erilaisia. Suomalaisessa skitsofreniatutkimuk-

sessä voimavarakeskeisyyden merkitys näkyy jo 60-luvulta alkaneissa adoptiotutkimuksissa, joissa on varmistunut geneettisten tekijöiden osuus skitsofrenian etiologiassa. Tienarin työryhmän (Lehtonen, 1994; Tienari ym., 1985; Tienari ym., 1994) tulosten mukaan perheympäristön merkitys näkyy nimenomaan skitsofrenialta suojaavana vaikutuksena.

Perhekeskeisen psykiatrian ja sen tutkimuksen voidaan Aaltosen (1982) mukaan katsoa alkaneen Suomessa Yrjö Alasen 50-luvulla tekemästä skitsofreniapotilaiden äiteihin kohdistuneesta tutkimuksesta; skitsofrenia on laajemminkin merkittävä osa perheterapian kehittymistä. Nykyinen lähestymistapa skitsofreniaan perustuu keskeisesti 1980-luvulla toteutettuun Skitsofreniaprojektiin eli Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelmaan (Lääkintöhallitus, Sairaalaliitto & Mielisairaalan Liitto, 1988). Skitsofreniaprojektissa on kehittynyt tarpeenmukaisen hoidon malli, jossa skitsofreniaa hoidetaan integroidun hoitonäkökulman mukaisesti: eri hoitomuodot pyritään yhdistämään joustavasti ja yksilöllisesti siten, että hoito vastaa sekä potilaan että hänen perheensä ja lähimmän sosiaalisen verkostonsa tarpeita (Räkköläinen, Lehtinen & Alanen, 1991). Tämä kokonaisvaltainen lähestymistapa toteutuu käytännössä aloittamalla interventio perhekeskeisesti systeemiseltä pohjalta.

Tarpeenmukaisessa hoidossa perhettä ei tarkastella pelkästään omana erillisenä tasonaan, vaan hoitava taho ja perhe muodostavat yhdessä uuden kokonaisuuden, rajajärjestelmän, jonka toimivuus vaikuttaa keskeisellä tavalla hoidon onnistumiseen (Seikkula, 1991). Tähän hoitovaiheeseen on kiinnitettävä erityisesti huomiota, koska näin pystytään keräämään tehokkaasti ja monipuolisesti tietoa yksilöllisistä hoitotarpeista ja aktivoimaan potilaan sosiaalinen verkosto hoidon pohjaksi. Käytännössä tämä toteutuu hoitokokouksissa, joissa voidaan yhdistää henkilökunnan ammatillinen kokemus ja perheterapeuttinen ymmärrys sekä perheen asiantuntijuus omassa tilanteessaan; tälle pohjalle rakentuvat eheyttävät voimavarat (Seikkula, 1990).

Myös Akuutin psykoosin integroitu hoito (API) -projekti on osa Skitsofreniaprojektin pohjalle rakentunutta skitsofrenian hoidon ja tutkimuksen kehittämisen perinnettä (Lehtinen, 1992; Lehtinen ym., 1996). Se on toteutettu monikeskustutkimuksena kuudessa hoitoyksikössä eri puolilla Suomea, joissa kaikissa on toteutettu tarpeenmukaista hoitoa kunkin hoitoyksikön omien perinteiden pohjalta. API-projekti tutkii ja kehittää edelleen tarpeenmukaisen ja integroidun näkökulman hoitotoimenpiteitä erilaisissa hoito-

ympäristöissä sekä tarkastelee neuroleptihoidon asemaa osana intensiivistä perhekeskeisesti orientoitunutta interventiota. API-projektin aineistoon perustuvana tämä tutkimus keskittyy yksilödiagnostiikan ja relationaalisen diagnostiikan väliseen suhteeseen skitsofreniassa ja pyrkii vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Onko psyykkisen sairauden vaikeusaste yhteydessä perheen toimintakykyyn?
2. Voidaanko yksilön psyykkisen sairauden ennustetta arvioida perheen toimintakyvyn pohjalta?

MENETELMÄ

Tämä tutkimus on osa Akuutin psykoosin integroitu hoito eli API-projektia. Projektin keskeisenä päämääränä on tutkimuksen lisäksi hoitoyksiköiden työn kehittäminen järjestämällä konsultaatiota, koulutusta, tutkijakokouksia, seminaareja ja neuvottelupäiviä hankkeessa mukana oleville keskuksille (Lehtinen, 1992). API-projektissa ei pyritty täyttämään positivistisesti kontrolloidun tutkimusasetelman vaatimuksia, vaan siinä sovellettiin osallistuvan havainnoinnin ja toimintatutkimuksen hermeneuttisia periaatteita (Aaltonen, Koffert & Lehtinen, 1999).

API-PROJEKTI

API-projektiin osallistuneet hoitoyksiköt olivat Jorvin sairaalan psykiatrian yksikkö Espoossa, Keroputaan sairaala Torniossa, Kangasvuoren sairaala Jyväskylässä, Kupittaaan sairaala Turussa, Paloniemen sairaala Lohjalla sekä Psykiatrian klinikka Turussa. Näiden keskusten väestöpohjat vaihtelevat 77 000 ja 200 000 välillä ja yksiköiden vastuualueiden asukasluku oli yhteensä noin 600 000 asukasta. Projektiin mukaan tulleet olivat uusia potilaita, joiden diagnoosina oli funktionaalinen nonaffektiivinen psykoosi ja joilla ei ollut

aiempia hoitoja. Potilaat ottivat yhteyttä hoitoyksiköihin 1.4.92 ja 31.12.93 välisenä aikana. Mallin periaatteiden mukaisesti kunkin potilaan saama hoito oli yksilöllistä ja erilaisten hoitomuotojen valikoima oli monipuolinen; hoidon tuloksellisuutta ei tarkastella tässä osatutkimuksessa.

API-projektin potilasaineisto

API-projektiin valittujen potilaiden tuli täyttää seuraavat kriteerit: 1) Potilaat hakeutuivat ensimmäistä kertaa hoitoon psykoosin vuoksi ja heidän diagnoosinaan oli DSM-III-R -tautiluokituksen mukainen skitsofrenia, skitsofreenistyyppinen psykoosi, skitsoaffektiivinen psykoosi, harhaluuloisuushäiriö, epätyypillinen psykoosi tai lyhytkestoinen psykoosi-reaktio. 2) Sairastumisajankohtana potilaat olivat iältään 15-44 -vuotiaita ja 3) heidän vakituinen asuinpaikkansa oli tutkimuskeskuksen vastuualueella. 4) Potilasta tarjottiin tai hän oli tarjoutumassa hoitoyksikön psykoosihoidosta vastaavan työryhmän hoitoon. 5) Potilaat kykenivät antamaan ns. Informed consent'n ja he suostuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti, alle 18-vuotiailta edellytettiin myös holhoojan suostumus. Jos potilas oli saanut aiemmin neuroleptilääkitystä, ollut psykoterapiassa enemmän kuin 30 käyntikerää, kärsi vakavasta somaattisesta sairaudesta, oli raskaana tai itsemurhan uhka oli suuri, ei häntä otettu mukaan tutkimusprojektiin. Nämä ehdot täytti yhteensä 135 potilasta, joista 55 (39 %) oli naisia ja 80 (61 %) miehiä. Ikäjakauman ääripäät olivat 18 ja 43, suurimman ryhmän muodostivat 25-34 -vuotiaat (40 %), iän keskiarvo (\pm SD) oli 28.6 ± 7.3 .

Seurannat

Seurantatutkimukset liittyivät hoidon jatkuvuuden varmistamiseen ja varsinkin hoidon alkuvaiheessa seurantamittauksia tehtiin tiheästi. Määräaikaissurannat tapahtuivat kuuden kuukauden, yhden vuoden ja kahden vuoden kuluttua hoitoontulosta. Seurannoissa käytetyt menetelmät olivat samoja kuin perusvaiheessa ja ne toteutettiin tilannekohtaisesti joko potilaan kotona, hoitoyksikössä tai muussa potilaan senhetkisessä hoitopaikassa.

TUTKIMUKSEN POTILAAT

Tässä API-projektin osatutkimuksessa tarkasteltiin vain niitä potilaita, joilta oli mahdollista koota tiedot täydellisinä. Katotarkastelulla varmistettiin, miten näin valikoitunut otos edustaa koko alkuperäistä API-projektin aineistoa tutkimusongelmien kannalta keskeisten demografisten muuttujien osalta (Liitetaulukko 1, liite I). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tämän tutkimusotoksen ja projektin alkuperäisen aineiston diagnoosi-, sukupuoli-, ikä- ja perheasemajakaumat olivat samanlaiset, eli tutkimuspotilaat edustivat näiltä osin API-projektin aineistoa kokonaisuudessaan. Ainoastaan skitsofreniapotilaiden suhteellinen osuus oli suurempi tässä otoksessa, mikä vastaa tutkimuksen ensisijaista tavoitetta tarkastella nimenomaan skitsofreniaa.

Tutkimusaineiston ikäjakauma vastasi aiempien tutkimusten havaintoja, miten miehet sairastuvat skitsofreniaan keskimäärin naisia hiukan nuorempina (mm. Alanen, 1994b; Häfner ym., 1994). Nuorimpien ikäluokassa miehiä oli selkeästi naisia enemmän (Taulukko 1). Keskimmaisessä ikäluokassa erot olivat jo pienemmät, mutta skitsofreniapotilaista enemmistö oli miehiä, lyhytkestoisten psykoosireaktioiden kohdalla ero oli päinvastainen. Vanhimmassa ikäluokassa ero sukupuolten välillä näkyi enää skitsofreenistyyppisten ja skitsoaffektiivisten sekä harhaluuloisuushäiriöiden muodostamassa ryhmässä, jossa miesten osuus oli suurempi; ero perustui skitsofreenistyyppisiin psykoseihin sekä harhaluuloisuushäiriöön.

TAULUKKO 1. Tutkimusaineiston sukupuolijakauma iän ja diagnoosiryhmän mukaan (n=52)

Diagnoosiluokat ikäryhmittäin	Sukupuoli		Yhteensä
	Mies	Nainen	
15-25 -vuotiaat			
Skitsofrenia	6 (86 %)	1 (14 %)	7
Skitsofreenistyyppinen, skitsoaffektiivinen, harhaluuloisuushäiriö	4 (80 %)	1 (20 %)	5
Lyhytkestoinen psykoosireaktio	4 (67 %)	2 (33 %)	6
Yhteensä	14 (78 %)	4 (22 %)	18
26-35 -vuotiaat			
Skitsofrenia	6 (86 %)	1 (14 %)	7
Skitsofreenistyyppinen, skitsoaffektiivinen, harhaluuloisuushäiriö	3 (50 %)	3 (50 %)	6
Lyhytkestoinen psykoosireaktio	1 (14 %)	6 (86 %)	7
Yhteensä	10 (50 %)	10 (50 %)	20
35-45 -vuotiaat			
Skitsofrenia	2 (50 %)	2 (50 %)	4
Skitsofreenistyyppinen, skitsoaffektiivinen, harhaluuloisuushäiriö	5 (83 %)	1 (17 %)	6
Lyhytkestoinen psykoosireaktio	2 (50 %)	2 (50 %)	4
Yhteensä	9 (65 %)	5 (35 %)	14

Toiseksi potilasaineisto vastasi pääpiirteissään aiempien tutkimusten (mm. Salokangas ym., 1987b) luomaa kuvaa skitsofreniaan sairastumisen piirteistä, joiden mukaan skitsofreniapotilaat olivat edelleen psykologisesti kiinni primaariperheissään (Taulukko 2). Ikäluokassa 15-25 kaikki potilaat diagnoosiryhmästä riippumatta elivät läheisemmässä yhteydessä primaariperheeseen, minkä voidaan ajatella vielä vastaavan ikäluokkaa kokonaisuutena. Ikäryhmässä 26-35 skitsofreniapotilaista 86% oli edelleen tiiviimmässä yhteydessä primaariperheeseensä, lyhytkestoinen reaktiivinen psykoosireaktio -diagnoosin saaneiden potilaiden ryhmä taas vastasi paremmin ikänsä asettamia odotuksia suurimman osan jo muodostettua sekundaariperheen. Ikäluokka 36-45 oli pienin, yhteensä 14 potilasta ja skitsofreniapotilaiden ero kahteen muuhun ei tule siinä niin selvästi esiin, joskin sekin on nähtävissä tendenssinä. Primaariperheessä asuvien suurempi osuus vastaa Keräsen (1992) löydöstä: potilaat ovat ikänsä puolesta aikuisia, mutta eivät silti ole onnistuneet irtautumaan perheestään itsenäiseen elämään. Vastaavia potilasmateriaalin piirteitä on kuvailtu myös naimattomien ja eronneiden suurempana insidenssinä naimisissa oleviin verrattuna (Salokangas, Marttila, Rökköläinen, Kaljonen & Kytölä, 1987a). Edelleen

tendenssinä näytti olevan, että miehet sairastuvat skitsofreniaan hiukan nuorempina kuin naiset eivätkä he ole myöskään muodostaneet yhtä usein sekundaariperhettä. Aineiston 18 skitsofreniapotilaasta 14 oli miehiä ja näistä 12 asui edelleen primaariperheessään, naisista vain puolet eli 2 potilasta asui primaariperheessä. Vastaava tendenssi näkyy skitsofreenistyyppisten, skitsoaffektiivisten ja harhaluuloisuushäiriödiagnoosien muodostamassa luokassa: 17 potilaasta 12 oli miehiä ja näistä 9 asui primaariperheessä. Lyhytkestoitien psykoosireaktioiden osalta ei miesten ja naisten suhteellinen osuus eronnut primaariperheissä, mutta naisia oli selvästi enemmän sekundaariperheissä: 10 potilaasta 7 oli naisia.

TAULUKKO 2. Tutkimuspotilaiden perheasema (n=52)

Diagnosiluokat ikäryhmittäin	Läheisempi perhe		Yhteensä
	Primaari-perhe	Sekundaari-perhe	
15-25 -vuotiaat			
Skitsofrenia	7 (100 %)		7
Skitsofreenistyyppinen, skitsoaffektiivinen, harhaluuloisuushäiriö	5 (100 %)		5
Lyhytkestoinen psykoosireaktio	6 (100 %)		6
Yhteensä	18 (100 %)		18
26-35 -vuotiaat			
Skitsofrenia	6 (86 %)	1 (14 %)	7
Skitsofreenistyyppinen, skitsoaffektiivinen, harhaluuloisuushäiriö	4 (67 %)	2 (33 %)	6
Lyhytkestoinen psykoosireaktio	1 (14 %)	6 (86 %)	7
Yhteensä	11 (55 %)	9 (45 %)	20
35-45 -vuotiaat			
Skitsofrenia	1 (25 %)	3 (75 %)	4
Skitsofreenistyyppinen, skitsoaffektiivinen, harhaluuloisuushäiriö	2 (33 %)	4 (67 %)	6
Lyhytkestoinen psykoosireaktio		4 (100 %)	4
Yhteensä	3 (21 %)	11 (79 %)	14

TUTKIMUSMENETELMÄT

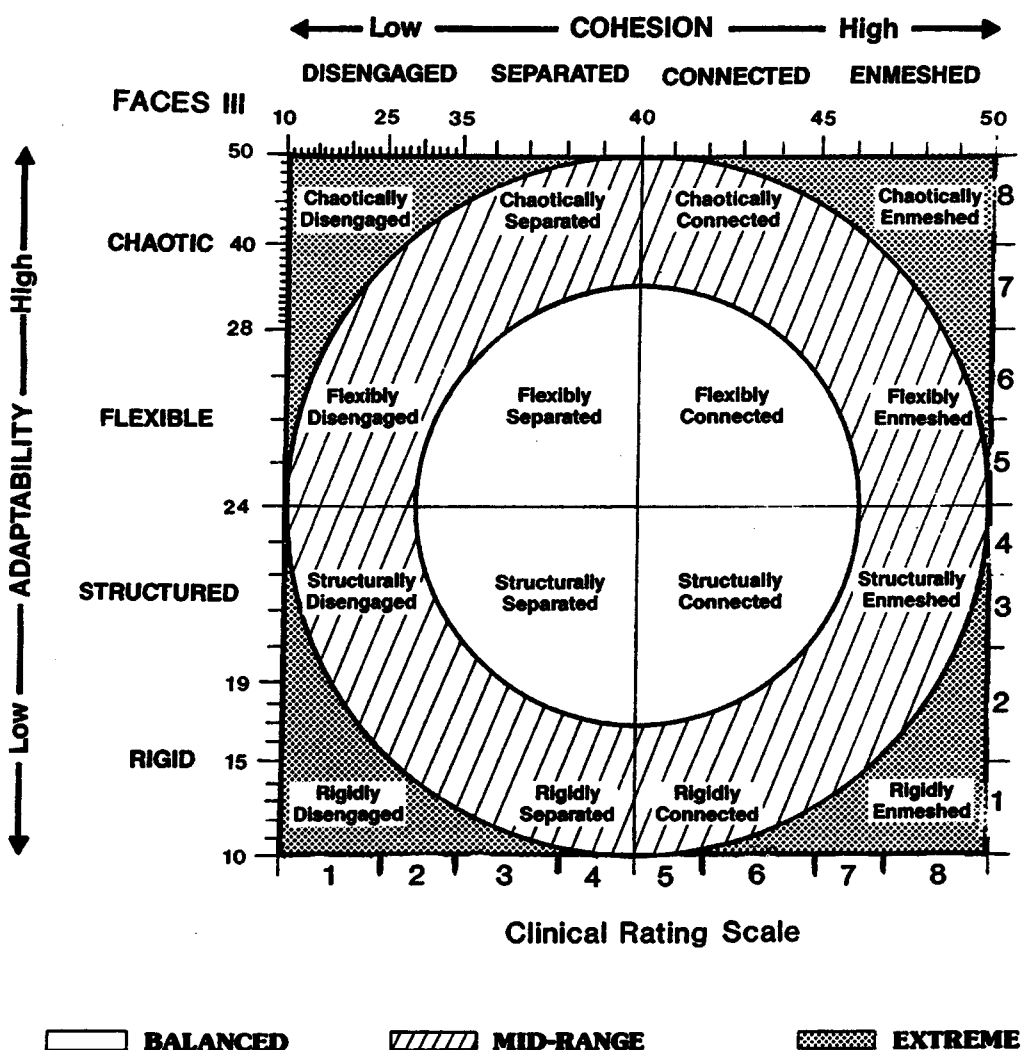
API-projektissa käytettiin useita erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tämän osatutkimuksen kysymyksenasettelun kannalta keskeiset tutkimusmenetelmät olivat perheen vuorovaikutusta arvioiva Clinical Rating Scale (Olson, Russel & Sprenkle, 1983b; Olson ym., 1985, Olson 1986, 1988) ja suomalaisen sairauskertomusjärjestelmään vakiintunut Global Assesment Scale -asteikko (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976; Lääkintöhallitus, 1991; Sairaaliitto, 1980).

Mittareiden reliabiliteetti varmistettiin järjestämällä koulutusta menetelmien käyttöön ja projektin kuluessa mittareiden käyttöä tarkennettiin säännöllisten tutkimuskeskusten yhteisten seminaarien yhteydessä. Pisteytykset tehtiin ryhmäkonsensus-periaatteella ja työryhmien jäsenillä oli vankka kliininen kokemus. Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista kontrolloida menetelmien tai tutkimuskeskusten välistä reliabiliteettia, mutta CRS:n ja GAS:n arvioijien välinen reliabiliteetti on muissa API-projektiin kiinteästi liittyneissä tutkimuksissa todettu hyväksi (mm. Keränen, 1992; Seikkula, 1991). Validiteetti perustuu työntekijöiden kliiniseen kokemukseen ja projektiin liittyneeseen koulutukseen, mikä Keräsen (1992) ja Keinäsen, Virtasen ja Kaljosen (1989) mukaan vastaa perinteistä kliinistä psykiatrista tutkimustapaa.

Perheen arviointi: CRS

Potilaan primaari- ja sekundaariperheiden toimintakykyä arvioitiin hoitokokouksissa avoimena systeeminä Clinical Rating Scale eli CRS -menetelmän avulla. Jos potilaalla oli molemmat perheet, mutta hän eli yksin, tutkimukseen otettiin mukaan se, jonka kanssa potilas oli selkeästi enemmän tekemisissä jokapäiväisessä elämässään. CRS on observointimenetelmä, jonka tulokset havainnollistetaan kehämallin avulla (Kuvio 1, vastaava suomenkielinen kuvio liitteessä II). Menetelmää voidaan käyttää puolistrukturoituna haastattelumenetelmänä, parhaimmillaan se on havainnoitaessa perheen toimintaa tämän suorittaessa yhdessä jotakin tehtävää tai keskustellessa omista käsityksistään perheen toiminnasta. Perheenjäseniä voidaan myös pyytää kuvaamaan, miten he toimivat yhdessä arjen erilaisissa rutiineissa ja tekevät päätöksiä. Haastattelutilanteessa arvioitsija huomioi tilanteessa tapahtuvan vuorovaikutuksen lisäksi perheenjäsenten omat kuvaukset elä-

mästään. (Olson, 1988). Lopullinen päätös arviosta perustuu aina perheen toimintaan ryhmänä, vaikka sen yksilöt tai dyadiset suhteet voitaisiinkin määrittellä toisistaan poikkeavasti.



Kuvio 1. Olsonin kehämalli (Olson ym., 1985)

CRS-menetelmän teoria: Olsonin kehämalli

Olsonin työryhmä on kehittänyt perheterapian yleisen systeemiteorian näkökulmasta teoreettisen mallin perheen dynamiikan ja vuorovaikutuksen kuvaamiseen. Tämä ns. Olsonin kehämalli, Circumplex Model of Marital and Family Systems, on pyrkimys integroida perheterapian käsitteellistä kirjoa ja luoda kokonaisvaltainen malli, joka liittyy tutkimuksen, teorian ja kliinisen käytännön selkeämmin toisiinsa (Olson, 1988; Olson ym., 1983b).

Sitä on jatkuvasti tarkennettu, selvennetty ja määritelty uudelleen; näin siitä on haluttu parantaa, laajentaa ja operationalisoida tarkoituksena kehittää käsitteellisesti integratiivinen, empiirisesti validi ja kliinisesti käyttökelpoinen malli. Tällainen arviointi on kokonaisvaltaisempi eikä se perustu kliinisiin ongelmiin. Näin voidaan osaltaan välttää diagnostisten käsitteiden patologisoivaa leimaa. Sen etuna on myös kyky sanoutua irti varhaisten sosiaalitieteiden ja psykiatrian teorioiden luomista ideaaliperheen malleista ja se soveltuu kaikenlaisiin perhemuotoihin ja systeemeihin (Mendenhall & Grotevant, 1996; Walsh, 1996; Zacks, Green, & Marrow, 1998). Seikkula (1990, 1991) on tarkastellut sen avulla myös perheen ja hoitavan tahon muodostaman oman systeemisen kokonaisuuden eli rajasysteemin vuorovaikutusta.

Olson (1986) viittaa erilaisiin tutkimuksiin, jossa kehämallia on käytetty erilaisten hypoteesien testaamiseen. Yli 300 tutkimuksessa mallin pohjalta rakennetun itseraportointimenetelmän avulla on selvitetty esimerkiksi perheen oireiden ja perhesysteemien tyyppin välistä suhdetta sekä perhesysteemien muutoksia terapeuttisen intervention kuluessa. Useita projekteja on keskittynyt mallin teoreettisten ja kliinisten näkökohtien tutkimiseen. CRS-menetelmän on voitu osoittaa kykenevän erottelamaan huonosti toimivat perheet optimaalisesti toimivista perheistä sekä ns. ei-kliinisistä että ongelmien vuoksi avuntarpeessa olevista perheistä koostuvissa tutkimusaineistoissa (Anderson & Gavazzi 1990; Mendenhall & Grotevant, 1996; Thomas & Olson, 1993). Tutkimustyön lisäksi voidaan mallia käyttää kliinisessä käytännön työssä perheiden mittaamiseen ja hoidon suunnitteluun. Keskeinen päämäärä mallin kehittämisessä on terapeuttisten interventiomenetelmien tunnistaminen, jotka sopisivat tietyille perhetyypeille paremmin kuin toiset. Cluff, Hicks ja Madsen (1994) kuitenkin lisäävät, että vaikka kehämalli on laajimmin käytetty jäsenyys perheen toiminnasta, on se edelleen myös hyvin kiistanalainen.

Klusterioimalla yli 50 parisuhteen ja perheen dynamiikan kuvaamiseen käytettyä käsitettä Olsonin työryhmä (Olson ym., 1983a; Olson ym., 1983b) on päätenyt kolmeen perheen käyttäytymisen ulottuvuuteen: koossapysyvyyteen (cohesion), sopeutuvuuteen (adaptability) ja kommunikaatioon. Näiden perheen dynaamisten prosessien alaan kuuluvat sekä useimmat vanhat perheterapian keskeiset käsitteet että uudempiä systeemiteorian käsitteitä, jotka ovat käsitteellisesti samankaltaisia ja määrittelevät toisiinsa liittyviä perheen olennaisia prosesseja. Dimensioiden merkityksellisyyttä tukee se, että useat eri tutkijat, teoreetikot ja terapeutit ovat päätenneet toisistaan riippumatta käsitteellisesti

vastaaviin ulottuvuuksiin tutkiessaan ja hoitaessaan perheen toimintaa; tutkimuksissa on käytetty usein esimerkiksi Beaversin ja Voellerin (1983) kehittämää systeemimallia sekä McMaster -mallia (ks. Goldenberg & Goldenberg, 1996; Mendenhall & Grotevant, 1996). Mallin dimensioiden yksityiskohtaiset kriteerit ovat liitteessä II, seuraavassa kuvaillaan lyhyesti dimensiot ja niistä muodostuva malli.

Koossapysyvyys

Koossapysyvyys määritellään perheenjäseniä toisiinsa liittävinä emotionaalisina siteinä ja se kuvaa perheenjäsenten perheeseen kuulumisen tai siitä irtaantumisen astetta (Olson, 1988). Tämä rakenteellinen dimensio jaetaan neljään tasoon: irrallisuuteen, erillisyyteen, yhtenäisyyteen ja kietoutuneisuuteen. Toisista perheenjäsenistä poikkeava yksilö voidaan kuvata erillisen koossapysyvyyden alaskaalan avulla, jolloin perheen liittoutunut ja kietoutunut osa sekä sen ulkopuolinen yksilö tai yksilöt määritellään erikseen. Kokonaisarvio perustuu aina alaskaalojen yleisarvioon, ei niiden summaan tai keskiarvoon: pistemäärä määräytyy moodin eli tyyppiarvon perusteella. Koossapysyvyyden suhde perheen toimintakykyyn on käyrälineaarinen (curvilinear) eli irrallisiksi (1 tai 2 pistettä) ja kietoutuneiksi (7 tai 8 pistettä) arvioidut perheet toimivat epätarkoituksenmukaisimmin.

Irrallisissa perheissä ei muodostu kiintymyssuhteita ja taas kietoutuneisuus voi johtaa vaikeuksiin ehkäisemällä perheenjäsenten yksilöitymisprosessia. (Goldenberg & Goldenberg, 1996; Olson ym., 1983b). Irrallisen perheen jäsenet viettävät paljon aikaa erillään perheestä, eikä toisten perheenjäsenten tekemiset tai harrastukset vaikuta muiden käyttäytymiseen. Perheenjäsenten kuvaukset toistensa vaikeuksista voivat olla hyvinkin yksityiskohtaisia, mutta jäävät ulkopuolisiksi raporteiksi ja toisen ongelmat leimataan tämän sairaudeksi. Tasapainoisessa perheessä rajat ovat sekä selkeitä että läpäiseviä, joustavia ja lujia; tällöin perhe tarjoaa itsenäistyville lapsilleen sekä tukea että vapauden omiin keuhkuihin ja päätöksiin. Erillisen perheen jäsenet viettävät paljon aikaa erillään, mutta perheenjäsenet ovat kiinnostuneet toistensa tekemisistä ja vuorovaikutuksessa voidaan havaita selkeä yhteenkuuluvuuden tunne. Yhtenäisessä perheessä yksittäisen perheenjäsenen toimintaa määrää yhteenkuuluvuus, esimerkiksi yksi perheenjäsen neuvottelee omista ratkaisuisistaan toisten kanssa. Kietoutuneen perheen sukupolvienväliset rajat ovat hämärtyneet ja voimakkaat lojaaliset velvoitteet vanhempia kohtaan estävät lapsia eriyty-

mästä. Yhden perheenjäsenen ahdistus valtaa tällaisessa perheessä muutkin perheenjäsenet ja perheenjäsenet samaistuvat toisiinsa hyvin voimakkaasti.

Sopeutuvuus

Olson (1988) nimittää tätä toista rakenteellista dimensiota myös perheen muutosakseliksi, sillä se määritellään avioparin tai perhesysteemin kyvyksi muuttaa valtarakennettaan, roolisuhteitaan ja suhteiden sääntöjä vaikean tilanteen tai perheen kehitysvaiheen luomassa stressitilanteessa. Koossapysyvyyden tavoin sopeutuvuus jaetaan neljään tasoon: jäykkään, strukturoituun, joustavaan ja kaoottiseen sopeutumiseen. Koossapysyvyyttä vastaten suhde toimintakykyyn on käyrälineaarinen eli keskimmäiset luokat viittaavat tarkoituksenmukaisimpaan toimintaan ja äärimmäiset pistemäärät merkittäviin ongelmiin.

Sopeutuvuudessa on siis keskeisesti kyse perheen kyvystä muuttua. Aikaisemmin perheterapeutit korostivat morfoostaasia eli pyrkimystä ylläpitää saavutettu tasapaino ja vastustaa muutosta, mutta myöhemmin on alettu painottaa morfogeneesistä eli kykyä kasvaa ja kehittyä emotionaalisenä järjestelmänä (Olson ym., 1983b). Näiden tasapaino on siis olennainen, jotta perhe voisi toimia tehokkaasti. Perheen on kyettävä säilyttämään tunne jatkuvuudesta ja turvallisuudesta sekä sopeutumaan jatkuvasti muuttuviin olosuhteisiin ja tilanteisiin (Goldenberg & Goldenberg, 1996).

Jäykässä perheessä ei juuri neuvotella, vaan voidaan esimerkiksi vain vahvistaa johtajan mielipide ja päätös (Olson, 1988). Strukturoidusti sopeutuvassa perheessä toimitaan ennakkosuunnitelmien mukaisesti, mutta tilanteen vaatiessa käytännöistä voidaan joustaa. Vanhemmat omaksuvat selkeän johtajan roolin, mutta myös lasten mielipiteitä kuunnellaan. Joustavassa perheessä taas neuvotellaan paljon ja tasavertaisesti ja näin päästään tilannekohtaisesti kaikkia perheenjäseniä kuultuun ratkaisuun. Kaoottisissa perheissä keskustellaan paljon, mutta siitä tuntuu puuttuvan järjestys ja johdonmukaisuus, ongelmien ratkaisut saattavat syntyä selittämättömistä syistä. Kaoottinen perhe pyrkii löytämään jokaisessa tilanteessa uudet ratkaisut eikä säilytä omaa rakennetta ja sen jatkuvuutta.

Kommunikaatio

Kommunikaatioulottuvuus on puolestaan kolmiluokkainen ja lineaarisessa suhteessa toimintakykyyn siten, että pistemäärän 1 saa huonoin ja pistemäärän 6 saa paras kommunikaatio (Olson ym., 1983b; Olson, 1988). Se määritellään perheen vuorovaikutusta edes-

auttavaksi tekijäksi, joka mahdollistaa perheenjäsenten tarkoituksenmukaisen liikkumisen kahdella edellisellä rakenteellisella akselilla. Hyvät kommunikaatiotaidot auttavat perheenjäseniä huomioimaan toistensa tarpeet vuorovaikutustapansa koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden määrittelemiseksi. Huonot kommunikaatiotaidot, esimerkiksi kaksoisdokset tai liiallinen kriittisyys, taas rajoittavat tunnekokemusten ja tarpeiden jakamista ja perheen liikkumista kahdella rakenteellisella akselilla.

Kehämalli

Asettamalla neliluokkaiset rakenteelliset akselit ristikkäin ruudukoksi saadaan 16 perheen dynamiikan luokitusta (Olson, 1988). Kommunikaatiodimensio on toimintakykyä edesauttava eikä sitä esitetä graafisesti kehämallissa. Ulottuvuuksien muuttujien moodi ratkaisee sijoittumisen näihin luokkiin. Sopeutuvuuden ja koossapysyvyyden ulottuvuudet ovat käyräviivaisia eli perheen toiminta on optimaalista niiden keskimmaisissa luokissa ja sijoittuminen ääripäihin nähdään ongelmalliseksi. Koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden 16 luokista voidaan muodostaa kolme ryhmää: ensimmäisen pisteet sijoittuvat mallin keskeisille 4 tasapainoiselle tasolle (balanced), toisen ryhmän perheet sijoittuvat molemmilla akseleilla ääritasoille (extreme) ja näiden välimuodossa (mid-range) ääripää saavutetaan vain toisella akselilla, toisen jäädessä tasapainoiselle tasolle.

Kehämallin oletukset

Mallin mukaisesti koossapysyvyys- ja sopeutuvuustasoltaan tasapainoisten, eli kahdelle keskimmaiselle tasolle sijoittuvien avioparien ja perheiden toimintakyky on kaikissa kehitysvaiheissa parempi kuin ääripäihin sijoittuvien perheiden toimintakyky (Olson ym. 1983b). Tasapainoisuus ei tarkoita kuitenkaan, että perheet aina toimisivat keskimmaisten tasojen kuvaamalla kohtuullisella tasolla, vaan tasapainossa on kysymys perhesysteemin kyvystä toimia tarvittaessa myös äärimmäisillä tasoilla; tällöin toiminta ei kuitenkaan rajoitu tällaiseen äärimmäisyyteen pitkäksi ajaksi. Äärimmäiset perhetyypit taas toimivat kaavamaisesti ääritavallaan eivätkä kykene muuttamaan toimintaansa perheenä. Näin tasapainoisilla perhesysteemeillä on valittavanaan useammanlaisia käyttäytymismahdollisuuksia ja niiden sopeutumiskyky on parempi.

Käyrälineaarisuuden oletuksen on kyettävä huomioimaan perheiden normatiiviset odotukset (Olson, 1983; Olson ym., 1983b; Olson 1986). Ensinnäkin perheen etninen ja

kulttuuritausta vaikuttaa siihen, miten perhe suhtautuu itsenäisyyteen ja riippuvuuteen (individualismiin ja kollektiivisuuteen). Tämä tulee erityisen keskeiseksi lasten kasvaessa, perhesysteemin tulisi löytää tasapaino jatkuvuuden ja differentiaation suhteen. Joissakin etnisissä ryhmissä painottuu keskeisesti riippuvuus, usein perheenjäsenten yksilöitymisen kustannuksella, ja tällaiset perheet voitaisiin mallissa kuvata äärimmäistasoisina perheinä. Tällöin tulee olennaiseksi myös yksittäisten perheenjäsenten tyytyväisyys nykyiseen perhesysteemiinsä. Malli olettaakin, että parien ja perheiden toiminta on tarkoituksenmukaisinta silloin, kuin havaitun ja ideaali-systeemin välinen ero on mahdollisimman pieni. Tämän vuoksi yksittäisten perheenjäsenten kannalta perheen toimintaluokkaa ratkaisevampi on perheenjäsenten tyytyväisyys siihen.

Tasapainoisten parien ja perheiden kommunikaatiotaidot ovat parempia kuin ääriperheiden (Olson ym., 1983b). Hyvät kommunikaatiotaidot mahdollistavat perheen koossapysyvyys- ja sopeutuvuustasojen muuttamisen joustavammin. Huonot kommunikaatiotaidot taas vaikeuttavat perheen liikkumista keskeisille tasoille, jolloin perheen toiminta todennäköisemmin pysyy äärimmäisellä tasolla.

Kehitysvaiheiden tai tilannekohtaisten tekijöiden aiheuttaman stressin kohdatessaan tasapainoiset perheet muuttavat koossapysyvyys- ja sopeutumistasoaan, kun taas ääritasojen perheet pyrkivät vastustamaan muutosta (Olson ym., 1983b). Näin Olsonin kehämalli on dynaaminen olettaessaan yksilöiden ja perhesysteemien muuttuvan ja pitäessään muutosta edullisena perheen toimintakyvyn ylläpidon ja parantamisen kannalta. Perheen elinvoimaisuuden kannalta on olennaista, että muuttumiskyvystä huolimatta perheen vuorovaikutus muuttuu johdonmukaisesti, eli on löydettävä tasapaino morfogeneesin ja morfostaasin välillä. Tämä tasapaino ei ole ”kultainen keskitie” tai ”kohtuus” vaan jatkuva tarkoituksenmukainen joustavuus näiden kahden ääripään välillä. Vastaavasti ei keskimäisiä tasoja ei voida kuvata ihanteellisina tietyssä perheen kehityksen vaiheessa, mutta ne ovat kaikki funktionaalisempia kuin ääripään tyypit. Perheen kehitysvaiheella ja kokoonpanolla odotetaan puolestaan olevan vaikutusta perheen toimintatasoon, joskaan sitä ei ole kyetty osoittamaan empiirisin tutkimuksin.

Yksilön toimintakyvyn arvio: GAS

Potilaan psykososiaalinen toimintakyky arvioitiin Global Assessment Scale - eli GAS-asteikon mukaisesti, jonka suomennettu versio on otettu osaksi sairaskertomusjärjestel-

mää jo 20 vuotta sitten. (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976; Lönnqvist, 1984, 1999; Sairaalaliitto, 1980). Se on yksilön psyykkisen tilan kokonaisarvio ja kuvaa sairauden vakavuusastetta yksilön yleisenä toimintakykynä yhdellä jatkumolla psykologisesta tai psykiatrisesta sairaudesta terveyteen (Keränen, 1992). GAS kuvastaa oireita ja psyykkistä toimintatasoa kokonaisvaltaisena arviona. Vaikka se multidimensionaalisiin arviointiskaaloihin verrattuna menettää paljon yksityiskohtaista tietoa, se on kliinisesti merkityksellisempi ja informatiivisempi. Arvio perustuu useisiin tietolähteisiin, sen on todettu olevan herkän myös muutokselle eikä arvio riipu diagnoosista, lääkityksestä tai muusta hoidosta (mm. Pelkonen, Marttunen, Laippala, Lönnqvist & Aro, 1997). Reliabiliteetti ja validiteetti-arvioidensa perusteella se soveltuu erilaisiin hoitoyksiköihin.

Asteikko on kymmenluokkainen siten, että intervallit voidaan haluttaessa jaotella kymmeneen, jolloin arvio vaihtelee yhdestä sataan ja on näin liukuvampi ja tarkempi (Endicot ym., 1976). Asteikon kriteerit ovat liitteessä III. Pistemäärän 8 saavat henkilöt voivat jo hakea ongelmiinsa apua, avohoidossa hoidetaan tavallisimmin vähintään pistemäärän 4 saavuttaneita potilaita.

TILASTOLLISET MENETELMÄT

Tulokset analysoitiin *SPSS 7.5 for Windows* -ohjelmistolla. Kaikkien tulosten merkitsevyysrajana käytettiin viiden prosentin riskitasoa, $\alpha=0.05$. Kehämallin arvoja tarkasteltiin χ^2 -yhteensopivuustestillä, joka soveltuu yksiulotteisen luokitellun muuttujan analysointiin. GAS-pisteitä vertailtiin keskiarvoina toistomittausasetelmassa, ja tähän profiilianalyysiin käytettiin useamman muuttujan varianssianalyysiä (MANOVA, profiilianalyysi).

TULOKSET

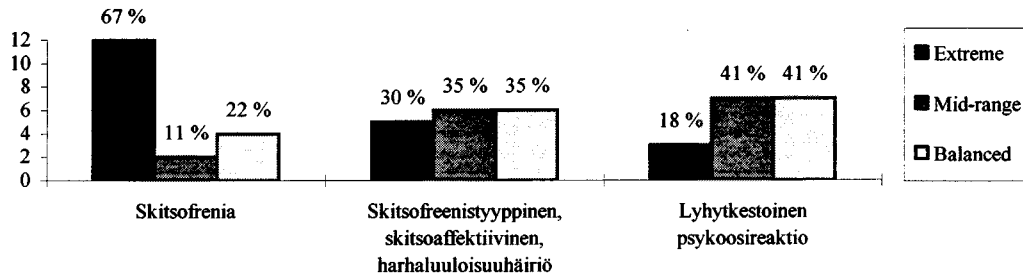
Tässä tutkimuksessa kartoitettiin psykoosin vaikeusasteen ja perheen toimintakyvyn välisiä yhteyksiä. Tarkasteluja varten muodostettiin kolme diagnoosiryhmää: Ensimmäiseen ryhmään (n=18) kuuluivat skitsofreniadiagnoosit. Skitsofreenistyyppisistä (n=8) ja skitsoaffektiivisistä (n=6) psykooseista sekä harhaluuloisuushäiriöstä (n=3) muodostettiin oma ryhmänsä (n=17). Kliinisen kuvansa perusteella jälkimmäiset eivät täytä skitsofrenian kriteereitä, vaikkakin muistuttavat sitä eri suhteissa: Skitsofreenistyyppinen psykoosi vastaa oireiltaan skitsofreniaa, mutta häiriövaihe on kestänyt vähemmän kuin kuusi kuukautta eikä siihen aina liity vastaavaa psykososiaalisen toiminnan tason laskua (Achté, Alanen, & Tienari, 1993; Alanen, 1997; Lääkintöhallitus, 1991). Myös niiden ennuste on vaihtelevampi skitsofreniaan verrattuna (Alanen, 1997). Skitsoaffektiivisessä psykoosissa täyttyvät skitsofrenian oireiden ohella samanaikaisesti masennustilan tai maanisen oireyhtymän kriteerit. Sen uusiutumistaipumus on suurempi, mutta ennuste on arvioitu skitsofreniaa paremmaksi (Möller, Schmid-Bode, Wittchen & Zersen, 1986). Harhaluuloisuushäiriötä leimaavat vähintään kuukauden ajan kestäneet voimakkaat systematisoituneet deluusiot, jotka eivät ole luonteeltaan yhtä eriskummallisia kuin skitsofreniassa ja joiden alueelle käyttäytymisen poikkeavuudet rajoittuvat. Kolmas ryhmä koostui lyhytkestoisista psykoosireaktioista (n=17) ja se erottuu kahdesta muusta luokasta oireiden lyhyemmän keston (alle yksi kuukautta) sekä tunnistettavissa olevan psykoottisen reaktion laukaiseen tilannekohtaisen tekijän perusteella. Lisäksi tässä ryhmässä palautuminen aiemmalle toimintatasolle on todennäköinen.

Myös perheet jaoteltiin kolmeen ryhmään niiden CRS-menetelmällä arvioidun toimintakyvyn perusteella. Olsonin (1991) mukaan akselien ääripäiden luokkien ominaisuuksilla ei ole perheen ongelman kannalta erottelevaa merkitystä; olennaisempaa on toiminnan huono taso sen erityispiirteistä tai ominaisuuksista riippumatta. Näin päädyttiin myös tässä tutkimuksessa yhdistämään akseleiden neljä huonosti toimivaa ääriluokkaa (extreme), neljä hyvin toimivaa optimaalista luokkaa (balanced) sekä ne neljä luokkaa, jossa ääripää saavutettiin vain toisella akselilla (mid-range) toisiinsa, jolloin perheen toimintakykyä tarkasteltiin sen tasona eikä sen sisältöä kuvaavina

ominaisuuksina. Ääriluokkien yhdistämiselle antavat lisäksi tukea myös käytännön kokemukset perheiden kanssa työskentelyssä: Hoffmanin (1981) ja Seikkulan (1991) mukaan esimerkiksi irrallinen vuorovaikutus saattaa piilottaa taakseen hyvin kietoutuneet tunteet tai kaoottisesti toimiva perhe voi toisinaan juuri kaoottisuutensa vuoksi toimia hyvinkin rigidisti.

DIAGNOOSIN YHTEYS PERHEEN TOIMINTATASOON

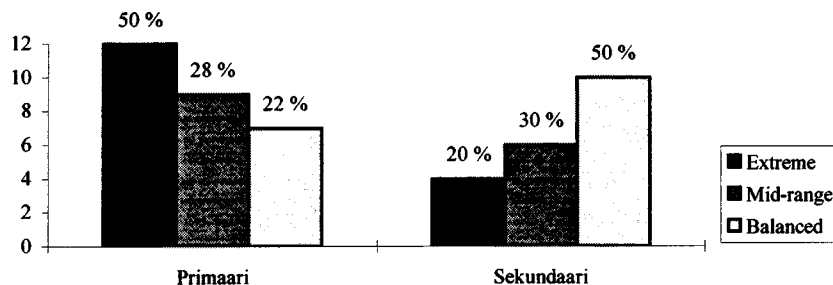
Potilaiden sijoittuminen kehämalliin on kuvattu diagnoosiryhmittäin kuviossa 2. Diagnoosiryhmä ristiintaulukoitiin perheen toimintakyvyn kanssa, jolloin diagnoosi näytti olevan yhteydessä perheen toimintakykyyn, $\chi^2(4)=10.177$, $p<.05$. Riippuvuutta tarkasteltiin lähemmin loglineaarisen mallin avulla. Tähän otettiin mukaan päävaikutustekijöinä diagnoosiryhmä ja perheen toimintakyky sekä näiden yhdysvaikutustekijät. Molempien päävaikutustekijöiden toinen ja kolmas luokka (diagnoosiryhmän skitsofreenistyyppinen, skitsoaffektiivinen ja harhaluuloisuushäiriö sekä lyhytkestoinen psykoosireaktio ja vastaavasti perheen toimintakyvyn kaksi parempaa tasoa eli mid-range ja balanced) yhdistettiin. Niitä verrattiin ensimmäisen luokan (skitsofrenia ja extreme) päävaikutuksen kanssa. Malli sopi aineistoon, $\chi^2(3)=1.2139$, $p=.7497$. Tämän perusteella skitsofreniapotilaiden perheet sijoituivat useammin kehämallin huonoimmalle tasolle (extreme), muut diagnoosiryhmät taas eivät näyttäneet eroavan merkittävästi toisistaan, vaan ne sijoituivat vastaavasti ympyrämallin kahdelle paremmalle tasolle (mid-range ja balanced). Skitsofreniapotilaiden perheet erottuivat muista perheistä siten, että niiden toimintakyky arvioitiin useammin huonoksi. Skitsofreenistyyppisestä, skitsoaffektiivisesta ja harhaluuloisuushäiriöstä sekä lyhytkestoisesta psykoosireaktiosta kärsivien potilaiden perheiden toimintakyky arvioitiin skitsofreniapotilaiden perheitä paremmaksi.



KUVIO 2. Perheiden toimintakyvyn CRS-arviot ja niiden prosentuaaliset osuudet diagnoosiryhmissä

Päinvastoin kuin rakenteellisten akseleiden arvio, ei kommunikaatio-dimensio ollut yhteydessä diagnoosiryhmiin, $\chi^2(4)=2.179$, $p>.05$ (Liitetaulukko 2, liite I). Koska kommunikaatio on järjestysasteikollinen muuttuja, sitä voitiin tarkastella riippumattomien otosten yksisuuntaisella varianssianalyysillä, mutta tilastollisesti merkittäviä eroja ei tällöinkään syntynyt, $F(2, 49)= 0.730$, $p>.05$.

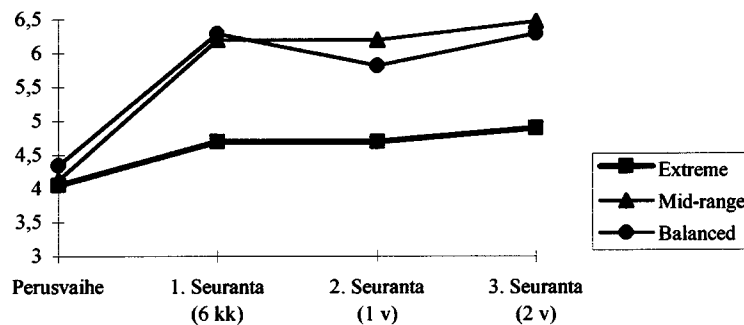
Perheen toimintakykyarviot olivat erilaisia primaari- ja sekundaariperheissä (kuvio 3): primaariperheistä puolet arvioitiin huonosti toimiviksi, sekundaariperheistä vain viidesosa. Tätä voitiin testata tilastollisesti, mutta se ei aivan saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä, $\chi^2(2)=5.873$, $p=.053$. Kun diagnoosiryhmien sijoittumista kehämalliin tarkasteltiin primaariperheissä ja sekundaariperheissä erikseen, näyttivät niiden jakaumat lähes samalta kuin koko otoksessa eli skitsofreniaperheet toimivat muiden diagnoosiryhmien perheitä huonommin sekä primaari- että sekundaariperheissä. Kokonaisuutena sekundaariperheiden toimintakyky arvioitiin siis primaariperheitä paremmaksi.



KUVIO 3. Primaari- ja sekundaariperheiden toimintakykyarviot ja niiden prosentuaaliset osuudet

PERHETASON YHTEYS YKSILÖTASOON

Profiilianalyysissa eli useamman muuttujan variassianalyysissa tarkasteltiin GAS-arvion avulla identifioitujen potilaiden toimintakyvyn muutoksia toistomittausasetelmassa¹. Tällöin potilaita ei eroteltu diagnoosin mukaan, vaan tarkasteltiin perheen ja yksilön toimintakyvyn välistä yhteyttä. Kuviossa 4 on esitetty GAS-pistemäärien keskiarvot perheen toimintakyvyn mukaisesti perusvaiheessa ja seurannoissa.



KUVIO 4. GAS-pistemäärien marginaalikeskiarvojen profiilit perheen toimintakyvyn mukaan perusvaiheessa ja seurannoissa

GAS-arvion ja perheen toimintakyvyn yhdysvaikutuksen testauksen mukaan profiilit olivat yhdensuuntaisia, eli toimintakyvarvioiden välinen erotus oli samanlainen eri mittausajankohtina (Liitetaulukko 3, liite I). Näin voitiin tutkia perheen toimintakyvyn ja mittauskerran muuttujavaikutuksia, jolloin osoittautui, että molemmilla muuttujilla oli erittäin merkitsevät omavaikutukset (Liitetaulukot 4 ja 5, liite I).

GAS-muuttujille laskettujen rajoitteiden perusteella voitiin päätellä, että keskiarvojen muutos oli merkittävää perusvaiheen ja ensimmäisen seurannan välillä, $p < .05$ (Liitetaulukko 6, liite I). GAS:n muutos oli siis selkeä ainoastaan puolen vuoden intervallilla. Identifioitujen potilaiden toimintakyky parani selkeästi puolen vuoden kuluessa hoitontulosta, tämän jälkeen potilaiden toimintakyvyssä ei tapahtunut enää merkittävää muutosta.

¹ Varianssianalyysin vaatimat oletukset täyttyivät keskiarvojen virhevariانسien yhtäsuuruuden osalta (Levenen testi, $p > .05$). Normaalijakautuneisuus ei Kolmogorov-Smirnovin testin mukaan toteutunut, mutta silmämääräisten tarkastelujen perusteella testiä voidaan pitää liian tiukkana näin pienessä aineistossa; edelleen heteroskedastisuudesta on huomattu olevan yleisemmin haittaa kuin epänormaalisuudesta. Myös moniulotteisen varianssianalyysin vaatimus kovarianssien yhtäsuuruudesta eri perhetasojen kesken täyttyi (Boxin M-testi, $p = .281$).

Perheen toimintakyvyn mukaisten GAS-keskiarvojen parittaisten vertailujen perusteella voitiin todeta, että huonosti toimivat perheet erosivat kahdesta paremmasta perheen toimintakykytasosta seurannoissa (Liitetaulukko 7, liite I). Poikkeuksena tähän oli yhden vuoden seuranta, jossa huonosti toimivien ja balanced-tasolla toimivien perheiden jäsenten GAS-arvion keskiarvojen erotus oli pienempi. Keskiarvoprofiileja tarkastelemalla voitiin todeta tendenssin kuitenkin säilyvän. Perheen sijoittuminen kehämalliin näytti olevan yhteydessä identifioidun potilaan toimintakyvyn muutokseen siten, että huonosti toimivien perheiden sairastuneen perheenjäsenen toimintakyky parani vähemmän kuin kahdella paremmalla tasolla (midrange ja balanced) toimivissa perheissä.

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa haluttiin kartoittaa yksilödiagnostiikan ja relationaalisen diagnostiikan välistä suhdetta akuutin psykoosin hoidon aloittamisen näkökulmasta. Tarkasteltavana oli kaksi eri yhteyttä: 1) Onko psykoosin vaikeusaste yhteydessä perheen toimintakykyyn? 2) Liittyykö perheen toimintakyky hoidon alkuvaiheessa identifioidun potilaan ennusteeseen? Esiintulleita yhteyksiä tarkastellaan psykoottisten häiriöiden perhekeskeisen intervention alkuvaiheen aspekteja vasten. Tuloksia valotetaan systeemisestä perhe-teoriasta käsin: perheen sisäiset suhteet ovat sirkulaarisia ja monisyisiä eikä yksittäisiä tai yksisuuntaisia kausaalisuhteita voida erotella. Näiden tulosten pohjalta ei siten oteta kantaa perheen osuuteen skitsofrenian etiologiassa.

Tarkasteltaessa identifioidun potilaan psyykkisen sairauden vaikeusasteen ja potilaan perheen toimintakyvyn välistä yhteyttä näyttivät juuri skitsofreniaa sairastavien perheet

erottuvan muista diagnoosiryhmistä. Skitsofreniaan sairastuneiden perheet sijoittuivat muiden potilaiden perheitä useammin kehämällin äärimmäisille alueille, yli puolet skitsofreniapotilaiden perheistä arvioitiin huonosti toimiviksi. Skitsofreenistyyppisiksi, skitsoaffektiivisiksi tai harhaluuloisuushäiriöiksi sekä lyhytkestoisiksi psykoosireaktioiksi diagnoitujen potilaiden perheet jakautuivat tasaisemmin kehämalliin ja enemmistön toimintakyky arvioitiin kahdelle paremmalle tasolle.

Kuten perhearviointeihin yleensä, myös CRS-arvioon liittyy mahdollisuus, että menetelmä mittaa epäsuorasti yksilön psykopatologiaa, sillä työryhmän epäily skitsofreniasta voi olla omiaan kärjistämään perheestä vuorovaikutuksesta tehtävää arviota. Esimerkiksi Zacksin ym., (1998) tutkimusten mukaan normista poikkeavat perheet arvioidaan helpommin dysfunktionaaliseksi ja siten patologisoidaan, vaikka heidän prosessinsa voisivat olla hyödyllisiä heidän tilanteensa kannalta. Tässä tutkimuksessa identifioidun potilaan perusvaiheen GAS-arvio ei kuitenkaan ollut yhteydessä CRS-arvioon. Näin voidaan olettaa, että CRS ei mittaa epäsuorasti yksilön psykopatologiaa, vaan potilas ja se perhesysteemi, jonka osa identifioitu potilas itsekin on, voidaan arvioida riippumatta yksilön kliinisestä tilasta.

Vastoin kehämällin oletuksia ei diagnoosiryhmällä ja CRS:n kommunikaatiodimension arviolla ollut merkittävää yhteyttä. On mahdollista, että CRS:n tapa arvioida kommunikaatiota oli psykoosien kohdalla erityisen hankala, koska potilaan oireet ovat luonteeltaan sellaisia, että kommunikaatio tämän kanssa vaikeutuu merkittävästi. Perhearvioinneissa tätä vaikeutta heijasteli se, että vaikka kommunikaation alakohdat olivatkin asianmukaisesti arvioituja, oli kokonaisarvio eli moodi jätetty merkitsemättä tutkimuslomakkeisiin kokonaan; moodi laskettiin siksi tulosten analysointivaiheessa 32 perheelle. Toisaalta Keräsen (1992) tutkimuksessa, jossa potilasaineisto on diagnostisesti valikoitumatonta, kommunikaatioulottuvuus erottelee rakenteellisten osioiden rinnalla eniten osastolle sisäänkirjoitettujen ja polikliinisesti hoidettujen psykiatristen perheitä. Myös Keräsen tuloksissa heijastuu kuitenkin se, että osastolle tuli suhteellisesti enemmän skitsofreniapotilaita kuin mitä poliklinikalla hoidettiin.

Skitsofreniapotilaiden perheiden erottuminen lievempiasteisista psykooseista perustui lähinnä primaariperheiden arvioihin, joskin samansuuntainen tendenssi voitiin erottaa myös sekundaariperheistä, kun niitä tarkasteltiin diagnoosiryhmittäin. CRS-arviot olivat kokonaisuutena parempia sekundaariperheissä kuin primaariperheissä, joskaan tulos ei

aivan saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä. Primaariperheiden luomaan huonompaan kuvaan tässä vaikutti kuitenkin se, että skitsofreniapotilaat olivat useammin tiiviimmässä yhteydessä primaariperheeseen. Tämä voidaan nähdä luonteenomaiseksi osaksi skitsofreniaa itseään: sairaus puhkeaa tyypillisesti juuri kehitysvaiheessa, jolloin yksilön tulisi irrottautua onnistuneesti lapsuuden siteistä ja aloittaa itsenäinen elämä. Tämän vaiheen problematiikkaa on tarkasteltu paljon sekä psykoosin yksilöpsykologisissa että vuorovaiikutuksellisissa teorioissa (Alanen, 1994a). Salokankaan ym., (1987b) mukaan naimisissa olevien vähäisempää sairastuvuutta on tavallisesti selitetty seurusteluvaiheen vaikeuksilla erityisesti miesten osalta. Toinen Salokankaan ym., mukaan tavallinen selitysmalli on avioliiton psyykkiseltä sairastumiselta suojaava vaikutus. Sekundaariperheen muodostamista itsessään voitaneen siis pitää voimavarana, joka pohjautuu yksilön itsenäistymiskehityksen vähäisempiin ongelmiin.

Tuloksista ei kuitenkaan saa vetää johtopäätöstä, että sekundaariperheiden perhekeskeisen intervention tarve olisi primaariperheisiin verrattuna pienempi. Maglianon ym., (1999) alustavien tutkimustulosten mukaan skitsofreniaan liittyvä psyykinen kuormitus on yhtä suuri avainsukulaisilla kuin muillakin sukulaisilla. Ensisijaisen huoltajan tai tukijan rooli on yhtä raskas kuin muiden perheenjäsenten itse arvioima taakka, myös todennäköisyys psyykkiseen oireiluun on yhtä suuri. Edelleen Räcköläisen ym., (1991) mukaan parisuhteen muodostaneet hyötyvät usein enemmän pari- tai perheterapiasta yksilöterapiassa ollessa jopa kontraindustoitui, koska yhden perheenjäsenen joutuminen pitkäksi aikaa potilaan rooliin saattaa vaikuttaa voimakkaasti perheen homeostaasiin.

Potilaiden toimintakyvyn kehittymistä yksilötasolla arvioitiin tässä tutkimuksessa GAS-asteikon avulla, koska se on helposti hallittava ja käytännön hoitotyön näkökulmasta informatiivinen mittari. Potilaiden toimintakyvyn muutokset vastasivat pääpiirteisään aiempia tuloksia (esimerkiksi Salokangas, Räcköläinen, Stengård & Kaljonen, 1988), joiden mukaan potilaiden psykososiaalinen toimintakyky paranee ensimmäisen seurantavuoden aikana, minkä jälkeen taso pysyy suurin piirtein ennallaan. Seurantojen perusteella näytti siltä, että ratkaisevimmat muutokset tapahtuivat tässä tutkimuksessa jo ensimmäisen puolen vuoden aikana. Huonosti toimivissa perheissä muutos jäi vaatimattomaksi ja paremmin toimiviin perheisiin verrattuna vähäiseksi. Tässä korostuu varhaisen intervention tärkeys.

Tuorin (1990) mukaan hoitoontuloajankohta on todennäköisesti merkittävä myös perheen toimintakyvyn kannalta. Oireiden jatkuessa perheen toimintataso ja yksilön toimintakyky heikkenee vastavuoroisesti: mitä pidempi aika hoidon alkamiseen kuluu, sitä rajoitetummaksi käyvät perheen toimintamahdollisuudet tai vuorovaikutukselliset ulottuvuudet ja sitä vähemmän perheestä löytyy voimavaroja hyödynnettäväksi hoidossa. Jos yksilön psyykkisen sairauden puhkeamisesta tai ongelmien kärjistymisestä on ehtinyt kulumaan pidempi aika, perhesysteemi rasittuu ja perheen toimintamahdollisuudet kapeutuvat reaktiivisesti.

Tutkimusten perustella eivät lyhytkestoiset psykoosireaktiot eronneet skitsofreenistyyppisistä, skitsoaffektiivisistä ja harhaluuloisuushäiriöistä yhtä selkeästi kuin skitsofreniasta perheen toimintakykyarvioon pohjautuneen yksilön ennusteen perusteella. Merkittävien erojen puuttumisen voidaan katsoa tukevan ajatusta, että näitä psykoosiluokituksia on käytännössä vaikea erotella toisistaan. Tätä voidaan tarkastella myös hoitoontuloajankohdan näkökulmasta: nämä psyykkiset häiriöt alkavat skitsofreniaa äkillisemmin eikä edellä kuvattua perheen ongelmien pitkittymistä ehdi tapahtumaan varhaisemman intervention vuoksi. Skitsofreniassa taas oireet alkavat vähitellen ja ovat usein jo jatkuneet pidempään ennen hoitoontuloa kuin muissa tähän tutkimukseen kuuluneissa diagnosiryhmissä. Psykoosien ennustetutkimusten keskeinen ongelma yleensä onkin, että ensikertalaisuudestaan huolimatta ensimmäisten oireiden alkamisesta hoitoon hakeutumiseen kulunut aika vaihtelee huomattavasti; skitsofrenia voidaan näin nähdä kroonistuneena psykoosina, jossa hoito on päästy aloittamaan myöhemmin.

Yksi CRS-arvio jää tilannekohtaiseksi, toistomittausasetelma olisikin välttämätön edellytys perheen pitkän tähtäimen toimintakyvyn arvioimiseksi. Sairaalaolosuhteissa tehdyn Expressed Emotion (EE) -arvion on voitu osoittaa olevan yleistettävissä myös kotona tapahtuvaan päivittäiseen kommunikaatioon (mm. Alanen, 1994b; Goldstein ym., 1986; Sayers ym., 1995; Vaughn & Leff, 1976). Tämä mahdollisuus olisi syytä varmistaa myös kehämallin mittareiden osalta. Silti tämänkaltainen, yhteen tapaamiseen perustuva arviointi kuvasi kuitenkin, miten perheenjäsenet reagoivat uudessa vaikeassa tilanteessa, jossa yksi perheenjäsen käyttäytyy eriskummallisesti ja joudutaan turvautumaan psykiatriin palveluihin, joihin edelleen liittyy kiusallisia ennakkoluuloja. Cullbergin (1999) mukaan huonosti toteutettu hoidon alku voi pahimmillaan muodostua jopa traumaattiseksi kokemukseksi ja aiheuttaa posttraumaattisia oireita; perheen toimintakykyyn pe-

rustuvaa yksilön tukea voidaan tässä korostaa siten myös traumatisoivasta kriisistä selviytymisen näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin perheitä niiden kokonaisvaltaisesti arvioidun toimintakyvyn perusteella. Skitsofreniapotilaiden perheiden huonompi toimintakyky merkitsee kliinisesti perheen vaikeahoitoisuutta. Mielenkiintoista olisi tutkia kuitenkin tarkemmin perheiden toimintakykyä niiden laadullisten ominaisuuksien mukaan, esimerkiksi tarkastelemalla rakenteellisia akseleita erikseen. Näin voitaisiin löytää niitä eroja, jotka olisivat merkitseviä myös kliinisesti. Wallinin, Røijenin ja Hanssonin (1996) mukaan hoitotyössä juuri perheiden yksilölliset erot nousevat yhtäläisyyksiä tärkeämmiksi. Päättelmät jäävät helposti yksipuolisiksi pelkän kvantitatiivisen tiedon perusteella, mikä osaltaan korostaa laadullisen tutkimuksen välttämättömyyttä.

Näiden tulosten rinnastamista muihin tutkimuksiin vaikeuttaa diagnosoinnin vaikeus ja virhealttius, ongelma joka liittyy olennaisesti kaikkeen psykoositutkimukseen ja on osa ilmiötä itseään. Skitsofreniadiagnoosi varmentuu vasta oireiden jatkuttua yhtäkestoisesti vähintään kuuden kuukauden ajan (Lääkintöhallitus, 1991) eikä ole aina pelkän oirekuvan tai kliinisen tilan perusteella erotettavissa muista psykooseista potilaan hakeutuessa hoitoon. Skitsofrenialle ei ole vuosikymmenien ponnisteluista huolimatta löydetty aukotonta määritelmää, sen olemassaolo erillisenä entiteettinä on jopa kyseenalaistettu kokonaan (Bental, 1990; Sariola & Ojanen, 1997). Varsinkin DSM III R:n erottelemista muista tässä tutkimuksessa mukana olleista psykoottisista häiriöistä skitsofreenistyyppinen psykoosi ja lyhytkestoinen psykoosireaktio ovat olleet erityisen hankalia dekskriptiivisten ja yleisesti hyväksytyjen diagnostisten kriteerien määrittelemisessä (Hansen & al., 1992; Jauch, 1988; Jørgensen & Mortensen, 1992; Freyberger & Stieglitz 1996). Näiden käsitteiden käyttö on sängen horjuvaa ja hoitokäytännön kannalta tiukka rajanveto niiden välillä ei olekaan olennainen. Tämän tutkimuksen perhearvio kohdentui ajallisesti hoidon alkuvaiheeseen, jolloin diagnoosi ei ole vielä varmistunut, ja koska tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla potilaita ja heidän perheitään hoitotyön käytännön kielellä, haluttiin näistä perhekeskeisen psykiatrisen käytännön hoitotyön kannalta keinotekoisista rajoista luopua.

Alkuvaiheen tarkastelusta haluttiin avata näkökulmia prospektiivisesti myös potilaiden yksilötason ennusteeseen. Ennusteen arviointi pelkän diagnoosin perustella ensimmäisen hoitontulon yhteydessä on hyvin kiistanalainen. Jørgensenin, Bennedsenin, Christense-

nin ja Hyllestedin (1997) tutkimuksessa lähes puolella potilaista, joiden katsottiin ensin kärsivän lyhytkestoisesta psykoosireaktiosta, diagnoosi muuttui vuoden seurannan aikana, tavallisimmin skitsofreniaksi tai affektiiviseksi psykoosiksi. Toisaalta juuri diagnoosi oirekuvineen on usein arvioitu yhdeksi keskeisimmistä tekijöistä ennusteen kannalta (mm. Alanen, 1994b). Jørgensen ym. myöntävät tutkimusasetelman metodologisten puutteiden heikentävän tulostensa luotettavuutta ja tarvitsevan lisää tukea osakseen. Tulokset voidaan suhteuttaa edellä kuvattuun epävarmuuteen diagnoosiluokitusten kriteereistä ja siten korostaa diagnoosin prediktivisen merkitsevyyden kyseenalaisuutta ja suhteellisuutta. Kringlen (1994) taas tarkastelee skitsofreniaa ja skitsoaffektiiivista psykoosia verranneita tutkimuksia ja kuvailee otantaan ja diagnostiikkaan liittyviä ongelmia: useissa tutkimuksissa on käytetty vain selkeitä potilastapauksia ja epämääräiset tapaukset on jätetty tutkimuksen ulkopuolelle, jolloin tulokset eivät ole välttämättä yleistettävissä koko psykoottisten potilaiden populaatioon. Näin tässäkin tutkimuksessa haluttiin keskittyä nimenomaan vuorovaikutuksellisiin tekijöihin osana psykoosipotilaiden ennustetta.

Kehämällin kaksi parempaa toimintakyvyn tasoa eivät merkittävästi eronneet toisistaan yksilön toimintakyvyn kehittymisen kannalta, ero huonosti toimivien ääriperheiden kanssa sitä vastoin oli täysin selkeä. Tämä vastaa Tuorin (1987) löydöstä, että ainakin toisella akselilla optimialueelle sijoittuneet selvisivät pidemmällä tähtäyksellä paremmin kuin ääripäihin sijoittuneet potilaat. Vaikka hoidon tuloksellisuuteen ei tämän tutkimuksen perusteella voidakaan ottaa kantaa, voidaan olettaa, että ne positiiviset voimavarat, joille terapeutin muutos perustuu, löytyvät näistä perheistä helpommin ja niitä voidaan edelleen hyödyntää paremmin perhekeskeisessä hoidossa. Ääriperheet ovat näin todella ongelmaisia ja vaikeammin aktivoitavissa tarpeenmukaisen hoitomallin osaksi. Huonosti toimiviksi arvioitujen perheiden kohdalla tulisi siis kiinnittää huomiota tarkemmin perheen voimavarojen etsintään. Tätä on kuitenkin myös syytä tarkastella siitä näkökulmasta, että perhettä ei voida pitää hoidon keskeisimpänä voimavarana, vaan hoitotoimenpiteiden perustaa on etsittävä korostuneesti myös perheen ulkopuolelta ja muunlaisista hoitomenetelmistä.

Diagnoosin vaikeusaste ja perheasema kietoutuvat erottumattomasti yhteen eikä perheen toimintakykyä voida näidenkään tulosten perusteella nostaa useissa ennustetutkimuksissa löydettyjä tekijöitä merkittävämmäksi. Eurooppalaiset tutkimustulokset skitsofrenian ennusteesta ovat monipuolisia, vaihtelevia ja jopa osittain ristiriitaisia keskenään,

tuloksiin vaikuttavat keskeisesti skitsofrenian diagnoosin tiukkuus ja metodologiset ongelmat ylipäätään (Alanen, 1997; Isohanni, Honkonen, Vartiainen ja Lönnqvist, 1999; Möller ym., 1986). Ennusteen kannalta merkittäviksi on todettu ydinoireiden puuttuminen tai niiden lyhyt kesto, akuuttivaiheen nopea alkua, psykoosin puhkeaminen myöhemmällä iällä, naissukupuoli, vähäinen eristäytymispyrkimys, affektiivisten ilmausten säilyminen, heteroseksuaalinen parisuhteen muodostaminen ennen puhkeamista, hyvät interpersoonalliset suhteet sekä vakiintunut asema työelämässä. Falloon ym., (1998) huomauttavat, että juuri nämä samat tekijät lisäävät myös varhaisen ja intensiivisen intervention todennäköisyyttä. Skitsofrenian ennustetta on yhä myönteisemmistä tutkimustuloksista huolimatta totuttu pitämään melko huonona (Haring ja Zahniser 1994; Torgalsbøen ja Rund, 1998). Kuten Alanen (1994b) korostaa, on ennuste aina kuitenkin yksilöllinen ja myös skitsofreniassa kehitysmahdollisuuksia on rajattomasti. On siis huomattava, että yllä kuvatut erot perustuvat keskiarvoihin ja heijastuvat myös tämän tutkimuksen potilasaineistossa samoin kuin mittareissa.

Lukuisista tutkimuksista huolimatta on psykoosien ennusteen määrittely edelleen liian epävarmaa sen teoreettisiin ja käytännöllisiin merkityksellisiin puoliin nähden: esimerkiksi neuroleptihoidon tai pitkäaikaisen terapian aloittamispäätöksessä joutuu klinikko tukeutumaan omaan aiempaan kokemukseen, joka useinkin on implisiittistä (Schulze Mönking & Klingberg, 1997). Varsinkin hoidon alkuvaiheessa on ennusteen arviointi epävarmimmillaan, mutta se voidaan tosin nähdä täysin merkityksettömänäkin. Olennaista olisi-kin ehkä tarkastella monipuolisesti niiden edellytysten olemassaoloa, joiden varaan myönteinen ennuste rakentuu; näiden edellytysten vähäisyyden perusteella voitaisiin hoitoa toteuttaa erityisen tehostetusti ja sellaisinkin menetelmin jotka lievimmille tapauksille olisivat liiallisia (Ho & al., 1998). Myös Aaltonen ym., (1999) korostavat laaja-alaisen diagnoosin merkitystä. Heidän mukaansa yksilödiagnoosi on omiaan kohdentamaan toimintoja, vaikkakin se muodostuu helposti ongelmaksi rajoittaessaan liiaksi hoitoprosessia. Siksi ennustetutkimuksille on edelleen suuri tilaus, jotta ennusteeseen vaikuttavat myönteiset ja kielteiset tekijät voitaisiin tunnistaa jo hoidon alkuvaiheissa. Osaa prognostisista tekijöistä, kuten perheen vuorovaikutustaitoja ja sosiaalista verkostoa, voidaan vahvistaa intervention avulla.

Vaikka ennusteen arvioimispyrkimykset ovat perusteltuja, on niiden käänköpuolena myös vaarallinen huonon itseään toteuttavan ennusteen vaara, kuten Aaltonen ja Rakkö-

läinen (1988) huomauttavat. Tämä korostaakin voimavarakeskeisen näkökulman merkitystä. Walsh (1996) painottaa, että on tärkeää tarkastella perheitä omassa kontekstissaan ja liittää prosessit haasteisiin; ei ole edes tarkoituksenmukaista pyrkiä kaikissa konteksteissa, kaikkina ajankohtina ja ”normaalitilanteessa” yleispätevään perheen ideaalimalliin. Näin voidaan löytää helpommin jokaisen perheen yksilölliset voimavarat, jotka voivat vahvistaa perheen kykyä selviytyä vaikeuksista. Olennaista on, ettei resilienssiä voida normeerata tarkasti, resilienssi voi rakentua lukemattomilla eri tavoilla. Avainprosessit etsimällä, tunnistamalla ja ymmärtämällä perhetyöntekijät voivat auttaa näitä toteutumattomia prosesseja vapautumaan perheen vuorovaikutukseen ja vahvistaa perheitä samalla selviytymään tulevistakin vaikeuksista konstruktivisemmin.

Tässä tutkimuksessa CRS kykeni erottelmaan huonosti toimivat perheet niistä perheistä, joiden toiminnassa on enemmän resilienssiä tukevia vuorovaikutusprosesseja. Seikkulan (1991) tutkimuksessa CRS on koettu helppokäyttöiseksi ja mielekkääksi. Olsonin kehämalliin perustuvia erilaisia muitakin mittausmenetelmiä on käytetty huomattavan paljon, mutta niitä on myös kritisoitu monipuolisesti (mm. Anderson & Gavazzi, 1990; Cluff & Hicks, 1994; Cluff ym., 1994; Eckblad, 1993; Friedman ym., 1987; Gomez-Cavelina & Irigoyen-Coria, 1995; Lee, 1988) Tässä kritiikissä sekoittuu usein itse malliin ja sen menetelmiin kohdistuva kritiikki. Menetelmiä samoin kuin itse mallia onkin moneen kertaan kehitelty vastineena kritiikille (Olson 1991, 1994, 1996; Olson ym., 1985), mutta Cluff & Hicks huomauttavat, että menetelmien muutoksiin nähden on itse malli muuttunut vain hiukan. Dausch & al. (1996) tarkastelevat tautiluokituksen uusimpaan versioon kuuluvan perhearvion tulevaisuutta, minkä kehittämisen eri aspektit ovat vastaavasti tärkeitä myös CRS:n kannalta. Tärkeää olisi voida tarkastella sen psykometrisiä ominaisuuksia, kuten reliabiliteetin yhteyttä arvioijan kliiniseen kokemukseen tai perheen ongelmien vaikeusasteeseen. Arvion korrelaatio muiden perheen tutkimusmenetelmien kanssa olisi myös keskeistä selvittää.

Näiden tulosten perusteella ei voida tehdä päätelmiä kehämallin merkityksestä terapeuttien implikaatioiden osalta, mutta ne antavat tukea ajatukselle, että relationaalinen diagnoosi on informatiivinen tarpeenmukaista hoitoa suunniteltaessa. Räcköläinen ym., (1991) kuvaavatkin, miten perheen ja potilaan välisiä vastavuoroisia suhteita käytetään hoitotapaamisissa diagnostisena vihjeenä arvioitaessa yksilö- ja perheterapian indikaatioita. Tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden mukaisesti koko hoitoa leimaa psykoterapeut-

tinen perusasenne. Strukturoitujen mittareiden avulla arvioitsijoiden määrää voidaan lisätä ja niiden avulla perhetilanne on pääpiirteissään helposti selvitettävissä koko hoitohenkilökunnalle eivätkä nämä aspektit jää varsinaisten perheterapeuttien ja -työntekijöiden varaan. Myös Marley (1999) korostaa perusteellisen perheen vuorovaikutuksen kartoittamisen tärkeyttä. CRS:ssa ulkopuolisen havainnoinnin rinnalla perheen omat kuvaukset ovat tärkeitä, mikä on omiaan korostamaan perheiden asiantuntijuutta ja merkitystä hoidon lähtökohtana.

Jotta kaikki skitsofrenian ennusteeseen aiemmissa tutkimuksissa liitetyt tekijät voitaisiin laittaa tärkeysjärjestykseen tarvittaisiin suurta aineistoa ja valtavan muuttujamäärän samanaikaisesta kontrollointia. Ei ole kuitenkaan syytä kohdistaa odotuksia yksinomaan metodologisesti tarkimpiin tutkimuksiin. Tutkimusaineistossa riittää edelleen materiaalia tutkimukseen, erityisesti laadullinen analyysi voisi tarkentaa ja tuoda lisää kliinistä mielekkyyttä tämän tutkimuksen löydöksille; esimerkiksi kietoutuneisuuden ja irrallisuuden suhteellista merkitystä ei voida tarkastella pelkän yksittäisen numeraalisen arvon perusteella. Nykytietämyksen valossa voidaankin jo katsoa psykososiaalisten tekijöiden vaikutus sairauden kehittymiseen tulleen todistetuksi, tulevaisuudessa tulisi pyrkiä ymmärtämään yhä yksityiskohtaisemmin perhesuhteiden ja yksilön välistä yhteyttä ja tämän yhteyden vivahteita, jotta relationaalisista mittareista saataisiin enemmän tietoa. (King & Dixon, 1995; Sayers & al., 1995). Toisaalta McGorry (1998) ja McGlashan (1998) korostavat empiirisesti pitävän tutkimuksen merkitystä: tähän saakka tutkimustuloksissa on selkeitä merkkejä varhaisen intervention merkityksestä, jotka kuitenkin ovat edelleen valitettavasti viitteellisiä. Interventiomenetelmien potentiaaleja ei saa yliarvioida tai päätyä hätiköidysti liioittelemaan niiden tuomien valonpilkahdusten myötä jo vuosisadan ajan jatkuneeseen pessimismiin skitsofrenian hoitomahdollisuuksien osalta.

Kaslowin (1996) mukaan useiden erilaisten perheteorioiden ja mallien pohjalta vähitellen muodostuvassa yhteisessä näkemyksessä on mahdollisuus kehittyä yhtenäiseksi relationaaliseksi nosologiaksi. Hän kuitenkin korostaa, että kaikissa luokitteluyrityksissä on keskeistä pitää mielessä, että käytettävät käsitteet ja luokat ovat vaihtoehtoisia havaintoja ja tulkintoja todellisuudesta. Myös King ja Dixon (1995) painottavat perheprosessien mittaamisen monimutkaisuutta, jolloin kiusaus erilaisten huomioiden redusoimiseen yhteen pistemäärään on suuri. Pamin (1993) mukaan systeemiseen perhemalliin sisältyykin ”ideologisen pakkopaidan” (s. 77) vaara, jos sen rinnalla ei kyetä näkemään

myös yksilöä vastuullisena, aktiivisena, itseään toteuttavana ja merkitystä rakentavana. CRS-luokituksiakaan ei näin tarvitse tarkastella pelkästään sen ulottuvuuksien määrittelymien rajoittamana, hyödyllisimmillään ne auttavat voimavarojen etsimisessä ja arvioimisessa ja niitä voidaan käyttää tukena perheterapian erilaisissa tavoissa jäsentää yksilön ja perhesysteemin ongelmia. (Dausch & al., 1996; Kaslow, 1996). Kun näitä menetelmiä sovelletaan systemaattisesti ja samojen periaatteiden mukaisesti, voi tutkija ja kliinikko vertailla keskenään eri perheitä tai relationaalisia yksiköjä sekä kartuttaa kokemuksiaan niistä konteksteista, jotka vaikuttavat diagnosoidun yksilön elämään sekä vuorovaikutussuhteisiin kohdistuvien interventioiden tarpeesta. Parhaimmillaan typologia tarjoaakin vaihtoehtoisen työkalun tiedon hankkimiseksi, organisoivan viitekehyksen ja merkityksen kliinisille kokemuksille sekä edesauttaa terapeuttien päämäärien saavuttamista.

LÄHTEET

- Aaltonen J. (1982) Perhekeskeisen hoitoprosessin lähtökohdat psykiatrisessa avohoidossa. Turku: Annales Universitatis Turkuensis, C35.
- Aaltonen J. (1999) Perheterapiat. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksosson, M. Marttunen, ja T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s. 653-660). Jyväskylä: Gummerrus.
- Aaltonen, J., Koffert, T. & Lehtinen, V. (1999) Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti akuutin psykoosin integroitu hoito -projektin tuottamista hoitoperiaatteista (painossa).
- Aaltonen J. & Räcköläinen V. (1988) Skitsofrenian perheterapian perusteista. Teoksessa: Sairaalaaliitto: Kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa. (s.7-17). Helsinki: Kaupunkien talon painatuskeskus.
- Achté, K., Alanen, Y. & Tienari, P. (1993) *Psykiatria* (8. painos). Juva: WSOY.
- Alanen, Y. O. (1994a) An Attempt to Integrate the Individual-Psychological and Interactional Concepts of the Origins of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 56-61.
- Alanen, Y. O. (1994b) Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito (2. painos). Juva: WSOY.
- Alanen, Y.O. (1997) *Schizophrenia. Its Origins and Needadapted treatment*. London: Karnac.
- Anderson, S. A. & Gavazzi, S. M. (1990) A Test of the Olson circumplex Model: Examining Its Curvilinear Assumption and the Presence of Extreme Types. *Family Process*, 29, 309-324.
- Beavers, M. D. & Voeller, M. N. (1983) Family Models: Comparing and Contrasting the Olson Circumplex Model with the Beavers Systems Model. *Family Process*, 22, 85-98.
- Bental, R. P. (Ed.) (1990) *Reconstructing Schizophrenia*. London: Routledge.
- Cluff, R. B. & Hicks, M. W. (1994) Superstition Also Survives: Seeing Is Not Always Believing. *Family Process*, 33, 479-482.

- Cluff, R. B., Hicks, M. W. & Madsen C. H. (1994) Beyond the Circumplex Model: I. A Moratorium on Curvilinearity. *Family Process*, 33, 455-470.
- Cullberg, J. (1999) Pyskoosihoidon parantavia ja parantumista estäviä tekijöitä. Teoksessa J. Seikkula & K. Haarakangas (toim.), *Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön* (s. 35-43). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Dausch, B. M., Miklowitz, D. J. & Richards, J. A. (1996) Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): II. Reliability and Validity in a Sample of Families of Bipolar Patients. *Family Process*, 35, 175-189.
- Eckblad, G. F. (1993) The "Circumplex" and Curvilinear Functions. *Family Process*, 32, 473-467.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976) The Global Assessment Scale. A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Falloon, I. R. H., Coverdale, J. H., Laidlaw, T. M., Merry, S., Kydd, R. R., Morosini, P. & The OTP Collaborative Group. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl. 33), 33-38.
- Freyberger, H. J. & Siteglitz, R-D. (toim.) (1996) *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie* (10. painos). Basel: Karger.
- Friedman, A. S., Utada, A. & Morrissey, M. R. (1987) Families of Adolescent Drug Abusers Are "Rigid": Are These Families Either "Disengaged" or "Enmeshed" or Both? *Family Process*, 26, 131-148.
- Goldenberg, I. & Goldenberg H. (1996) *Family Therapy. An Overview* (4. painos). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Goldstein, M. J., Hand, I. & Hahlweg, K. (toim.) (1986) *Treatment of Schizophrenia. Family Assessment and Intervention*. Berlin: Springer-Verlag.
- Gomez-Cavelina, J. F. & Irigoyen-Coria, A. (1995) Correspondence. Two Types of Family Assessment. *Family Process*, 34, 363-364.
- Group for The Advancement of Psychiatry Committee on the Family (1996) Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): I. Background and Rationale. *Family Process*, 35, 155-172.

- Hansen, H., Dahl, A. A., Birket-Smith, M., von Knorring, L., Ottoson, J-O., Pakkaslahti, A., Retterstøl, N., Salvesen, C., Thorsteinsson, G. & Väisänen, E. (1992) The Nordic concept of reactive psychosis - a multicenter reliability study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 55-59.
- Harding, C. M. & Zahniser, J. H. (1994) Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, (suppl. 384), 140-146.
- Ho, B-C., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S. & Andreasen, N. (1998) Two-Year Outcome in First Episode Schizophrenia: Predictive Value of Symptoms for Quality of Life. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1196-1201.
- Hoffman, L. (1981) *Perheterapia. Systeeminen näkemys*. Espoo: Weilin+Göös.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., Fätkenheuer, B., An der Heiden, W., Reicher-Rössler, A., Behrens, S. & Gattaz W. F. (1994) The Epidemiology of Early Schizophrenia. Influence of age and Gender on Onset and early Course. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 29-38.
- Isolahni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. (1999) *Skitsofrenia. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksosson, M. Marttunen, ja T. Partonen (toim.), Psykiatria (s. 50-106)*. Jyväskylä: Gummerrus.
- Jauch, D. A. & Carpenter, W. T. (1988) Reactive Psychosis II. Does DSM-III-R Define a Third Psychosis? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176 (2), 82-86.
- Jørgensen, P., Bennedsen, B., Christensen J. & Hyllested, A. (1997) Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 150-154.
- Jørgensen, P. & Mortensen, PB. (1992) Cause of death in reactive psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 351-353.
- Kaslow, F. W. (toim.) (1996) *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York: Wiley.
- Keinänen, M., Virtanen, H. & Kaljonen A. (1989) Structural Couplings between Individual Development and the Epigenesis of Family Relations in Schizophrenia: An Eight Year Follow-up. *Contemporary Family Therapy*, 11 (2), 75-88.

- Keränen, J. (1992) Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 93.
- King, S. & Dixon, M. J. (1995) Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. *Schizophrenia Research*, 14, 121-132.
- Kringlen, E. (1994) Is the concept of schizophrenia useful from an aetiological point of view? A selective review of findings and paradoxes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, (suppl. 384) 17-25.
- Lee, C. (1988) Theories of Family Adaptability: Toward a Synthesis of Olson's Circumplex and the Beavers Systems Models. *Family Process*, 27, 73-85.
- Lehtinen, V. (1992) API-projekti. Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin "jälkihoitoa". *Dialogi*, 3, 14-15.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rakköläinen, V., Syvälahti, E. & Vuorio, K. (1996) Integrated treatment model of first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis: The Finnish API project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 281-287.
- Lehtonen, J. (1994) From Dualism to Psychobiological Interaction. A Comment on the Study by Tienari and his Co-workers. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 27-28.
- Lääkintöhallitus (1991) Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM III R. Osa 3. Tautiluokitus 1987. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lääkintöhallitus, Sairaalaliitto ja Mielisairaalain Liitto (1988) Skitsofreniaprojekti 1981-1987. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman loppuraportti. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Llönqvist, J. (1984) Evaluation of psychiatric treatment. *Psychiatria Fennica*, 15, 29-40.
- Llönqvist, J. (1999) Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa J. Llönqvist, M. Heikkinen, M. Henriksosson, M. Marttunen, ja T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s. 19-49). Jyväskylä: Gummerrus.
- Marley, J. A. (1999) Family Therapy and Schizophrenia: A Developing Model for Practice. *Journal of Family Psychotherapy*, 10, 1-14.

- McGlashan, T. H. (1998) Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl. 33), 3-6.
- McGorry, P. (1999) Preventive strategies in early psychosis: verging on reality. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl. 33), 1-2.
- Magliano, L., Fadden, G., Fiorillo, A., Malangone, C., Sorrentino, D., Robison & A, Maj, M. (1999) Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 10-15.
- Mendenhall, T. J. & Grotevant, H. D. (1996) Adoptive Couples. Communication and changes made in openness levels. *Family Relations*, 45, 223-230.
- Möller, H. J., Schmid-Bode, W., Wittchen, H. W. & von Zersen, D. (1986) Outcome and Prediction of Outcome in Schizophrenia: Results from Literature and from two Personal Studies. In M. J. Goldstein, I. Hand & K. Hahlweg (toim.), *Treatment of Schizophrenia. Family Assesment and Intervention.* (s.11-24) Berlin: Springer-Verlag.
- Olson, D. H. (1983) Circumplex Model of Family Systems VIII: Family Assesment and Intervention. *Journal of Psychotherapy and the Family* 4, 7-50.
- Olson, D. H. (1986) Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D. H. (1988) Clinical Rating Scale (CRS) for the Circumplex Model of Marital and Family Systems. University of Minnesota. Department of Family Social Science.
- Olson, D. H. (1991) Commentary: Threedimensional (3-D) Circumplex Model and Revised Scoring of FACES III. *Family Process*, 30, 74-79.
- Olson, D. H. (1994) Curvlinearity Survives: The World Is Not Flat. *Family Process*, 33, 471-478.
- Olson, D. H. (1996) Clinical Assesment and Treatment Interventions Using the Family Circumplex Model. In F. W. Kaslow (toim.), *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*, (s. 59-77). New York: Wiley.
- Olson, D. H., McCubin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A., Muxen, M. & Wilson, M. A. (1983a) *Families. What Makes Them Work.* Beverly Hills: Sage.

- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A., Muxen, M. & Wilson, M. A. (1985) *Family Inventories*. University of Minnesota.
- Olson, D. H., Russel, C. S. & Sprenkle D. H. (1983b) Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI. Theoretical Update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Pam, A. (1993) Family Systems Theory - A Critical View. *New Ideas in Psychology*, 11, 77-94.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., Lönnqvist, H. & Aro, H. (1997) Psychosocial functioning in adolescent psychiatric patients: a prospective study on changes in psychosocial functioning among severely and moderately impaired adolescent out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 217-214.
- Räkköläinen, V., Lehtinen, K. & Alanen, Y. O. (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., Marttila, J., Räkköläinen, V., Kaljonen, A., & Kytölä, J. (1987a) Ensikertalaiset psykiatriset potilaat (USP-projekti) II: Tutkimus ensi kertaa eläissään julkisen erikoistason psykiatriseen hoitoon hakeutuneista potilaista kuudessa mielisairaanhuoltopiirissä. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämissuunnitelma. Helsinki: *Psychiatrica Fennica* Julkaisusarja, 75.
- Salokangas, R. K. R., Räkköläinen, V., Stengård, E. & Kaljonen, A. (1988) Uusien skitsofreniapotilaiden hoito ja ennuste (USP-projekti) IV: Kahden vuoden seuranta. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämissuunnitelma. Helsinki: *Psychiatrica Fennica* Julkaisusarja, 81.
- Salokangas, R. K. R., Stengård, E., Räkköläinen, Helle, I. & Kytölä, J. (1987b) Uudet skitsofreniapotilaat ja heidän perheensä (USP-projekti) III: Tutkimus kuudessa mielisairaanhoitopiirissä hoitoon hakeutuneista uusista skitsofreniapotilaista ja heidän perheistään. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämissuunnitelma. Helsinki: *Psychiatrica Fennica* Julkaisusarja, 78.
- Sairaalaliitto (1980) *Psykiatrinen sairauskertomus, ohjekirja*. Julkaisu 7/79. Vammala.
- Sariola, E. & Ojanen, M. (1997). *Hoito vai pakkohoito. Miten autan skitsofreniapotilasta*. Helsinki: Otava.

- Sayers, S. L., Bellack, A. S., Mueser, K. T., Tierney, A. M., Wade, J. H. & Morrison, R. L. (1995) Family interactions of schizophrenic and schizoaffective patients: determinants of relatives negativity. *Psychiatry Research*, 56, 121-134.
- Schulze Mönking, H. & Klingberg, S. (1997) Der Münsteraner Prognosescore (MPS) - prognostische Validität eines praxisnahes Instruments zur Prädiktion des Verlaufs schizophrener Psychosen. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 65, 243-246.
- Seikkula J. (1990) Perheen ja sairaalan rajasysteemi. Tutkimus perhekeskeisen hoidon aloituksesta sairaalassa. Helsinki: Sairaalaliitto.
- Seikkula J. (1991) Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 80.
- Thomas, V. & Olson, D. H. (1993) Problem Families and Circumplex Model: Observational Assessment Using the Clinical Rating Scale (CRS). *Journal of marital and Family Therapy*, 19, 159-175.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K-E., Pohjola, J. & Moring, J. (1985) Interaction of Genetic and Psychosocial Factors in Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 319 (suppl. 71), 19-30.
- Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., Lahti, I., Naarala, M., Sorri, A., Wahlberg, K-E., Saarento, O., Seitamaa, M., Kaleva, M. & Läksy, K. (1994) The Finnish Adoptive Study of Schizophrenia. Implications for Family Research. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 20-26.
- Torgalsbøen, A-K., & Rund, B. R., (1998) "Full Recovery" from Schizophrenia in the Long Term: A Ten-Year Follow Up of Eight Former Schizophrenic Patients. *Psychiatry*, 61, 10-34.
- Tuori, T. (1987) Naimisissa olevien skitsofreniapotilaiden systeeminen perheterapia. Turun yliopiston julkaisu. Sarja C: 62.
- Tuori, T. (1990) Skitsofreniapotilaiden perhekeskeisen hoidon aloittaminen. Helsinki: Sairaalaliitto.
- Vaughn, C. E. & Leff, J. P. (1976) The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

- Wallin, U., Røijen, S. & Hansson, K. (1996) Too close or too separate: family function in families with an anorexia nervosa patient in two Nordic countries. *Journal of Family Therapy*, 18, 397-414.
- Walsh, F. (1983) Conceptualizations of normal family functioning. In F. Walsh (toim.), *Normal family processes*, (s.3-42). New York: Guildford.
- Walsh, F. (1996) The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process* 35, 261-281.
- Zacks, E., Green, R-J. & Marrow, J. (1998) Comparing lesbian and heterosexual couples on the Circumplex Model: An initial investigation. *Family Process*, 27, 471-484.

LIITE I

LIITETAULUKKO 1. Katotarkastelu: API-projektin ja tutkimusotoksen keskeisten demografisten muuttujien vertailu

Muuttuja	API:n potilaat N=135 ¹⁾	Tutkimusotos n=52 ¹⁾	Vapaus- asteet ²⁾	χ^2	p
Luokiteltu diagnoosi					
Skitsofrenia	35 (27 %)	18 (36 %)			
Skitsofreenistyyppinen, skitsoaffektiivinen, harhaluuloisuushäiriö	52 (40 %)	17 (32 %)			
Lyhytkestoinen psykoosireaktio	42 (33 %)	17 (32 %)	2 (6)	1.273	.529
Luokiteltu ikä					
15-25	45 (34 %)	18 (35 %)			
26-35	56 (42 %)	20 (38 %)			
36-45	31 (24 %)	14 (27 %)	2 (3)	.325	.850
Sukupuoli					
Mies	80 (59 %)	33 (64 %)			
Nainen	55 (41 %)	19 (36 %)	1 (0)	.277	.599
Arvioitu perhe					
Primaariperhe	53 (66 %)	32 (61 %)			
Sekundaariperhe	27 (34 %)	20 (39 %)	1 (55)	.305	.581

¹⁾Suluissa luokkien prosentuaaliset osuudet²⁾Suluissa API-projektin aineistosta puuttuneet tiedot

LIITETAULUKKO 2. Perheen kommunikaatio diagnoosiryhmissä

Diagnoosi	Perheen kommunikaatio			Yhteensä
	Vähäistä	Helpottavaa	Runsasta	
Skitsofrenia	6 (33 %)	9 (50 %)	3 (17 %)	18 (100 %)
Skitsofreenistyyppinen, skitsoaffektiivinen, harhaluuloisuushäiriö	5 (30 %)	6 (35 %)	6 (35 %)	17 (100 %)
Lyhytkestoinen psykoosireaktio	7 (41 %)	6 (35 %)	4 (24 %)	17 (100 %)
Yhteensä	18 (35 %)	21 (40 %)	13 (25 %)	52 (100 %)

 $\chi^2(4)=2.179, p>.05$

LIITETAULUKKO 3. Yhdysvaikutuksen testaus

Vaikutus		Arvo	F	Hypothesis df	Error df	p
GAS	Pillai's Trace	.458	13.217	3	47	.000
GAS*PERHE	Pillai's Trace	.138	1.185	6	96	.321

LIITETAULUKKO 4. GAS-muuttujan omavaikutuksen testaus

Vaihtelun lähde	SS/tyyppi III	df	MS	F	p
Seuranta	95.172	3	31.724	21.647	.000
Seuranta*Perhe	16.348	6	2.725	1.859	.092
Virhevaihtelu	215.426	147	1.465		

TAULUKKO 5. Perhetason omavaikutuksen testaus

Vaihtelun lähde	SS/tyyppi III	df	MS	F	p
Ryhmien sisäinen vaihtelu ja jäännösvaihtelu	164.005	1	1464.005	977.992	.000
Perhetaso	15.778	2	7.889	5.270	.008
Virhevaihtelu	73.351	49	1.497		

LIITETAULUKKO 6. GAS-muuttujan rajoitteiden testaus

Vaihtelun lähde	Seurannat	SS/tyyppi III	df	MS	F	p.
GAS	GAS 1 vs. GAS 2	123.628	1	123.628	29.926	.000
	GAS 2 vs. GAS 3	1.262	1	1.262	.670	.417
	GAS 3 vs. GAS 4	5.006	1	5.006	2.396	.128
GAS*Perhe	GAS 1 vs. GAS 2	22.556	2	11.278	2.730	.075
	GAS 2 vs. GAS 3	2.534	2	1.267	.673	.515
	GAS 3 vs. GAS 4	.708	2	.354	.170	.845
Virhevaihtelu	GAS 1 vs. GAS 2	202.425	49	4.131		
	GAS 2 vs. GAS 3	92.235	49	1.882		
	GAS 3 vs. GAS 4	102.396	49	2.089		

LIITETAULUKKO 7. Scheffén monivertailutesti

Seuranta	Perhetasot	Keskiarvojen erotus	Keskivirhe	p
GAS 1	1 vs. 2	-.0833	.44	.982
	1 vs. 3	-.30	.42	.775
	2 vs. 3	-.22	.45	.890
GAS 2	1 vs. 2	-1.50*	.59	.048
	1 vs. 3	-1.59*	.57	.026
	2 vs. 3	-.0941	.61	.988
GAS 3	1 vs. 2	-1.50*	.59	.049
	1 vs. 3	-1.12	.57	.156
	2 vs. 3	.38	.61	.829
GAS 4	1 vs. 2	-1.57*	.57	.029
	1 vs. 3	-1.39*	.55	.048
	2 vs. 3	.17	.59	.958

Perustuu havaittuihin keskiarvoihin

Olsonin kehämalli, Clinical Rating Scale (Olson ym., 1995; Seikkula 1991)

PERHEEN VUOROVAIKUTUKSEN ARVIOINTI

I PERHEEN KOOSSAPYSYVYYS

	IRRALLINEN 1 - 2	ERILLINEN 3 - 4	YHTEENLIITTY- NYT 5 - 6	YHTEENKIETOU- TUNUT 7 - 8
EMOTIONAALI- NEN SITOMI- NEN	Äärimmäisen voi- makasta emotionaa- lista erillisyyttä toisistaan.	Emotionaalinen erillisuus.	Emotionaalinen läheisyys.	Äärimmäisen voima- kas emotionaalinen läheisyys.
	Perheen sisäinen lojaalisuus puuttuu.	Ajoittaista perheen sisäistä lojaalisuutta.	Sisäistä lojaalisuutta odotetaan.	Perheen sisäistä lo- jaalisuutta vaaditaan.
SITOUTUNEI- SUUS PERHEESEEN	Hyvin vähän sitou- tumista tai vuoro- vaikutusta perheen- jäsenten välillä.	Sitoutuneisuus hy- väksytään, mutta henkilökohtaista etäisyyttä suositaan.	Sitoutuneisuutta painotetaan, mutta henkilökohtainen etäisyys sallitaan.	Hyvin voimakasta symbioottista sitoutu- neisuutta, perheenjä- senet ovat hyvin riip- puvaisia toisistaan.
	Vain harvoin tunne- peräistä vastavuoro- isuutta perheen- jäsenten välillä.	Tunneperäistä vas- tavuoroisuutta tuo- daan esille jonkin verran esille.	Tunneperäistä vuoro- vaikutusta rohkai- staataan ja suosi- taan.	Tunneperäinen riip- puvuus tuodaan esille.
PUOLISOIDEN VÄLINEN SUH- DE	Äärimmäinen emo- tionaalinen erilli- isyys.	Emotionaalista eril- lisyyttä.	Emotionaalista lä- heisyyttä.	Äärimmäistä emotio- naalista reaktiivi- suutta.
VANHEMPIEN JA LASTEN VÄLISET LIIT- TOUMAT	Vanhempien ja lasten välinen lä- heisyys puuttuu.	Selviä perheen si- säisten osasysteemi- en välisiä rajoja.	Selviä perheen si- säisten osasysteemi- en välisiä rajoja.	Vanhemman ja lapsen välinen liittouma.
		Jossakin määrin vanhempien ja las- ten välistä lähei- syyttä.	Vanhempien ja lasten välistä lähei- syyttä.	Sukupolvien välisten rajojen puute.

PERHEEN SISÄISET RAJAT	Henkilökohtainen erillisyyden vallitsevana.	Henkilökohtaista erillisyyttä rohkaitaan jossakin määrin.	Erillisyyden tarvetta kunnioitetaan, mutta arvostetaan vähemmän.	Henkilökohtaisen erillisyyden puute.
Aika (fyysinen ja emotionaalinen)	Perheestä erillään olon aikaa mahdollisimman paljon.	Yksinoloaika on tärkeää.	Yhdessäoloaika on tärkeää.	Yhdessäoloaikaa mahdollisimman paljon.
	Vain harvoin aikaa yhdessäoloon.	Jossakin määrin yhdessäoloaikaa.	Yksinoloaika sallitaan.	Yksinoloaikaa sallitaan vähän.
Tila (fyysinen ja emotionaalinen)	Erillistä tilaa vaaditaan ja suositetaan.	Erillistä tilaa suositetaan, mutta myös perheen yhteisen tilan jakamista.	Perheen yhteinentilaa jaetaan. Yksityistä tilaa kunnioitetaan.	Yksityistä tilaa sallitaan vähän.
Päätöksenteko	Toisista riippumattomaa päätöksentekoa.	Yksilöllistä päätöksentekoa, mutta myös yhteinen päätöksenteko mahdollista.	Yhteistä päätöksentekoa suositetaan, mutta sitä ei pidetä välttämättömänä.	Päätökset alisteisia koko ryhmän toiveille.
PERHEEN ULKOISET RAJAT	Lähinnä keskittyneet perheen ulkopuolelle.	Keskittyneet enemmän perheen ulkopuolelle kuin sisäpuolelle.	Keskittyneet enemmän perheen sisäpuolelle kuin ulkopuolelle.	Lähinnä keskittyneet perheen sisäpuolelle.
Ystävät	Henkilökohtaisia ystäviä tavataan yksinään.	Henkilökohtaisia ystävyys-suhteita, jotka ovat harvoin yhteisiä myös koko perheelle.	Henkilökohtaisia ystävyys-suhteita, jotka ovat yhteisiä myös koko perheelle.	Perheystävät ovat etusijalla, rajoitetusti henkilökohtaisia ystäviä.
Mielenkiinnon alueet	Toisistaan täysin poikkeavat mielenkiinnon alueet.	Toisistaan erilliset mielenkiinnon alueet.	Yhteisiä mielenkiinnon alueita suositetaan.	Pakolliset yhteiset mielenkiinnon alueet.
Huvitukset ja harrastukset	Pääasiassa erillisiä huvituksia ja harrastuksia.	Enemmän erillisiä kuin perheen kesken huvituksia ja harrastuksia.	Enemmän yhteisiä kuin henkilökohtaisia huvituksia ja harrastuksia.	

II PERHEEN MUUTTUMINEN (SOPEUTUVUUS)

	JÄYKKÄ 1 - 2	STRUKTUROITU- NUT 3 - 4	JOUSTAVA 5 - 6	KAOOTTINEN 7 - 8
JOHTAJUUS (kontrolli)	Autoritaarinen joh- tajuus. Vanhempi tai vanhemmat hyvin kontrolloivia.	Pääosin autoritaari- nen johtajuus, mutta jonkin verran tasa- arvoista johtajuutta.	Tasa-arvoinen joh- tajuus ja joustavat muutokset.	Vähäinen ja/tai ai- lahteleva johtajuus. Vanhempien kontrol- lipyrkimykset epäon- nistuvat ja ne torju- taan.
KURI (koskee vain perheitä, ei pare- ja)	Yksinvaltainen ”laki ja järjestys”.	Jonkin verran demo- kraattista.	Tavallisesti demo- kraattista.	”Antaa mennä” -tyylistä ja tehotonta.
	Tiukat, jäykät seu- raamukset.	Ennustettavat seu- raamukset..	Neuvotellut seura- mukset.	Vaihtelevat seura- mukset.
	Ei armoa.	Harvoin armoa.	Jonkin verran ar- moa.	Hyvin paljon armoa.
NEUVOTTELU	Vähän neuvotteluja.	Strukturoituja neu- votteluja.	Joustavat neuvotte- lut.	Päättymättömiä neu- votteluja.
	Vanhemmat sanele- vat päätökset.	Pääasiassa vanhem- mat päättävät.	Yksimielisiä päätök- siä	Impulsiivisia päätök- siä.
ROOLIT	Vain vähäinen vali- koima. Tiukasti määritellyt roolit.	Roolit ovat vakaita, mutta niiden sisältö voidaan jakaa osiin eri perheenjäsenten kesken.	Roolien sisältö voi- daan jakaa osiin eri perheenjäsenten keskeen ja muodos- taa uusia rooleja. Rooleja voidaan vaihtaa joustavasti.	Roolien selkeys puuttuu, roolien äkil- lisiä vaihtoja ja kääntämisiä päinvas- taisiksi.
SÄÄNNÖT	Muuttumattomat säännöt.	Vain vähän sääntö- jen muutoksia.	Jonkin verran sään- töjen muutoksia.	Usein sääntöjen muutoksia.
	Sääntöjen noudat- tamista valvotaan tarkasti.	Sääntöjen noudatta- mista valvotaan vakaasti.	Sääntöjen noudatta- mista valvotaan joustavasti.	Sääntöjen noudatta- mista valvotaan vaih- televasti.

III PERHEEN KOMMUNIKAATIO

	VÄHÄISTÄ 1 - 2	HELPOTTAVAA 3 - 4	RUNSASTA 5 - 6
JATKUVUUDEN YLLÄPITÄMINEN	Vain vähän sisällön jatkuvuutta.	Jonkin verran sisällön jatkuvuutta mutta ei johdonmukaisesti kaiken aikaa tai kaikkien perheenjäsenten kohdalla.	Perheenjäsenet pysyvät johdonmukaisesti tietoisina tapahtumien yms. kulusta perheessä.
	Asiaankuulumatonta tai keskittymistä häiritsevää sanatonta käyttäytymistä ja sivuhuomautuksia usein.	Jonkin verran asiaankuulumatonta tai keskittymistä häiritsevää sanatonta käyttäytymistä ja sivuhuomautuksia.	Harvoin asiaankuulumatonta tai keskittymistä häiritsevää sanatonta käyttäytymistä ja sivuhuomautuksia; sanaton käyttäytyminen on jatkuvuuden tietoisuutta helpottavaa.
	Useasti tapahtuvia tai asiaankuulumattomia aiheenvaihtamisia.	Aiheenvaihtamiset eivät ole kaiken aikaa asiaankuuluvia.	Aiheenvaihtamiset asianmukaisia.
KUNNIOITUS JA HUOMIOIMINEN	Toisen tai toisten perheenjäsenten tunteiden tai viestien kunnioituksen puuttuminen, mahdollisesti avoimen epäkunnioittavaa tai vähättelevää asennoitumista.	Jonkin verran toisten kunnioitusta mutta ei kaiken aikaa tai kaikkia jäseniä kohtaan.	Toisten perheenjäsenten tunteita ja viestejä kunnioitetaan johdonmukaisesti.
SELKEYS	Epäjohdonmukaisia ja/tai epäselviä sanallisia viestejä.	Jonkin verran selkeyttä, mutta ei johdonmukaisesti kaiken aikaa tai kaikkien perheenjäsenten kohdalla.	Sanalliset viestit ovat hyvin selkeitä.
	Usein yhteensopimattomuutta sanallisten ja sanattomien viestien välillä.	Jonkin verran yhteensopimattomia viestejä.	Viestit ovat yleensä yhteensopivia.

ILMAISUN VAPAUS	Omasta itsestä, tunteista ja ihmissuhteista keskustelu harvinaista.	Jonkin verran keskustelua omasta itsestä, tunteista ja ihmissuhteista.	Avointa keskustelua omasta itsestä, tunteista ja ihmissuhteista.
KOMMUNIKAATIOTAITO			
<i>Kuuntelijan taidot</i>			
- Empatiaa	Harvoin	Joskus	Usein
- Huomioivaa kuuntelua	Harvoin	Joskus	Usein
<i>Puhujan taidot</i>			
- Omasta puolestaan puhumista	Harvoin	Joskus	Usein
- Toisten puolesta puhumista	Usein	Joskus	Harvoin
- Tunkeutuvuutta, toisen keskeyttämistä tai kesken kaiken lopettamista	Usein	Joskus	Harvoin

LIITE III

PSYKKISEN TILAN ARVIOINTI NS. GAS-ASTEIKON AVULLA (GLOBAL ASSESSMENT SCALE, Spitzer & Gibbon & Endicott: Arch. Gen. Psychiat. 1976: 33: 766-711) (Sairaallaliitto, 1980, 35)

9 Ei oireita, erittäin hyvä toimintakyky eri alueilla, elämän ongelmat eivät tunnu koskaan saavan yliotetta, muut etsivät hänen seuraansa hänen lämmöstään ja tasapainoisuudestaan johtuen.

8 Ohimeneviä oireita saattaa esiintyä, mutta muuten toiminta on hyvää kaikilla alueilla, potilas on kiinnostunut ja toimii useissa eri tyyppisissä toiminnoissa, on sosiaalisesti tehokas ja yleisesti ottaen tyytyväinen elämäänsä, ”arkipäivän” huolet saavat vain joskus satunnaisesti yliotteen.

7 Vähäisiä oireita saattaa esiintyä, mutta havaittavissa ei ole kuin vähäistä huononemista toiminnoissa, vaihtelevanasteiset ”arkipäivän” huolet saavat joskus yliotteen.

6 Joitakin lieviä oireita (esim. masentuneisuus tai lievä unettomuus) TAI joitakin vaikeuksia useilla toiminta-alueilla, yleisesti ottaen toiminta kuitenkin sujuu melko hyvin, arvioitavalla on muutamia merkitseviä ihmissuhteita eivätkä useimmat kouluttamattomat henkilöt pitäisi häntä sairaana”.

5 Kohtalaisia oireita TAI yleensä toimiminen on jonkun verran vaikeata (esim. harvoja ystäviä ja tunneilmaisun latteus, masentuneisuutta, poikkeavaa epävarmuutta, kohonnut mieliala ja kiireinen puhetapa, kohtalaisen vakavaa antisosiaalista käyttäytymistä).

4 Mitä tahansa vakavia oireita tai toiminnan huononemista, josta useimmat ammatti-ihmiset päättelisivät asianomaisen tarvitsevan joko hoitoa tai tarkkailua (esim. itsemurha-ajattelua tai itsemurhavaaraan viittaavaa käyttäytymistä, vakavia pakkoneuroottisia rituaaleja, toistuvia ahdistuneisuuskohtauksia, vakavaa antisosiaalista käyttäytymistä, pakonomaista juomista).

3 Huomattavaa heikkenemistä useilla eri toimintojen alueilla kuten työssä, perhesuhteissa, arvostelukyvyyssä, ajattelussa tai mielialassa (esim. masentunut henkilö välttelee ystäviään, laiminlyö perhettään eikä kykene suoriutumaan kodinhoidosta) TAI jonkinasteista heikkenemistä realiteettitestauksessa tai kommunikaatiossa (esim. puhe on ajoittain epäselvää, epäloogista tai asiaankuulumatonta), TAI asianomaisella on ollut yksi vakava itsemurhayritys.

2 Kykenemätön toimimaan miltei kaikilla toimintojen alueilla (esim. pysyttelee sängyssä kaiken päivää) TAI käyttäytymiseen vaikuttavat huomattavasti harhaluulot tai hallusinaatiot TAI asianomaisella on vakavaa huononemista kommunikaation alueella (esim. joskus sekava tai reagoimaton) tai arvostelukyvyn suhteen (käyttäytyy karkean epäsovivasti).

1 Potilas tarvitsee valvontaa itsensä tai toisten vahingoittamisen ehkäisemiseksi, tai ylläpitääkseen minimaalisen henkilökohtaisen hygieniansa (esim. toistuvia

itsemurhayrityksiä, usein väkivaltainen, maanisen kiihoittunut, sotkee ulosteella) TAI karkeata huononemista kommunikoinnissa (esim. suurelta osin sekava tai puhumaton).

0 Tarvitsee jatkuvaa valvontaa useiden päivien ajan, jotta ei vahingoittaisi itseään tai toisiaan tai asianomainen ei yritä lainkaan ylläpitää minimaalistakaan henkilökohtaista hygieniaansa.