

1213

**EKSPLORATIIVINEN TUTKIMUS PSYKOLOGISEN JA BIOLOGISEN TIEDON SUHTEESTA SKITSOFRENIASSA**

- skitsofrenian varhaiseen diagnosointiin ja hoitoon suunnatun psykologisen luokittelun tarkastelu suhteessa biologisiin erityispiirteisiin

Anna Kemppainen  
Pia Laakkonen  
Pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Psykologian laitos  
Syksy 1998

Jyväskylän yliopisto  
Psykologian laitos

Eksploraatiivinen tutkimus psykologisen ja biologisen tiedon suhteesta skitsofreniassa -  
varhaiseen skitsofrenian diagnosointiin ja hoitoon suunnatun psykologisen luokittelun  
tarkastelu suhteessa biologisiin erityispiirteisiin  
Anna Kemppainen & Pia Laakkonen

Psykologia  
Pro gradu -tutkielma, 33 s., 4 liitesivua  
Ohjaaja: prof. Jukka Aaltonen  
Lokakuu 1998

## TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen taustalla on Paon kehittämä skitsofrenian luokittelu, jossa lähtökohtana on skitsofrenian hoidon suunnittelu yksilön kehityshistoriasta käsin. Paon luokittelussa skitsofreniaan sairastuneet jakautuvat vaikeusasteeltaan kolmeen luokkaan. Tätä luokittelua on edelleen kehitetty Turussa toteutetuissa ensikertaa skitsofreniaan sairastuneiden tutkimus ja kehittämisprojekteissa. Tässä tutkimuksessa luokittelusta käytetään nimitystä RAP-luokittelu sen edelleen kehittäjien Räcköläisen ja Aaltosen mukaan. Luokittelu on tarkoitettu skitsofrenian varhaiseen diagnosointiin ja hoidon suunnitteluun. RAP-luokittelussa painotetaan yksilödynamiikan ohella myös perhedynaamisia tekijöitä. Tutkimuksemme selvitettiin luokittelun soveltuvuutta kvalitatiiviseen tutkimuskäyttöön pyrkien luokittelemaan potilaat potilasasiakirjoista käsin itsenäisesti, RAP-luokittelun kriteerit huomioonottaen. Aineisto analysoitiin kvalitatiivisen sisältöanalyysin periaatteiden mukaisesti. Lisäksi tutkimuksessa syntynyttä psykologista luokittelua verrattiin samojen potilaiden dopamiinitoimintoja kuvantaviin PET-tutkimustuloksiin kartoittaen psykologisten luokkien biologisia erityispiirteitä. Tutkimuksemme on osa 1992 käynnistettyä valtakunnallista API (Akuutin psykoosin integroitu hoito) -projektia. Tutkimusaineisto koostui vuosina 1989 - 1996 hoidettujen ensikertaa akuuttiin psykoosin sairastuneiden potilasasiakirjoista ja PET-tutkimustuloksista. Potilaat olivat iältään 16 - 44 - vuotiaita. Potilailla ei ollut aiempaa neuroleptilääkitystä. Potilaita hoidettiin tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden mukaisesti. Kvalitatiivisen sisältöanalyysin edetessä nousi esiin sisällöllisesti yhtenäinen uusi potilasryhmä, joiden identiteetti- ja psykososiaalisessa kehityksessä oli puutteita. Identiteetin kehityksessä oli mukana myös iänmukaisia aineksia. Potilaiden perheissä havaittiin ristiriitaista sitomista ja mystifikaatiota. Luokan II potilaat saivat muiden luokkien potilaita alhaisempia arvoja striataalisessa D2-dopamiinireseptoritiheydessä- ja affiniteetissa. Muita vastaavia ryhmittymiä ei syntynyt. Jatkossa olisi tärkeää tutkia löytyykö tälle ryhmälle neurobiologisia erityispiirteitä ja onko biologisilla tekijöillä mahdollisesti merkittävämpi rooli II- ryhmän potilaiden sairastumisessa.

Avainsanat: tarpeenmukainen hoito, RAP-luokittelu, dopamiinihypoteesi

## JOHDANTO

Skitsofrenia on yksi tutkituimmista ja puhuttelevimmista mielenterveyshäiriöistä. Skitsofrenia on itsessään herättänyt paljon kysymyksiä ja samalla inhimillisen tarpeen löytää vastauksia sairastumiseen. Sairastuneen näkökulmasta on aina kysymys tragediasta, jossa minän rajojen osittainen tai jopa täydellinen katoaminen uhmaa niitä sosiaalisia rooleja, joita selviytyminen yhteiskunnassamme vaatii. Syitä sairastumiseen on kuumeisesti yritetty hakea sekä biologisista että psykologisista tekijöistä. Skitsofreniatutkimus ja itse ilmiö näyttävät jakavat saman pirstaleisuuden; tiedon lisääntyminen ei ole merkinnyt tiedon integroitumista eri tutkimustraditioiden välillä, eikä edes saman tutkimustradition sisällä. Se tulisiko skitsofrenia nähdä enemmän emotionaalisen vai kognitiivisena poikkeavuutena, on epäselvää ja sopimuksenvaraista (Alanen, 1994b). Joidenkin tutkijoiden (mm. Bentall, 1994) mukaan koko skitsofreniakäsite tulisi hylätä - skitsofrenian olemassaolo onkin lopulta määrittelijänsä vallassa.

Käsitykset skitsofrenian syistä ja luonteesta ovat sidoksissa omaan aikaansa ja vallitseviin tutkimustraditioihin. 1800 - luvun loppupuolella Emil Kraepelin nimitti skitsofreniaa dementia praecoxiksi, varhaisella iällä alkavaksi aivosairaudeksi, joka lähes vääjäämättä johtaa tylsistymiseen. Kraepelinin aikalainen Eugen Bleuler korvasi nimityksen dementia praecox skitsofrenia-käsitteellä. Hän oli kiinnostunut potilaistaan kokonaisvaltaisemmin ja oivalsi psykologisten tekijöiden merkityksen sairastumisessa (Alanen, 1994b). Bleuler määritteli skitsofrenian diagnostiset kriteerit Kraepelinia laajemmin, jolloin näkemys skitsofreniasta ja sen ennusteesta oli huomattavasti positiivisempi kuin Kraepelinin. Hegarty (1994) toteaa 1900 - luvun skitsofreniatutkimuksen kirjallisuuden meta-analyysissaan skitsofrenian laajan tai suppean määritelmän vaikuttaneen ennusteeseen. Jos käsitteen sisään on rakennettu ennuste häiriön kroonisesta luonteesta, on ennuste huonompi johtaen itseään toteuttavaan profetiaan. Tästä huolimatta kraepelinilainen näkemys skitsofreniasta voimistui uudelleen kansainvälisessä tautiluokittelussa (DSM III) 1979. Tällöin pyrittiin luomaan yhtenäinen oirekeskeinen kuvaus eri koulukuntien välisten etiologiaa koskevien ristiriitojen tynnyttämiseksi ja epidemiologisten vertailujen mahdollistamiseksi. DSM:ssä ei näin ollen oteta kantaa häiriön syntyyn tai parantamiseen (Hegarty, 1994).

Skitsofreniatutkimuksen alueella on jo yli sadan vuoden ajan yritetty selvittää

skitsofrenian etiologiaa. Biologisten selitysmallien taustalla on ajatus skitsofreniasta biologisena poikkeavuutena, joka on korjattavissa lääketieteen, yleensä lääkeaineiden avulla (Sariola & Ojanen, 1997). Yksilöpsykologisessa ajattelussa sairastuminen liitetään persoonallisuuden kehityksen varhaiseen häiriintymiseen. Vuorovaikutuspsykologisesta näkökulmasta tarkasteltuna skitsofrenian oireet ovat puolestaan ymmärrettävissä perheen vuorovaikutusongelmista- ja häiriöistä käsin. Näissä tarkastelutavoissa hoito tapahtuu erilaisten psykologisten interventoiden avulla (Alanen, 1994b).

Lukuisista teorioista huolimatta mikään yksittäinen teoria ei ole pystynyt kattavasti selittämään sairastumisen syytä. Tästä huolimatta psykofarmakat ovat pitkään määritelleet skitsofrenian hoitoa. Tähän on osaltaan vaikuttanut biologisen psykiatrian hallitseva asema. Skitsofrenian hoidossa automaattisen lääkehoidon taustalla voi havaita reduktionismin periaatteen. Heikoimman reduktionismin muodon mukaisesti psykiatriset sairaudet nähdään yksinomaan neurobiologisista tekijöistä johtuviksi. Tällöin lääkitys nähdään myös sellaisissa häiriöissä välttämättömäksi, joiden biologinen tausta ei ole yhtä selvä kuin puhtaasti somaattisissa sairauksissa (Karlsson, 1994). Tällaiset yhteen ainoaan skitsofrenian aiheuttajaan pohjautuvat lineaariset selitysmallit ovat kuitenkin osoittautuneet skitsofrenian kokonaisvaltaisen ymmärtämisen ja hoidon kannalta riittämättömiksi ja puutteellisiksi (Alanen, 1994b).

Uusimpien tutkimusten mukaan onkin todennäköisempää, että skitsofreniaan sairastuminen syyt ovat useiden tekijöiden yhteisvaikutusta (Wahlberg, 1994). Sairastumisen ymmärtämiseksi on tärkeää oivaltaa, että biologiset ja psykologiset prosessit eivät ole toisistaan erillisiä, vaan toisiinsa erottamattomasti yhteenkietoutuneita. Elimistö ja erityisesti keskushermosto muodostaa psyyken kehitykselle aktiivisen perustan. Biologinen kypsyminen mahdollistaa omalta osaltaan yhä vaativimpien psyykkisten taitojen ja voimavarojen syntymisen. Erilaiset ärsykkeet ja riittävän hyvät psyykkiset kokemukset ovat välttämättömiä myös biologiselle kehitykselle. Suhde biologisen ja psyykkisen tason välillä on siten elävä (Lehtonen, 1994b). Näin ollen voidaankin ajatella, että vuorovaikutussuhteet toisten kanssa ovat osa ihmisen biologiaa vaikuttaen yhtä lailla sekä psykologiseen että aivotoimintojen kehitykseen (Alanen, 1994a).

Lehtosen (1994b) mukaan skitsofrenian ymmärtämiseksi olisi syytä luopua jyrkästä sielun ja ruumiin erottavasta dualistisesta ajattelutavasta. Psykiatriassa onkin viime vuosien aikana kehitetty uusia skitsofrenian selitysmalleja, joissa eri tasojen tutkimustietoa

tarkastellaan yhdessä (Karlsson, 1994). Lähestymistapaa, jossa eri näkökulmien tutkimuslöydöksiä on pyritty näkemään yhdessä, kutsutaan *integroivaksi* näkökulmaksi. Skitsofrenian kokonaisvaltaisessa ymmärtämisessä eri selitysmallien tarjoama tieto nähdään enemmän toisiaan täydentävänä kuin toisistaan erillisenä. Integraatiolla ei kuitenkaan tarkoiteta eri lähestymistapojen löydösten hallitsematonta toisiinsa sulauttamista, vaan niiden tapauskohtaista tarkastelua kunkin potilaan tilanteessa (Alanen, 1994b). Integroinnin apuna on käytetty systeemiteoriaa ja sen sovelluksia (Lehtinen, 1993). Systeemiteoria on lähtöisin biologiasta ja se on tullut psykiatriaan lähinnä perhetutkimuksen ja perheterapian kautta (Goldenberg, 1996).

1980-luvun alussa huoli skitsofrenia potilaiden hoidosta ja laitostuneesta tilanteesta johti skitsofrenian hoitoa koskevan asiantuntijaryhmän asettamiseen hoidon kehittämiseksi. Kehittämishojelman johtoon valittiin professori Yrjö Alanen, joka oli 1960-luvulta lähtien kehittänyt Turussa psykoterapeuttisesti orientoitunutta skitsofrenian hoitomallia. Valtakunnallisen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämissuunnan yhteydessä vuosina 1981 - 1987 Turun-mallin soveltamiseen ja edelleen kehittämiseen avautui näin ollen aiempaa laajempi mahdollisuus (Alanen, 1994b; Lehtinen, 1993).

Vuonna 1989 Turun Kupittaaan sairaalassa käynnistetty uusien skitsofreniaryhmän potilaiden hoidon kehittämistä koskeva pilottitutkimus laajeni 1992 API (Akuutin psykoosin integroitu hoito) -projektiksi, jossa tutkittiin kehittämistyön tuloksena syntyneen skitsofrenian hoitomallin toimivuutta kuudessa eri yksiköissä. Turun Kupittaaan sairaalassa akuutin psykoosin integroidun hoidon kokeilu toteutui Kuppis -projektin muodossa. Tutkimusprojektin tarkoituksena oli kehittää eri hoitokeinojen keskinäistä integraatiota ja sitä, miten näiden eri hoitokäytänteiden osat voitaisiin yhdistää yksilölliseksi ja integroiduksi hoito-ohjelmaksi. Samalla pyrittiin selvittämään myös neuroleptilääkityksen välttämättömyyttä akuutin psykoosin hoidossa sekä määrittämään aiempaa tarkemmin rauhoittavan (bentsodiatsepiini) lääkehoidon indikaatioita. Turussa Kupittaaan sairaalassa toimivassa yksikössä sekä Keroputaan ja Jorvin sairaalassa potilaiden hoito pyrittiin pääosin toteuttamaan ilman neurolepteja käyttäen tarvittaessa rauhoittavaa lääkitystä (Vuorio, 1993).

Jatkuvan kehittämistyön ja useiden seurantatutkimusten tuloksena *tarpeenmukaisen* (need-adapted) *hoidon* käsite vakiintui hoitosuuntauksen yleisnimeksi. Tarpeilla tarkoi-

tetaan tässä yhteydessä potilaan ja hänen vuorovaikutusverkostonsa hoidollisia tarpeita. Nimitys tarpeenmukainen hoito viittaa skitsofreniaryhmän potilaiden heterogeenisyyteen ja samalla skitsofreniaan sairastuneiden hoidollisten tarpeiden yksilöllisyyteen ja vaihtelevuuteen. Malli pohjautuu hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen, jossa psykologinen ymmärrys potilaan tilanteesta on hoidon ja sen suunnittelun lähtökohtana (Alanen, 1994b).

Käytännössä hoidon aloittaminen tapahtuu siten, että kaikki, joita kriisitilanne koskettaa kutsutaan mahdollisemman nopeasti yhteiseen neuvotteluun. Yhteisten tapaamisten tarkoituksena on luoda ymmärrettävä, vuorovaikutuskenttään sidottu kuva potilaan sairastumisesta ja siitä mitä se merkitsee kullekin perheenjäsenelle tai muille läheisille (Lehtinen & Rökköläinen, 1989). Aaltonen ja Rökköläinen (1994) ovat kehittäneet termin hoitoa ohjaava yhteinen mielikuva kuvaamaan hoitavien henkilöiden yhteistä jaettua ymmärrystä potilaan tilanteesta. Heidän mukaansa sen saavuttaminen on edellytyksenä hoidon integraatiolle.

Kliinisessä työssä ja pitkissä seurantatutkimuksissa on toistuvasti tehty havainto, että osa ensikertaa skitsofreniaan sairastuneista potilaista paranee spontaanisti, osalla esiintyy ajoittain psykoottisia episodeja ja lopuilla oireet pyrkivät kroonistumaan. Tätä kolmijakoa on käytetty sekä biologisten että psykodynaamisten luokittelujen pohjana (Lehtinen, 1993). Pao (1989) on kehittänyt kliinisen kokemuksensa pohjalta psykodynaamisen lähestymistavan skitsofreniaan, jossa potilaat on jaettu vaikeusasteeltaan kolmeen alaryhmään. Ryhmät eroavat toisistaan kehityshistorian, oireiden ja sairastumisen sekä ennusteen mukaan. DSM-tyyppisestä oirekeskeisestä ajattelutavasta poiketen luokittelussa on kiinnitetty erityisesti huomiota potilaan yksilökehitykseen ja perhetilanteeseen. Hoidollisten interventioiden suunnittelemisen potilaslähtöisesti on mahdollista, kun syntyy ymmärrys siitä, miten tilanteeseen on jouduttu.

Turun skitsofreniaprojektin ja sen jatkon, Kuppis- ja API -projektien aikana, Aaltonen ja Rökköläinen ovat yhdessä Turun mielenterveyskeskuksen psykoosityöryhmän kanssa edelleen kehittäneet ja tarkentaneet Paon luokittelua. Tässä tutkimuksessa luokittelusta käytetään nimitystä RAP (Rökköläinen, Aaltonen & Pao) -luokittelu. Luokittelu on tarkoitettu skitsofrenian varhaiseen diagnosointiin, jossa tarkastellaan yksilödynamiikan ohella perheenjäsenten välisiä suhteita ja perhettä kokonaisuutena. Paon luokittelun edelleen kehittämiseen oli tarve sen sisältämän ennusteen vuoksi; luokitus on retrospek-

tiivisesti rakentunut, eikä täten sovellu ensi kertaa sairastuneiden akuutin hoidon interventiotilanteisiin (Aaltonen & Rökköläinen, 1998).

RAP-luokittelussa potilaat jakautuvat kehitysvaihe-kriisinsä mukaisesti kolmeen ryhmään. Ryhmän I potilailla identiteetti on iänmukainen tai lähellä sitä, eikä heillä ole todehtavissa anamnestisesti psykososiaalista kehityshäiriötä. Interventiot säännönmukaisesti vahvistavat identiteettiä, joten potilaalla on peruskykyä yksilöterapiaan. Neuroleptilääkitys on tarpeetonta tai jopa vahingollista. Anksiolyytteja voidaan käyttää ahdistuksen lievittämiseksi. Perheilmapiiri on avoin, eikä potilasta sidota perheen ongelmiin. Perheellä on kykyä käyttää hoitopalveluja hyväksi. Sairastuminen on rajua ja äkillistä. Ryhmää I kuvataan *identiteetti-kriisin* käsitteellä.

Ryhmän II potilaiden identiteettikehitys on ikätasoon nähden jäljessä ja sitä luonnehtii anamnestisesti psykososiaalinen kehitysviivästymä (developmental lag) (Pao, 1989). Selviytyminen ennen äkillistä sairastumista on ollut kohtuullisen hyvää. Separatiotilanteet johtavat säännönmukaisesti kriisiin, josta seuraa tempoileva ja myrskyisä kliininen kuva. Potilaalla on vaikeuksia sietää yksin oloa. Interventiot, varsinkin silloin, kun ne sisällöltään liittyvät separatiotapahtumiin, johtavat lähes välittömästi psykologisiin hajoamisilmiöihin. Potilaan hoidossa aktiivinen perhekeskeinen interventio ja yksilöterapia ovat tarpeellisia. Neuroleptit ovat pääsääntöisesti hyödyllisiä. Perheessä ongelmat määrittelevät vuorovaikutuksen ja potilas pyritään kytkemään vanhempien välisiin ristiriitoihin. Tässä ryhmässä on oletettu biologisten tekijöiden olevan mukana sairastumisessa (Aaltonen & Rökköläinen, 1998). Ryhmää II kuvataan *separatiokriisin*-käsitteellä.

Ryhmän III potilaiden identiteetin kehitys on ollut erityisen vaikeaa tai jopa mahdotonta perheen vaikean kaksoissidosilmapiirin vuoksi (Bateson, Haley & Weakland, 1956). Kaksoissidosta käytetään tässä yhteydessä laajassa merkityksessä kuvaamaan perheen ristiriitaista ja mystifioivaa kommunikaatio- ja tunneilmastoa, jolloin potilas on sidottu monin tavoin perheeseen (Stierlin, 1981; Aaltonen, 1982). Psykoottisuuden puhkeaminen on tapahtunut hitaasti ja vähitellen. Potilaan kehitystä vaikeuttavat ja osin salpaavat kietoutuneisuus, takertuneisuus ja kaksoissidos. Tämän vuoksi potilaan kehitystä leimaa pitkäaikainen ja laaja-alainen psykososiaalinen kehittymättömyys. Psykoedukatiivisten hoitomuotojen ohella kuntouttamisen aloittaminen heti hoidon alussa on tärkeää. Neuroleptihoito on hyödyllistä, jos sillä saadaan aikaan sosiaalisen aktiivisuu-

den lisääntymistä, eikä lääkitys johda negatiivisten oireiden stabilisoitumiseen. Interventioista huolimatta potilaan tilanne pyrkii juuttumaan ja pysähtymään paikoilleen. III -ryhmän sairastumista kuvataan *double bind-kriisinä*.

Edellä mainituista ryhmistä voi pudota perinteisten kroonikoiden ryhmään. Potilaan ainoa todellisuus on tällöin oma sisäinen maailma. Neljäs ryhmä on riittämättömän ja ymmärtämättömän hoidon synnyttämä.

Lääketieteellisten teorioiden ja välittäjäainetutkimuksen alueella skitsofrenian tutkimus on suurelta osin painottunut dopamiiniteorian tutkimiseen ja todentamiseen. Dopamiinihypoteesi sai alkunsa 1960 - luvulla Carlsonin johtaman tutkimusryhmän havainnoista, joissa todettiin neuroleptien antipsykoottisen vaikutuksen perustuvan dopamiinireseptorien salpaantumiseen. He havaitsivat myöhemmissä tutkimuksissaan myös psykoosioireisiin vaikuttavien haloperidolin ja klorpromatsiinin lisäävän dopamiinin metaboliittien määrää aivoissa. Dopamiinihypoteesin pohjalta on oletettu dopamiinin liikatoiminnan, erityisesti mesolimbisillä alueilla, olevan keskeisellä sijalla skitsofrenian ja psykoosien etiologiassa (Carlsson, 1987). Carlssonin havaintoja on myöhemmin tarkennettu ja todettu neuroleptien vaikutuksen kohdistuvan nimenomaan D2-dopamiinireseptoreihin (Snyder, 1981). Aiemmin ajateltiin neuroleptin olevan sitä tehokkaampi mitä enemmän se salpasi dopamiinitoimintoja aivoissa. Uusimpien tutkimusten mukaan neuroleptien antipsykoottiset ominaisuudet välittyvät myös muilla neurobiologisilla mekanismeilla kuin D2-ratojen salpauksella. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan hyödy lääkityksestä, erityisesti skitsofrenian negatiivisista oireista kärsivillä neuroleptien teho on osoittautunut huonoksi (Vuorio, 1993).

Kuvantamismenetelmien kehittyessä yhä tarkempi in vivo-tutkimus on tullut mahdolliseksi. Hietala (1995) tutkijaryhmineen selvitti dopamiinihypoteesia seitsemällä lääkitsemättömällä (neuroleptic-naive) ensi kertaa psykoosiin sairastuneella potilaalla. He tutkivat positroniemissiotomografia (PET) menetelmän avulla presynaptista dopaminergistä toimintaa caudatus -ja putamen-tumakkeissa. Kontrolliryhmään verrattuna fluorodopan virtaaminen putamen-tumakeessa oli potilailla voimakkaampaa. Ryhmien väliset erot olivat pienempiä caudatus-tumakkeessa, mutta potilailla selvästi lateralisoituneet vasemmalle puolelle. Potilasaineistossa katatonista skitsofreniaa sairastanut potilas erosi kontroleista että muista potilaista dopaminergisen toiminnan hitauden puolesta. Hietalan (1997) mukaan presynaptista dopaminergistä toimintaa kuvaavassa tutki-



muksessa on toistuvasti havaittu nucleus caudatuksen normaalin epäsymmetrian puuttuminen skitsofreniapotilailla. Koska aivopuoliskot kypsyvät hieman eri aikataulussa keskushermoston erilaistumisen aikana, on mahdollista, että tautiprosessi on voinut häiritä toispuolisesti aivojen kehitystä, mikä on johtanut puolierojen korostumiseen tai häviämiseen.

Sama tutkijaryhmä selvitti lisäksi PET-menetelmää käyttäen 13 lääkitsemättömällä ensi kertaa sairastuneella potilaalla D2-dopamiinireseptorien tiheyttä ja affiniteettia. Tilastollisesti merkitseviä eroja suhteessa terveisiin kontrolleihin ei löytynyt. Tutkimuksessa erottui kuitenkin neljän potilaan mahdollinen alaryhmä, joiden D2-dopamiinireseptoritiheys oli melko korkea. Lisäksi kahdella näistä potilaista sekä tiheys että affiniteetti oli lähes kaksinkertainen kontrolliryhmään verrattuna (Hietala, 1994).

Omassa tutkimuksessamme mielenkiinnon kohteena on psykologisen ja biologisen tiedon yhdessä tarkastelu. Suomalaisen tutkijaryhmän edellä mainitut PET-menetelmällä tehdyt dopamiinitutkimukset ja niiden pohjalta muodostuneet jakaumat ovat biologisen tarkastelumme pohjana. Aineiston potilaat kuuluivat Kuppis -projektiin, jossa PET-tutkimus ja RAP-luokittelu oli osa potilaiden tarpeenmukaista hoitoa. Näin avautui mielenkiintoinen mahdollisuus tarkastella laadullisen tutkimuksen keinoin biologisen ja psykologisen tason tietoa yhdessä pyrkien kartoittamaan psykologisten luokkien biologisia erityispiirteitä. Tutkimus on osa API -projektia, joka on saanut asianmukaiset eettisten toimikuntien luvat.

Tutkimustavoitteina olivat seuraavat: 1. Tarkastella onko RAP-luokittelu riittävä kvalitatiivisessa tutkimuksessa siten, että kaikki potilaat ovat sen kriteerien mukaisesti luokiteltavissa itsenäisesti sekä sitä, sisältävätkö potilasasiakirjamerkinnot riittävästi informaatiota luokittelun kannalta, jotka kliinisesti kokenut työryhmä on tehnyt psykoterapeuttisesti orientoituneessa hoitokulttuurissa? 2. Ryhmittyyvätkö samaan psykologiseen RAP-luokkaan kuuluvat potilaat samoin myös biologisella jakaumalla (PET)? Vertailussa ei etsitä tilastollisia eroja, vaan tarkoituksena on kartoittaa sitä, löytyykö psykologisille RAP-luokille biologisia erityispiirteitä.

## MENETELMÄT

### Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto koostuu Kupittaa sairaalassa vuosina 1989 - 96 hoidettujen ensiker-  
taa psykoosiin sairastuneiden potilaiden potilasasiakirjoista ja heille tehtyjen PET-tutki-  
musten tuloksista. Aineistoon kuuluvia potilaita - jotka ovat osallistuneet Kuppis -pro-  
jektiin tai sen pilottivaiheeseen - on hoidettu tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden mu-  
kaisesti tehostetuin psykososiaalisin menetelmin. Neuroleptien käyttötarvetta on pyritty  
arvioimaan entistä kriittisemmin. Aineistoon kuuluvat potilaat, joita on kaikkiaan 22,  
ovat iältään 15 - 44 - vuotiaita ensi kertaa psykiatriseen sairaalahoitoon tulevia henkilöi-  
tä, joilla ei ole aiempaa neuroleptilääkitystä. Myöskään sairaalassa neuroleptilääkitystä  
ei aloitettu kolmen ensimmäisen viikon aikana. Diagnostisena kriteerinä oli DSM III-R:  
n mukainen skitsofrenian, skitsofreniformisen tai skitsoaffektiivisen psykoosin,  
harhaluuloisuushäiriön, lyhytkestoisen psykoosireaktion, epätyypillisen tai tarkemmin  
määrittelemättömän psykoosin diagnoosi (API -projektin tutkimussuunnitelma, 1992).  
Tarkemmat tiedot potilaiden sukupuolesta, iästä ja diagnoosista liitteessä 2.

Potilaiden hoitoon ja tutkimukseen kuului yhtenä osana PET-tutkimus sekä työryh-  
män hoidon alkuvaiheessa suorittama RAP-arvio. PET-menetelmällä, joka perustuu  
positroniemissiotransmissioon, on mahdollista tutkia in vivo aivojen metabolista aktiivi-  
suutta tai hermoston välittäjäaineiden (neurotransmittereiden) toimintaa, käyttämällä  
kuvantamisessa erilaisia radioaktiivisia isotooppeja. Aineiston potilaiden PET-tutki-  
muksessa pyrittiin selvittämään D2-dopamiinireseptorien tiheyttä ja affiniteettia. Osa  
potilaista (13) on kuvattu raklopridi-nimisellä merkkiaineella, joka kuvantaa D2-  
dopamiinireseptoreita striatumissa. Kymmenelle potilaalle kuvaus tehtiin puolestaan  
fluorodopa-merkkiaineella, joka puolestaan kuvantaa presynaptista dopaminergista  
toimintaa putamen- ja caudatus-tumakkeissa. Viimeksi mainitusta ryhmästä kaksi poti-  
lasta jätettiin PET- ja RAP-tulosten vertailun ulkopuolelle, koska he eivät täyttäneet

tutkimusaineistoon kuulumisen kriteereitä.

### **Analyysimenetelmä**

Aineisto analysoitiin laadullisen sisältöanalyysin periaatteiden mukaisesti. Sisältöanalyysin valinnan lähtökohtana oli tarve käsitellä laajaa tekstipohjaista aineistoa systemaattisella ja johdonmukaisella tavalla sekä tarkastella kliinisessä käytössä olevan luokittelun soveltumista tutkimuskäyttöön (Tesch, 1990). Käyttämämme luokittelujärjestelmä (RAP) koostuu kolmesta kuvailevasta sisältöluokasta, jotka sisältävät ydinajatuksen sairausprosessin ymmärtämisestä ja hoidollisista interventioista.

Potilasaineiston luokittelu eteni kokonaisvaltaisesta eläytyvästä hahmottamisesta ja alustavan hypoteesin syntymisestä kohti yhä tarkempien luokitusperusteiden hakemista. Kun riittävä ymmärrys kunkin potilaan sairastumisesta oli saavutettu, eikä aineistosta avautunut enää uusia näkökulmia, oli tultu kylläntymispisteeseen (Eskola & Suoranta, 1996). Aineiston analyysi etenee hermeneuttisen tutkimusperinteen mukaisesti dialektisena spiraalina, joka tutkimuksen aikana supistuu fokusoituen kohti tarkempaa käsitystä ilmiöstä (Turunen, 1987). Valmiista sisältöluokista huolimatta pyrimme pitämään mielen avoimena myös mahdollisten uusien luokkien syntymiselle. Morganin (1993) mukaan uusia luokkia usein syntyykin laadullisessa tutkimuksessa aineiston erityislaatuisuuden vuoksi.

### **Tutkimuksen kulku**

1. Ensimmäisessä vaiheessa jokaista potilasta koskevat potilasasiakirjat luetettiin kertaalleen läpi, jotta tapahtumien kulusta saataisiin mahdollisimman hyvä kokonaiskuva.
2. Seuraavissa vaiheissa pyrittiin yhä tarkempaan ja yksityiskohtaisempaan asioiden kirjaamiseen ja tarkasteluun. Tarkempien muistiinpanojen tekeminen oli välttämätöntä, koska alkuperäisiä sairaskertomuksia ei ollut mahdollista kopioida tai saada käyttöön opiskelupaikkakunnalle salassapitovelvollisuuden vuoksi. Sairastumisprosessin ymmär-

tämiseksi ja potilaan alkutilanteen tavoittamiseksi merkittiin jokaisen potilaan kohdalta muistiin myöhemmin tehtävän RAP-luokittelun sekä muuten tutkimuksen kannalta merkittäviksi oletetut tiedot ja tapahtumat. Potilaiden interventioihin reagoimiseen, identiteettikehitykseen, mahdollisiin kehitysviiävästyksiin, perheen ilmapiiriin ja perheenjäsenen välisiin suhteisiin liittyvät asiat kirjattiin systemaattisesti ylös. Faktojen ohella merkittiin muistiin myös välittömät intuitiiviset vaikutelmat, jotka syntyivät spontaanisti lukemisen kuluessa, kuitenkin erottaen ne faktatiedosta.

3. Kun potilaista oli saatu riittävästi tietoa, kirjoitettiin yhdessä molempien muistiinpanojen pohjalta tiiviit kuvaukset (thick descriptions) jokaisesta potilaasta, jossa luokittelun kannalta keskeiset asiat tulivat esille (Richards & Richards, 1994). Lisäksi pyrittiin hahmottamaan, mikä psykoosin merkitys oli kullekin potilaalle. Keskeistä oli kunkin potilaan psykologiaa ymmärtävään narraatioon pyrkiminen (Holma & Aaltonen, 1995). Yhdessä syntyneet vaikutelmat kirjattiin ylös tiiviiden kuvausten loppuun. Tässä vaiheessa vältettiin tietoisesti keskustelua ensivaikutelmista potilaiden luokittelun suhteen.
4. Aineiston luokittelu suoritettiin tiiviiden kuvausten ja narraatioiden pohjalta itsenäisesti toistemme ja työryhmän luokitteluista tietämättä RAP-luokittelun kriteerit huomioiden.
5. Tämän jälkeen luokittelu käytiin läpi tutkimuksen ohjaajan kanssa, jolla on laajasti kokemusta sekä tutkimuksesta että kliinisestä työstä skitsofreniaan sairastuneiden parissa.
6. Luokitteluja tarkasteltiin potilaskohtaisesti yhdessä keskustellen kunkin tutkijan luokittelukriteereistä. Tarkoituksena oli löytää yhteinen ymmärrys potilaan tilanteesta ja päätyä konsensusratkaisuun, jossa oli muun muassa jatkuvan vertailun periaatteen mukaisesti koko ajan mahdollisuus muodostaa uusia luokkia.
7. Luokitteluprosessin tuloksena syntyneitä potilaskohtaisia luokitteluja verrattiin psykoosiryhmän samoista potilaista tekemiin RAP-luokkiin.
8. Aineistonkäsittelyn viimeisenä vaiheena oli tutkimuksessa syntyneen luokittelun vertaaminen samojen potilaiden PET-tutkimustuloksiin. Tutkijat eivät tässä vaiheessa tienneet potilaiden PET-tutkimustuloksista.

## TULOKSET

Tutkimuksessa selvitettiin RAP-luokittelun soveltumista kvalitatiiviseen tutkimukseen kliinisen tilanteen ulkopuolella sekä sitä, onko RAP-luokittelun mukaisesti mahdollista luokitella potilaat potilasasiakirjoista käsin ja saada jälkeinpäin kuva psykoottisen potilaan alkutilanteesta tarpeenmukaisen hoitoprosessin alussa. Tavoitteena oli luokitella kukin potilas itsenäisesti työryhmän ja toistemme arvioista tietämättä RAP-luokittelun kriteerien mukaisesti. Kolmen alkuperäisen luokan lisäksi tutkimusaineistosta nousi esiin kolmen potilaan ryhmä, joilla oli II- ja III- luokan potilaiden ominaispiirteitä. Lisäksi psykologista RAP-luokittelua verrattiin dopamiinitoimintoja kuvantavan PET-tutkimuksen tuloksiin.

Luokittelu muodosti prosessin, jossa luokittelijoiden välinen (inter-rater reliability) reliabiliteetti alkuvaiheessa oli varsin alhainen (.61). Konsensusratkaisut syntyivät kuitenkin helposti ja ristiriidattomasti, kun verrattiin eri tutkijoiden painottamia yksityiskohtia. Konsensukseen ei otettu mukaan psykoosiryhmän luokitusta, koska tavoitteena oli toteuttaa kvalitatiivinen analyysi mahdollisimman sokkona PET-tuloksiin ja prognostisiin arvioihin nähden. Psykoosiryhmällä on saattanut olla omaa luokitteluaan tehdessä tietoa PET-tutkimustuloksista ja heidän luokittelunsa ovat voineet perustua arvioon potilaiden prognoosista. Psykoosiryhmän edustaja ei nähnyt yhtenkään potilaan kohdalla, etteikö tutkijoiden konsensusluokka olisi ollut hyväksyttävä, vaikka se olisi eronnut psykoosiryhmän hoidon alussa tehdyistä luokitteluista.

Tapausesimerkkien avulla pyrimme havainnollistamaan kunkin potilasryhmän ominaispiirteitä ja kuvaamaan luokitteluprosessimme kulkua. Potilaskohtaiset luokittelut löytyvät liitteestä 2. Potilaiden identifioimisen estämiseksi tapausesimerkeissä kuvattujen potilaiden nimet on muutettu. Tapaukset on naamioitu myös muiden tutkimuksen kannalta tarpeettomien yksityiskohtien osalta. Koodit tapausesimerkkien lopussa viittaavat Kuppis -projektiin osallistuneisiin tutkimuspotilaisiin. Koodit ovat satunnaisesti määräytyneitä, eivätkä perustu mihinkään erityiseen järjestykseen.

## **RAP - ryhmän I potilaat**

Ryhmään I kuuluvien potilaiden hoito oli usein ensiapuluonteista. Rajusta ja äkillisestä sairastumisesta huolimatta psykoottiset oireet jäivät nopeasti taka-alalle ja persoonallisuuden koostumista tapahtui lyhyenkin sairaalajakson aikana. Potilaiden sairastumiseen liittyvät tekijät olivat myös suhteellisen helposti tavoitettavissa sekä yksilö- että perhe- tasolla. Ryhmän I potilaiden identiteettikehitys oli iänmukaista tai lähellä sitä, jolloin sairastumisessa oli nähtävissä iänmukaisia aineksia. Ongelmien käsittely perheessä oli avointa, eikä potilasta pyritty sitomaan perheen ristiriitoihin. Ryhmän I potilailla oli kykyä introspektioon, jolloin potilaat hyötyivät yksilöterapiasta. Pääsääntöisesti ryhmään I kuuluvien hoito onnistui ilman neurolepteja. Luokkaan I sijoittui kahdeksan potilasta.

### **Tapausesimerkki ryhmän I potilaasta (Kuppis 015)**

*Mia, 36 - vuotias eronnut yhden lapsen yksinhuoltaja, tuli hoitoon voimakkaiden pakko-ajatuksen vallassa. Noin kaksi viikkoa ennen hoitoon hakeutumista Mialla oli ollut uni-vaikeuksia ja hän oli pelännyt sekoavansa ja tekevänsä itselleen jotakin. Hänellä oli esiintynyt myös ruumiillisia harhatunteita ja epärealistisia pelkoja. Ensiapuun tullessaan Mia oli kuitenkin realiteeteissa.*

*Mia on käynyt keskikoulun ja sairaanhoito-opiston. Sairaalaan tullessaan hän opiskeli töiden ohella sosiaalialan oppilaitoksessa. Mia on lähtöisin useampilapsisesta perheestä maaseudulta. Hänen isänsä on elossa ja äiti on kuollut. Mia on kärsinyt synnytyksessä hapenpuutteesta. Mia on jäänyt 12 - vuotiaana luokalle, jolloin vieraisissa kielissä on ollut erityisiä vaikeuksia. Myöhemmin hänellä on todettu lievääasteinen auditiivinen luki- ja kirjoitushäiriö. Mia on sairastanut vuosia sitten melanoomaa, mikä on myöhemmin parantunut.*

*Mia kokee aina olleensa liian kiltti ja keskeisen sisällön hänen ajatuksistaan muodostaakin pelko luonteen muuttumisesta täysin päinvastaiseksi. Hän pelkää muuttuvansa hirviöksi, joka ei enää välitä muista. Mia kertoo oireidensa alkaneen noin kaksi*

*vuotta sitten seurustelusuhteen yhteydessä, jolloin kaikki asiat olivat menneet miehen toiveiden mukaisesti. Hän kokee syyllisyyttä vihantunteistaan ja liittää ahdinkonsa liialliseen itsensä kontrolloimiseen.*

*12 - vuotiaan tyttären lähenevä murrosikä nostaa esiin luopumisen teeman. Mia on erittäin kiintynyt tyttärensä ja välillä hoidossa sekoittaa itsensä ja tyttärensä ajatellen tämän tarvitsevan psykiatrista hoitoa. Mialla on kosketusta omiin tunteisiinsa ja kykyä käsitellä asioita realistisella tasolla. Hän on motivoitunut yhteistyöhön ja omaa sairaudentuntoa oireisiinsa. Psykologin arvioinnin mukaan Mian ahdistus on luonteeltaan neuroottistasoista ja persoonallisuus on lapsenomaisella tavalla riippuvainen.*

*Sairaalahoidossa psykoottisuus jää nopeasti taka-alalle ja hän pystyy selkeästi kuvaamaan psykoottisuuttaan ja siihen liittyvää sekavuutta. Mian hoidossa tärkeimmäksi muodostuu yksilöterapia, johon hänellä on hyvät edellytykset. Persoonallisuuden eheytymistä tapahtuu yksilöterapian aikana. Sairaalassaoloajat jäivät lyhyiksi.*

Mian sairastuminen oli äkillistä. Hänen selviytymisensä ennen sairaalaan joutumista oli ollut hyvää. Identiteetti oli iänmukainen, eikä Mian psykososiaalisessa kehityksessä ollut todettavissa erityisiä puutteita. Mia ei missään vaiheessa hoitoa omaksunut passiivista suhdetta tulevaisuuteen tai psykoottista tapaa olla olemassa. Hänen persoonallisuutensa joustavuus, dynaamisuus ja kyky introspektioon loivat hyvät edellytykset yksilöterapiaan ja omien asioiden läpikäymiseen. Mian tapauksessa primääriperheen rooli ei näyttänyt merkittävänä Mian ongelmissa.

Mia oli hoidon alusta asti hyvin yhteistyökykyinen ja jo lyhyt sairaalassa oleminen koosti häntä merkittävästi. Mia kykeni hoidossa luomaan realistisella tasolla ihmissuhteita ja käyttämään niitä itseään jäsentävästi ilman korostunutta ambivalenssia.

## **RAP - ryhmän II potilaat**

Yleisesti II-ryhmän potilaiden psykososiaalisen kehityksen voitiin todeta olevan ikätasoon nähden jäljessä usealla eri alueella. Monilla potilailla sosiaalinen sopeutuminen oli heikentynyt ja johtanut eristäytymiseen tai vaikeuteen luoda vastavuoroisia ihmis-

suhteita. Ennen oireiden alkamista potilaat olivat usein tulleet elämässään siirtymävaiheeseen, josta esimerkkinä kotoa pois muuttaminen tai opiskelun aloittaminen. Mäidentiteetin eheytyttömyys sekä rooliristiriidat aktivoituivat juuri tässä vaiheessa. Tällainen identiteettihämmennys (identity confusion) oli ominaista ryhmän II potilaille. Eriksson (1968) käyttää identiteettihämmennyksen käsitettä kuvaamaan nuoruusiän syventynyttä identiteetikriisiä. Käyttäytymisen tasolla identiteetin epäselvyys näyttäytyi impulsiivisena toimintana ja persoonallisuuden epävakautena.

Perheen ilmapiiri ei ollut samalla tavoin avoin kuin I ryhmässä, vaan ongelmat pitkälti määrittivät perheen vuorovaikutusta. Potilas pyrittiin kytkenään vanhempien välisiin ristiriitoihin, jolloin potilas joutui psykososiaalisen kehityksen kannalta epäsuotuisaan rooliin. Interventiot eivät johtaneet oman elämän tai itsen hahmottumiseen. Interventiot, aiheuttaessaan separaation, johtivat romahtamiseen tai psykoottisten oireiden pahenemiseen, esimerkiksi liian varhaisen sairaalasta irrottamisen tai terapiasuhteessa tapahtuneen keskeytyksen seurauksena. Luokkaan II sijoittui yhteensä kuusi potilasta.

### **Tapausesimerkki ryhmän II potilaasta (Kuppis 020)**

*Kimmo on 28 - vuotias naimaton opiskelija, joka on perheensä kaksilapsisen perheen esikoinen. Kimmo tuli hoitoon hajanaisuuden, pysähtyneisyyden ja suisidaalisuuden vuoksi. Noin puoli vuotta ennen hoitoon hakeutumista Kimmolla oli ollut masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, pakkoajatuksia ja unettomuutta. Hän oli yrittänyt itsemurhaa kaksi kertaa saman päivän aikana ja hakenut tällöin itse apua hakenut MTT: sta, josta hänet oli toimitettu sairaalahoitoon.*

*Kimmon ongelmat ovat alkaneet lukioaikana, jolloin hänellä on ollut keskittymisvaikeuksia, eristäytymistä ja sulkeutuneisuutta. Armeija kuitenkin sujui normaalisti. Kimmo muutti armeijan jälkeen toiselle paikkakunnalle korkeakouluopintojen vuoksi. Hän ei kuitenkaan kokenut pärjäävänsä siellä yksin ilman tukea. Tällöin hän koki ongelmikseen erityisesti yksinäisyyden ja ystävien puutteen, joista kävi keskustelemassa MTT:ssa. Kimmo keskeytti korkeakouluopinnot ja muutti takaisin kotipaikkakun-*



nalleen, jossa aloitti uudelleen opiskelun. Vaikeudet opiskelussa ja keskittymättömyys alkoivat kuitenkin vaivata yhä enemmän toisen opiskeluvuoden jälkeen. Hoidon aikana Kimmo keskeytti opintonsa, mikä oli ollut hänelle ainoa elämäsivät. Elämisen mielekkyyden puute ja tarkoituksettomuuden tunne ovat keskeisiä Kimmon tilanteessa. Hän ei ole onnistunut luomaan kaveruussuhteita kotikaupungissaan, eikä hänellä ole ollut seurustelusuhdetta. Psykologin lausunnossa tulee esille Kimmon turvattomuuden kokemus vuorovaikutuksessa, vetäytyminen ja toisaalta syrjään jääminen ihmissuhteissa. Kimmon seksuaali-identiteetti vaikuttaa myös hauraalta.

Perhetapaamissa tulee ilmi, että isä ja potilaan veli ovat olleet jo kauemmin huolissaan Kimmon eristäytyneisyydestä. Perheenjäsenet ovat tiivisti yhteydessä toisiinsa. Kimmo viettää illat kotona vanhempiansa luona, vaikka hänellä on oma asunto. Isä on yrittänyt saada poikaansa puhumaan omista asioistaan, mutta Kimmo ei ole halunnut niistä puhua. Hän on kokenut sen itsenäisyyttään uhkaavana. Vanhemmat eivät luota kummankaan lapsensa itsenäiseen selviytymiseen ja ovatkin yllättyneitä siitä, että potilaan veli - joka muuttaa pois kotoa potilaan hoidon aikana - on pärjännyt itseksensä. Kimmon isä on ollut dominoiva ja suoritushakuinen, mikä on osaltaan vaikuttanut Kimmon kokemuksiin suorituspaineesiin.

Sairaalahoidossa Kimmon psykoottiset oireet jäivät varsin nopeasti pois ja tunneilmaisuuksi tuli enemmän vivahteista. Kimmo omaksui kuitenkin hoidon lopussa korostuneesti työttömän identiteetin ja haki ristiriitaisesti erilaisia työpaikkoja. Perheterapia oli keskeisellä sijalla Kimmon hoidossa. Hoidossa ei tarvittu neurolepteja.

Kimmon sairastuminen oli luonteeltaan rajua ja äkillistä. Hänen tilanteensa oli kehittynyt kuitenkin pidemmällä aikavälillä. Irrottautuminen perheestä ja itsenäisemmän roolin ottaminen omassa elämässä toivat esiin identiteettiin ja psykososiaaliseen kehitykseen liittyvät ongelmat. Kimmo ei löytänyt paikkaansa sosiaalisessa vuorovaikutuskentässä, eikä onnistunut luomaan ystävyys- tai seurustelusuhteita. Irrottautuminen kotoa johti jonkinlaiseen masennuksen ja tyhjyyden kokemiseen. Separaatiokokemusten ahdistavuuden vuoksi itsenäinen elämä kävi vaikeaksi ja Kimmo palasi takaisin kotikaupunkiin. Nämä vaikeudet heijastavat persoonallisuuden kehityksen puutteita suhteessa Kimmon ikätasoon.

Kimmon ongelmat olivat kiinteästi yhteydessä perhedynamiikkaan. Perheen tiivis ja holhoava ilmapiiri sekä vanhempien omat vaikeudet käsitellä lasten itsenäistymiseen liittyviä tunteita osaltaan vaikeuttivat Kimmon itsenäisen identiteetin kehittymistä ja vahvistumista. Kimmon suhde sosiaaliseen vuorovaikutukseen oli ambivalentti. Kimmo oli kiinnostunut ihmisistä, mutta oli kyvytön luomaan ihmissuhteita. Toisaalta hän jättyi vuorovaikutuksesta ulkopuolelle säilyttääkseen erillisyyden tunteensa.

Kimmon psykoottisten oireiden kadottua oman elämän ja itsen hahmottomuus jäi vallitsevaksi. Selvää identiteetin rakentumista interventioiden tuloksena ei tapahtunut.

### **RAP - ryhmän III potilaat**

Ryhmän III potilaiden sairauden kehittyminen oli tapahtunut hitaasti ja vähitellen. Yksilön kehityshistoriassa oli havaittavissa psykososiaalisen kehityksen pitkäaikaisia ja laaja-alaisia puutteita. Persoonallisen kuvan saaminen ryhmän potilaista oli säännönmukaisesti vaikeaa, mikä voi mielestämme kuvata laajemmin psykologisen itsen syntymättömyyttä tai persoonallisuuden äärimmäistä haurautta. Potilaat olivat vähitellen liukuneet pois sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, jolloin sosiaaliset kontaktit rajoittuivat yksinomaan primääriperheeseen tai kontakteja ei ollut ollut alunperinkään primääriperheen ulkopuolella.

Perheissä sosiaaliset kontaktit olivat vähäisiä ja heidän kykynsä käsitellä ongelmia sanallisesti oli vaikeaa. Ongelmat perheessä olivat jollakin tavoin ilmassa, mutta niiden realistinen käsitteleminen oli mahdotonta. Syyt potilaan sairastumiseen mystifioitiin esimerkiksi projisoimalla ne mielivaltaisesti perheen ulkopuolisiin tekijöihin, kuten tupakointiin tai viranomaisten toimenpiteistä johtuviksi. Tätä ilmiöiden todellisen luonteen hämärtämistä Stierlin (1981) pitää keskeisimpänä kognitiivisen eli minän tasolla tapahtuvan sitomisen muotona. Laing toi alunperin mystifikaation käsitteen perheterapiin ja perhetutkimuksen piiriin (Alanen, 1994b).

Monenlainen takertuneisuus ja kietoutuneisuus (Bateson, et al., 1956) luonnehtivat potilaiden perheilmapiiriä heijastuen normaalien psykologisten rajojen puuttumisena esimerkiksi siten, että äiti koki lapsensa sanattoman ymmärtämisen ensisijaisena

verbaaliseen viestimiseen nähden. Edellä mainittujen perheilmapiiriä luonnehtivien tekijöiden ohella potilaiden perheissä ilmeni Stierlinin (1981) kuvaamaa karkoittavuutta, mikä puolestaan näyttäytyi normaalien kiintymyssuhteiden puutteena. Esimerkkinä tästä nuorehko mies, joka koki eläneensä koko lapsuutensa ja nuoruutensa emotionaalisesti erittäin kylmässä ilmapiirissä. Koko potilaan lapsuuden hänen isänsä oli kieltänyt olevansa hänen oikea isänsä.

Tämän ryhmän potilaiden suhde elämään ja itseensä oli passiivinen. Potilaat olivat siidottuja perheeseen, jolloin omien suunnitelmien ja kiinnostusten muotoutuminen ei ole ollut edes mahdollista. Luokkaan III sijoittui kaikkiaan viisi potilasta.

### **Tapausesimerkki ryhmän III potilaasta (Kuppis 021)**

*Teija on 16- vuotias peruskoulunsa päättänyt tyttö, joka on perheensä ainoa lapsi. Molemmat vanhemmat ovat tällä hetkellä poissa työelämästä; isä jäi työttömäksi kymmenen vuotta sitten ja äiti jäi kotiin potilaan synnyttyä. Teija on käynyt peruskoulun vaihtelevin käytännöin. Hänellä on ollut useita käyntejä kasvatus -ja perheneuvolassa, missä on oltu 5 -vuotisseurannasta lähtien huolestuneita Teijan vaikeuksista koulussa sekä tunne-elämän kehityksessä. Ala-asteella sekä oppilaat että opettajat olivat kiinnittäneet huomiota Teijan eriskummalliseen käytökseen ja poissaolevuuteen Teija oli yrittänyt ottaa kontaktia luokkatovereihinsa mm. koskettelemalla ja suukottelemalla, jolloin hän tuli usein torjutuksi heidän taholtaan. Ylä-asteelle siirryttäessä Teijalle tehtiin psykologin tutkimus, jossa todettiin laaja-alainen oppimisvaikeus, johon suositeltiin mukautettua opetusta. Myös tunne-elämän alueella ja sosiaalisissa taidoissa ilmeni vakavia puutteita. Potilaan perhe ei ollut halukas yhteistyöhön, koska he kokivat eri viranomaiset syynä potilaan vaikeuksiin.*

*Teijan tilanne on kehittynyt vähitellen ja kärjistynyt koulun lopettamiseen. Peruskoulun jälkeen hän jäi kotiin pitämään välivuotta. Syksyn aikana hän oli alkanut yhä enemmän eristäytyä kavereistaan ja laiminlyödä omaa siisteyttään. Kolme päivää ennen sairaalaan toimittamista Teijan vanhemmat kiinnittivät ensimmäistä kertaa huomiota potilaan toimeettomuuteen. Tilanne kärjistyi siihen, kun isä oli tavannut Teijan kotipihalla*

*istumassa; eikä tytär halunnut tulla kotiin, koska entiset opettajat olivat hänen mielestään vallanneet kotitalon ja pakottaneet hänet muuttamaan pois sieltä. Sotaväkeä oli myös tulossa noutamaan häntä. Tulotilanteessa Teija oli syvässä psykoottisessa regressiossa, eikä hänellä ollut käsitystä ajasta tai paikasta.*

*Hoidossa potilaan tilannetta pyrittiin jäsentämään aluksi perheselvittelyiden ja omahoitaja keskustelujen sekä hoitokokousten avulla. Perheselvittelyissä potilaan perheestä hahmottui kuva tiiviistä ja vähän ulkomaailmaa yhteydessä olevasta perheestä. Teija oli syntymästään asti nukkunut äitinsä kanssa samassa sängyssä ja isä olohuoneessa. Vanhempien mukaan tällaiseen järjestelyyn päädyttiin, koska Teija vaati lapsena paljon hoitoa ja huolenpitoa. Järjestelyä ei oltu viitsitty muuttaa myöhemmin. Vanhemmilla on yleisesti oppositioasenne yhteiskuntaa kohtaan. Myös sairastumisen syyt löytyvät heidän mielestään ulkopuolisista asioista.*

*Hoidon alussa perushoidolla ja huolenpidolla oli tärkeä osuus kokonahoidossa, koska potilas oli täysin itsenäistymätön ja psykologisesti ikäistään nuoremman oloinen murrosikäinen tyttö. Teijan itsenäisempää selviytymistä arkipäivän toiminnoissa (ADL-taidot) pyrittiin tukemaan ja harjaannuttamaan. Pitkänkään hoidon aikana Teija ei pystynyt saavuttamaan arkipäivän toiminnoissa täyttä itsenäisyyttä. Myöskään psykoottiset oireet eivät hävinneet kokonaan.*

Teijan kehityksen poikkeavuudesta oli tietoja hyvin pitkältä ajalta. Useilta tahoilta oli viestitetty kehitykseen liittyvistä ongelmista kognitiivisen suoriutumisen sekä tunne-elämän alueella. Teijan kohdalla oli osoitettavissa laaja-alainen psykososiaalinen kehitysviivästymä. Itsenäisen identiteetin kehittyminen oli mahdotonta perheeseen liittyvien voimakkaiden sidosten vuoksi. Äidin ja Teijan läheinen ja tiivis suhde oli säilynyt samanlaisena Teijan iästä huolimatta. Teijan riippuvuustarpeiden pitkittäminen äidin taholta on voinut johtaa tunne-elämän kehityksen pysähtymiseen. Stierlin (1981) on kuvannut tätä äärimmäistä sitovuuden muotoa affektiivisen eli id-sitomisen käsitteellä. Perheympäristössä sitominen muodostuu patologiseksi saadessaan muotoja, jotka eivät vastaa lapsen ikätason mukaisia kehitystarpeita, jolloin tervettä yksilöitymistä suhteessa toisiin ei pääse muodostumaan.

Perheen eristäytyminen yhteiskunnasta ja sosiaalisen tuen puute oli edistänyt epäsuo-

tuisan kehityksen jatkumista. Teijaa pyrittiin hoidossa ohjaamaan ja tukemaan itsenäisempään toimintaan. Kuitenkin Teijan tapa toimia ja olla olemassa säilyi pääsääntöisesti regressiivisenä.

### **Kvalitatiivisen analyysin tuloksena syntynyt uusi luokka**

Edellisten kolmen luokan lisäksi aineistossamme oli potilaita, jotka eivät luokitteluprosessissa olleet riittävin perustein sijoitettavissa puhtaasti yhteen luokkaan. Olemassa olevat RAP-luokat eivät kuvanneet riittävästi kaikkia aineistomme potilaita. Jos aineiston potilaat olisi luokiteltu jo olemassa oleviin luokkiin, aineiston erityislaatuisuus olisi jäänyt tavoittamatta (Morgan, 1993).

Tutkimuksessa syntyneen uuden luokan potilaat muodostivat sisällöllisesti yhtenäisen ryhmän, jossa oli piirteitä sekä II että III-luokan potilaista. Yksilödynamiikaltaan potilaat oli kuvattavissa II-luokan potilaiden tavoin. Heidän identiteetti- ja psykososiaalinen kehityksensä oli ikään nähden jäljessä, mutta selkeää yksilöitymistä oli tapahtunut III-luokan potilaista poiketen. Separaatiotapahtumat olivat potilasryhmälle erityisen vaikeita johtaen psykologiaan hajoamisilmiöihin. Potilaiden persoonallisuudessa havaittiin kaksi toisiinsa integroitumaton puolta; toisaalta adaptiivinen puoli, joka toisinaan mahdollisti normaalissa tunnesuhteissa olemisen ja toisaalta persoonallisuuden hauraus ja tapa reagoida psykoottisesti oli ominaista näille potilaille. Potilaille oli III-luokan potilaisiin nähden enemmän psyykkisiä voimavaroja.

Näiden potilaiden perheissä sitominen oli voimakkaampaa kuin II-luokkaan kuuluvien potilaiden perheissä. Potilaiden perheissä oli havaittavissa Stierlinin (1981) kuvaa- man sitovuuden ohella myös karkoittavuutta. Vastakohtaisuudestaan huolimatta nämä vuorovaikutusmallit poikkeuksellisen voimakkaina tulevat kuitenkin toisiaan lähelle. Liian sitovan tai hylkivän vanhemman empatiakyky lasta kohtaan on rajoittunut (Alanen, 1993b). Lehtosen (1994c) mukaan vanhempien empatiakyvyn voi ajatella olevan yhteydessä myöhemmin lapselle kehittyvään introspektiokykyyn. Riittävän tyydyttävä objektisuhde on edellytyksenä omien tarpeiden ja tunteiden tunnistamiselle. Tämän ryhmän potilaille oli jonkinlaista introspektiokykyä, jolloin voisi olettaa, että varhaisissa ob-

jektisuhteissa on ollut eriytymistä vahvistavia puolia.

Uuteen luokkaan sijoittui kolme potilasta, joista kahden potilaan tapauskuvaukset ovat liitteenä (ks. esimerkit liitteessä 1).

### **Tapausesimerkki uuden luokan potilaasta (Kuppis 007)**

*Petri on 27 - vuotias naimaton mies, joka on kaksilapsisen perheen nuorin lapsi. Sisar on muutaman vuoden vanhempi ja muuttanut pois kotoa. Vanhemmat ovat eläkkeellä. Ylioppilaaksi valmistumisen jälkeen Petri on opiskellut vuoden ammattioppilaitoksessa sekä käynyt erilaisia ammattiin valmistavia kursseja. Petrillä on ollut myös satunnaisia työsuhteita sekä kotimaassa että ulkomailla, jotka ovat loppuneet myöhästelyn ja alkoholin käytön vuoksi. Petri on suorittanut armeijan normaalisti. Petrin pidempiaikainen seurustelusuhde kariutui noin kaksi vuotta ennen sairaalaan tuloa. Petri oli harkinnut tällöin itsemurhaa, koska oli tuntenut elämänsä tyhjäksi ja sisällyksettömäksi. Äidillä oli myös samoihin aikoihin vaikeuksia työpaikalla, jonka seurauksena hän yritti itsemurhaa.*

*Ennen hoitoon tuloa Petri oli suunnitellut itsemurhaa, joka kärjistyi irvistelevän piron näkemiseen ja uskonnolliseen herätyksen kokemiseen. Kokemuksen seurauksena hän oli yrittänyt pelastaa myös vanhempiaan, jotka säikähtyneinä toimittivat Petrin hoitoon. Tulotilanteessa Petri oli vauhdikas, sairaudentunnoton sekä hallusinoiva.*

*Potilaan tilannetta lähdettiin selvittämään perhetapaamisten, hoitokokousten sekä yksilökeskustelujen kautta. Molemmat vanhemmat olivat mukana perhetapaamisissa. Petrin asema oli muuttunut perheessä sisaren muuttaessa kotoa; tällöin häntä oli alettu holhota enemmän. Äidin suhtautuminen potilaaseen oli ylihuolehtivaa ja tunkeutuvaa. Hän oli huolissaan potilaan hoidosta ja siitä, saako tämä riittävästi ruokaa, kun hän ei ole syöttämässä. Eräässä perhetapaamisessa äiti syötti pojalleen banaania kylki kyljessä. Isä suhtautuu potilaaseen viileästi ja etäisesti. Potilaan ja hänen isänsä huonot välit tulivat useaan otteeseen esiin. Isä oli yrittänyt auttaa poikaansa hankkimalla tälle työpaikkoja, joissa tämä ei ollut kuitenkaan viihtynyt. Vanhempien mielestä potilaan pitäisi itsenäistyä, mutta siihen millä tavoin, he eivät osaa vastata. Potilaan vanhemmat eivät*

*halua häntä kotiin hamppariystävien vuoksi, mutta eivät kotiin tuloa täysin kielläkään. Potilas pyrkii hoitokokouksissa liittoutumaan hoitohenkilökunnan kanssa, koska ei uskalla puhua asioistaan suoraan vanhemmilleen. Potilas kokee, että voi olla vain yhteen ihmiseen kerrallaan kiinteässä vuorovaikutuksessa; kolmiosuhteet tuntuvat vaikeilta. Potilaan hoidon edetessä potilaan äiti masentui yhä enemmän ja muuttui toivottomaksi poikansa tilanteesta. Äiti kertoo masentuneensa myös silloin, kun hänen äitinsä joutui psykiatriseen hoitoon. Hän odotti uutta psykoosia pojalleen, jotta tämän ongelmat ratkeaisivat.*

*Potilas pohti yksilökäynneillä seurustelusuhdettaan ja sen tuskallista päättymistä tyttöystävän uskottomuuteen sekä sitä kuinka nyt haluaa kostaa naisille saadakseen jotakin takaisin itselleen. Petrin verbaalinen lahjakkuus tuli esiin hoidossa ja hän kertoi aiemmin harrastaneensa kirjoittamista tekemällä mm. elokuva-arvosteluja. Psykologin tutkimuksessa Petrin osoittautui älyllisesti keskimääräistä lahjakkaammaksi.*

*Ensimmäisinä päivinä osastolla potilaan tila vaihteli voimakkaasta maanisuudesta syvään depressiivisyyteen. Psykoottisuuden väistyttyä potilaalla esiintyi ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, jota hän pyrki korvaa vauhdikkuudella. Petrin tilanne jumittui paikoilleen.*

Petrin sairastuminen oli rajua ja äkillistä. Petrin kyvyttömyys käsitellä traumaattisia separaatioelämyksiä, kuten eroa tyttöystävästä ja äidin itsemurhayritystä, johti hänen toimintansa hajoamiseen ja itsen koossa pysymisen vaikeuksiin. Äidin ohella tyttöystävä toimi Petrille itsen osana (self-object) turvaamalla minuuden heikkoja rajoja (Kohut, 1977). Tämän kautta tulee ymmärretyksi separaatioelämysten aiheuttama äärimmäinen tuska ja riippuvuus läheisistä ihmisistä. Positiivista oli, että Petri pystyi luomaan läheisen ihmissuhteen perheen ulkopuoliseen henkilöön ja käyttämään sitä itseään rakentavasti. Petrille tyttöystävä edusti myös omaa erillisyyttä perheestä.

Perheen voimakkaasta sitovuudesta ja tunkeutuvuudesta huolimatta Petrin psykososiaalinen selviytyminen ja identiteetin kehitys oli edennyt anamnestisten tietojen perusteella pitkään ikätasoisesti. Sisaren kotoa muuttaminen kärjisti Petriin kohdistuvaa sitomista perheen, erityisesti äidin taholta. Petrin sitoutuminen pitkäjännitteisiin ja itsenäisyyttä vaativiin tulevaisuuden suunnitelmiin oli lukion jälkeen heikkoa. Petrin si-

teet perheeseen olivat koko ajan kiinteät ja irrottautuminen oli hapuilevaa ja ristiriitaista.

Perheen taholta Petriä pidettiin edelleen lapsena, mikä näyttäytyi voimakkaana sitomisena (affektiivinen sitominen). Toisaalta Petriä pyrittiin karkoittamaan (Stierlin, 1981) pois kotoa, erityisesti äidin taholta, ristiriitaisin ja epärealistisin keinoin. Interventiot eivät koostaneet oleellisesti Petriä, vaan hänen jäsentymätön tapansa toimia jää hallitsevaksi. Tämä ilmeni vastuuttomana "koheltamisena", joka muistuttaa jollakin tavoin murrosikäisen pojan käyttäytymistä.

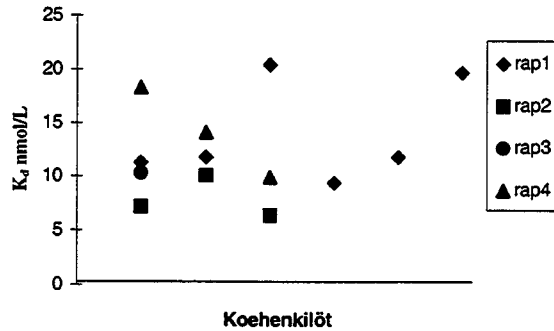
### **Kvalitatiivisen tutkimuksen kuluessa syntyneen luokittelun vertailu PET-tutkimustuloksiin**

Kun potilaat oli yksimielisesti luokiteltu RAP-luokittelun kriteerit huomioonottaen, verrattiin syntyneitä luokitteluja PET-tutkimuksen tuloksiin. Tarkoituksena oli analysoida ryhmittyvätkö samaan psykologiseen luokkaan kuuluvat potilaat myös biologisilla jakaumilla. Tässä yhteydessä RAP IV-luokalla kuvataan tässä tutkimuksessa syntyneen uuden luokan potilaita, joilla oli piirteitä luokista II- ja III.

Kahdessa ensimmäisessä kuviossa (kuvio 1. ja kuvio 2.) verrattiin tässä tutkimuksessa syntyneitä psykologista luokittelua Hietalan (1994) D2-dopamiinireseptorien tiheyttä ja affiniteettia kuvantavan tutkimuksen tuloksiin, jossa käytettiin merkkiaineena raklopridia, jonka avulla on mahdollista selvittää kuinka paljon synapsissa on D2-dopamiinireseptoreita vapaana. Tiheydellä tarkoitetaan potentiaalisista reseptorien määrää ja affiniteetilla sitoutumishanakkuutta sitoutumiskohtiin (Vilkman, 1998).

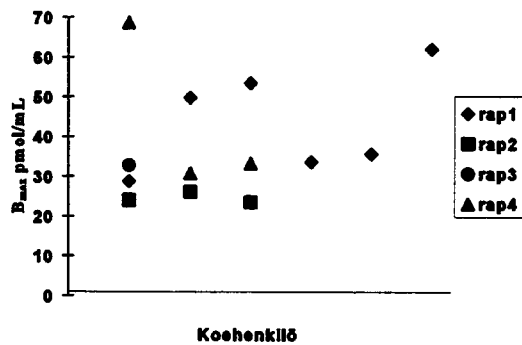
Kahdessa jälkimmäisessä kuviossa (kuvio 3. ja kuvio 4.) tarkasteltiin psykologisten luokkien suhdetta Hietalan (1995) tutkimukseen, jossa selvitettiin presynaptista dopaminergistä toimintaa caudatus- ja putamen-tumakkeissa. Tutkimuksessa käytettiin merkkiaineena fluorodopaa, jonka avulla voidaan selvittää kuinka paljon dopamiinihermosolut ottavat vastaan dopamiinin esiasetta (F-dopa), jolla tarkoitetaan toisin sanoen dopamiinihermosolun aktiivisuutta (Vilkman, 1998).





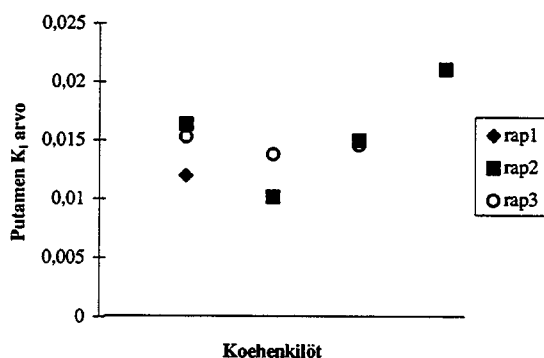
KUVIO 1. Striataalinen D2-dopamiinireseptoriaffiniteetti ( $K_d$ ) suhteessa potilaiden psykologisiin luokkiin.

Kuviossa 1 on yhdistetty tässä tutkimuksessa syntynyt psykologinen luokittelu ja striataalista D2-dopamiinireseptoriaffiniteettia koskevat tulokset. Kaksi kolmesta luokan II potilaasta saivat muiden luokkien potilaita alempia arvoja. Muita luokkakohtaisia ryhmittymiä ei syntynyt.



KUVIO 2. Striataalinen D2-dopamiinireseptoritiheys ( $B_{max}$ ) suhteessa potilaiden psykologisiin luokkiin.

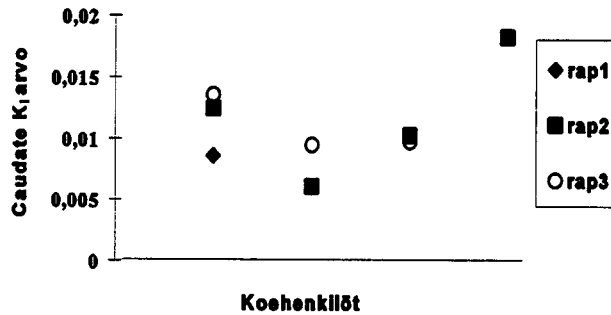
Kuviossa 2 on yhdistetty tässä tutkimuksessa syntynyt psykologinen luokittelu ja striataalista D2-dopamiinireseptoritiheyttä koskevat tulokset. Luokan II potilaat ryhmittivät D2-dopamiinireseptoritiheyden suhteen saaden muiden luokkien potilaita alhaisempia arvoja. Muita luokkakohtaisia ryhmittymiä ei syntynyt.



KUVIO 3. Fluorodopan virtaaminen putamen-tumakkeessa ja potilaiden sijoittuminen psykologisiin luokkiin.

\*Erytishuomiona kuviossa 3 voidaan mainita, että muista potilaista ja verrokeista tilastollisesti eronnut katatoninen potilas, jonka dopaminerginen toiminta oli muita hitaampaa, sijoittui tutkimuksessamme luokkaan II.

Kuviossa 3 on yhdistetty tässä tutkimuksessa syntynyt psykologinen luokittelu ja fluorodopan virtaamista putamen-tumakkeessa koskevat tutkimustulokset. Luokkakohtaisia ryhmittymiä ei syntynyt.



KUVIO 4. Fluorodopan virtaaminen caudatus-tumakkeessa ja potilaiden sijoittuminen psykologisiin luokkiin.

\*Erityishuomiona kuviosta 4 voidaan mainita, että muista potilaista ja verrokeista tilastollisesti eronnut katatoninen potilas, jonka dopaminerginen toiminta oli muita hitaampaa, sijoittui tutkimuksessamme luokkaan II.

Kuviossa 4 on yhdistetty tässä tutkimuksessa syntynyt psykologinen luokittelu ja fluorodopan virtaamista caudatus-tumakkeessa koskevat tutkimustulokset. Myöskään tässä kuviossa ei syntynyt luokkakohtaisia ryhmittymiä.

## DISKUSSIO

Tutkimuksessa selvitettiin skitsofrenian varhaiseen diagnosointiin suunnatun RAP-luokittelun soveltuvuutta kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Tavoitteena oli luokitella kvalitatiivisen sisältöanalyysin avulla potilaat, RAP-luokittelun kriteerit huomioonottaen, käyttäen lähteenä psykoterapeuttisessa hoitokulttuurissa syntyneitä potilasasiakirjamerkintöjä. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin ryhmittyvätkö samaan psykologiseen RAP-luokkaan kuuluvat samoin myös biologisella jakaumalla (PET). Tutkimusaineistomme koostui 22 ensikertaa akuuttiin psykoosiin sairastuneesta potilaasta, joilla ei ole ollut aiempaa psykiatrista sairaalahoitoa, eikä neuroleptilääkitystä. Potilaat kuuluivat Kuppis -projektiin, jossa potilaita on hoidettu tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden mukaisesti tehostetuin psykososiaalisin menetelmin. Tutkimuksessa syntynyttä psykologista luokittelua verrattiin Hietalan (1994, 1995) dopamiinotoimintoja kartoittavien PET-tutkimusten tuloksiin. Vertailussa ei etsitty tilastollisia eroja, vaan mielenkiinnon kohteena oli se, löytyykö psykologisille luokille biologisia erityispiirteitä. Koska potilaat ovat ensikertalaisia voidaan ajatella, että työryhmällä on ollut mahdollisuus saada hoidon alkuvaiheessa, vuorovaikutuksessa perheen kanssa, aito kuva perheen tilanteesta, jolloin perheen tapaa suhtautua potilaaseen ei voida pitää reaktiona sairastumiseen. Tutkimusaineisto on ainutlaatuinen, koska potilaat on kuvattu ennen mahdollista neuroleptisaatiota, eikä neuroleptilääkitys ole tällöin vaikuttanut aivojen toimintaan (Alanen, 1994b).

Pääosin potilaiden luokittelu onnistui RAP-luokittelun kriteerit huomioonottaen. Kvalitatiivisen sisältöanalyysin edetessä luokittelun tuloksena nousi esiin yhtenäinen potilasryhmä, joka ei ollut riittävin perustein luokiteltavissa yhteen ainoaan luokkaan. Tämän ryhmän potilailla oli yksilötasolla identiteettikehityksen- ja psykososiaalisen kehityksen puutteita. Identiteettikehityksessä oli kuitenkin mukana myös iänmukaisia aineksia. Potilaiden perheissä havaittiin laaja-alaista ristiriitaista sitomista ja mystifikaatiota. Tämän ryhmän potilaiden tapauskohtainen tarkastelu nostaakin esiin mielenkiintoisen kysymyksen yksilödynamiikan erillisyydestä suhteessa perhedynamiikkaan. Vaik-

tä vuorovaikutusta, olivat potilaat tästä huolimatta persoonallisuudeltaan rakentuneempia kuin III luokan potilaat, joiden perheilmapiiri oli samankaltainen. Näin ollen ei voitane ajatella, että perheen häiriintyneisyys olisi automaattisesti yhteydessä myös yksilön häiriön vaikeusasteeseen. Psykologisia interventioita suunniteltaessa yksilöterapeuttinen näkökulma tulisi huomioida tapauskohtaisesti nähden potilas myös erillisenä perheestä.

Potilasasiakirjamerkintöihin oli kirjattu luokittelun kannalta keskeisiä asioita. Luokittelu itsenäisesti potilasasiakirjojen pohjalta ei kuitenkaan ollut ongelmatonta. Laadullisen sisältöanalyysin kannalta aineisto sisälsi monenlaisia ongelmakohtia. Oleellisten asioiden valitseminen potilasasiakirjoista sekä se, mitä asioita itse piti keskeisenä, on voinut osaltaan vaikuttaa luokitteluun. Koska meitä oli kaksi lukemassa potilasasiakirjoja ja teimme itsenäisesti merkintöjä samoista asioista, voi ajatella, että tavoitimme itse kertomuksista keskeisen sisällön.

Potilasasiakirjojen pohjalta perhedynamiikan tavoittaminen ja rikkaan kuvan saaminen perheestä ilman välitöntä vuorovaikutusta oli välillä vaikeaa, jolloin tutkijat olivat alttiimpia virhepäätelmille. Yksilödynamiikan ja persoonallisuuden kehityksen tavoittaminen ilman psykologin tutkimusta oli hankalaa. Potilaalle alkuvaiheessa tehdyn psykologin tutkimuksen kautta saatiin potilaan persoonallisuudesta ja objektisuhteista syvälistä tietoa, mikä helpotti luokittelua.

Perhedynamiikan kuvauksissa keskityttiin toisinaan kuvamaan ja todentamaan työntekijöille syntyneitä hypoteeseja, jolloin perheestä ja sen toiminnasta jäi suppea kuva. Äidin ja lapsen suhdetta kuvattiin usein patologisoivasti. Läheinen äiti-lapsi -suhde määriteltiin usein symbioottiseksi ja äidin normaali huolehtivaisuus saatettiin tulkita ylihuolehtivaisuudeksi ilman tarkempia perusteluja. Anderssonin (1997) mukaan tällainen perheterapeuttinen jossain määrin jopa patriarkaalinen kielenkäyttö voi hämärtää asioiden todellista luonnetta.

Reliabiliteettia käytettiin tutkimuksessa apuna luokitteluun liittyvien ongelmakohtien havaitsemisessa, eikä luonnontieteellisen tradition mukaisessa merkityksessä. Luokittelijoiden välisen reliabiliteetin (inter-rater reliability) alhaiseksi jäämiseen liittyvät ongelmat ovat yhteydessä sekä aineistoon että RAP-luokittelussa käytettyjen käsitteiden tulkinnanvaraisuuteen. Krippendorffin (1980) mukaan luokittelu sisältöanalyysin mukaisesti on aina vaikeampaa, kun luokiteltavina yksiköinä on kokonaisia osia tekstistä, jot-

sesti on aina vaikeampaa, kun luokiteltavina yksiköinä on kokonaisia osia tekstistä, jotka sisältävät paljon tietoa ja ovat aiheeltaan laajoja. Leimanin ja Tolvasen (1991) mukaan reliabiliteetin alhaiseksi jäämiseen on voinut vaikuttaa tutkijoiden erilainen tapa lähestyä kategorioita.

Psykologisen luokittelun ja PET-tutkimustulosten yhdessä tarkastelussa on tulosten tulkinnassa tärkeää huomioida tutkimuksen eksploratiivinen luonne. Aineiston analysoinnin kuluessa, potilaiden lopullisten luokittelujen tarkentuessa, "puhdistettuun" luokkaan II kuuluvat potilaat ryhmittivät striataalisen D2-dopamiinireseptoritiheyden suhteen saaden muiden potilasryhmiä alhaisempia arvoja. Myös striataalista D2-dopamiinireseptoriaffiniteetia verrattaessa kaksi kolmesta psykologiseen luokkaan II sijoittuvasta potilaasta sai koko potilasryhmän alhaisimmat arvot. Samaan psykologiseen RAP-luokkaan kuuluvat potilaat eivät ryhmittyneet yleisesti samoin PET-jakaumalla. Varsinaisten tutkimusongelmien ulkopuolisena erityishuomiona voidaan todeta, että katonista skitsofreniaa sairastava potilas, joka erosi merkittävästä dopaminergisen hitauden puolesta, sijoittui tutkimuksessamme RAP-luokkaan II (ks. Hietala, 1995).

Jatkossa olisi tärkeää tutkia löytyykö ryhmälle II neurobiologisella tasolla erityispiirteitä ja onko biologisilla tekijöillä mahdollisesti merkittävämpi rooli II -ryhmän potilaiden sairastumisessa. Tuloksia arvioitaessa on kuitenkin muistettava, että aineisto oli pieni, eikä tuloksista näin ollen ole mahdollista tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä.

Koska Turun tutkijaryhmä tutki ainoastaan D2-dopamiinireseptorien tiheyttä -ja affiniteettia sekä fluorodopan virtaamista putamen- ja caudatus-tumakkeissa, ei tietoa saatu muusta dopamiinitoiminnasta, eikä muista biologisten poikkeavuuksien mahdollisuuksista. Hietala (1997) toteaaakin, että dopamiinitutkimusten kohdalla on tähän mennessä jouduttu tyytymään vain sellaisten rakenteiden tutkimiseen, jotka sisältävät runsaasti dopamiinia tai dopamiinireseptoreita (esim. neostriatum). Neostriatumin on ajateltu liittyvän motoriikan säätelyyn. Nykyisin on mahdollista tutkia myös sellaisia dopaminergisen järjestelmän osia, joilla on suurempi merkitys juuri kognitiivisten ja emotionaalisten toimintojen säätelijöinä.

Skitsofreniatutkimukset, joissa PET-tekniikkaa on käytetty, ovat ristiriitaisia. Käsitys skitsofrenian suorasta yhteydestä dopaminergisten toimintojen yliaktiivisuuteen ei saa Alasen (1994b) mukaan tukea biolääketieteellisistä eikä uusimmista PET-tutkimuksista.

monimuotoisuutta ajateltaessa myös itse dopamiiniteoria näyttäisi jakavan saman heterogeenisyyden kuin skitsofrenia-käsite yleensäkin. Dopamiinin liikatoiminnan teorian johtaminen huomiosta, joka perustuu neuroleptien vaikutukseen D2-dopamiinireseptoreissa, on voinut johtaa virhepäätelmään - dopamiinitoiminnan poikkeavuus on alettu nähdä skitsofrenian etiologian selittäjänä.

Lukuisista eri teorioista ja lähestymistavoista huolimatta skitsofrenian mysteeri ei ole avautunut. Tästä kaikesta huolimatta skitsofrenian lääkehoito on edelleen monissa maissa ainoa todellinen hoitokeino (Alanen, 1994b). Horjumattomasta asemastaan huolimatta biologinen psykiatria ei ole skitsofrenian kohdalla pystynyt tuottamaan faktaa, jossa johtopäätökset olisi johdettu etiologisen tiedon totuudenkaltaisuudesta, jota voidaan pitää tieteelliselle realismin ominaispiirteenä. Biologisen lähestymistavan suurempi oikeutus voi kätkeä taakseen biologisten tutkimusmenetelmien luoman illuusion niiden täsmällisyydestä ja tarkkuudesta (Laitinen, 1994).

Tutkimuksemme valossa reduktionistinen ihmiskäsitys tuntuu ahtaalta ja selitysvoimattomalta tavalta tarkastella monimutkaista ympäristön, yksilön ja biologian välistä suhdetta. Laitinen (1994) haastaakin psykiatrian kohtaamaan uudelleen filosofisesti vanhan body-mind ongelman. Skitsofrenian hyvän hoitamisen ja etiologian selvittämisen kannalta mallit, joissa ihminen nähdään kompleksisena psykofyysisenä kokonaisuutena olisivat hedelmällisempiä. Skitsofrenian kohdalla poikkitieteellinen case study -tyyppinen tutkimus, jossa biologista ja psykologista tietämystä käsitellään yhdessä, olisi tulevaisuudessa tärkeää mahdollisimman hyvän hoidon takaamiseksi.

## LÄHTEET

Aaltonen, J. (1982). Perhekeskeisen hoitoprosessin lähtökohdat psykiatrisessa avohoidossa. Turun yliopiston julkaisu C: 35.

Aaltonen, J., & Rökköläinen, V. (1994). The shared image guiding the treatment process. A precondition for integration of the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 97-102.

Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1998). Akuutin psykoosiin integroitu hoito (API) -seminaari 22. - 23.1. 1998. Turku: Kupittaa sairaala..

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). Skitsofrenian syyt ja tarpeenmukainen hoito (2.painos). Juva: WSOY.

Andersson, M. (1997). Mödrar och deras döttrar - att återskapa tillhörigheten i mor-dotter relationen, den helande kraften i arbetet med ätstörningar. *Fokus på Familien*, 3-4, 262-270.

Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J.H., & Weakland, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Sci.*, 1, 251-264.

Bentall, R. P. (1990). *Reconstructing schizophrenia*. London: Routledge.

Carlsson, A. (1987). The dopamine hypothesis of schizophrenia 20 years later. In H. Häfner, W. F. Gattaz & W. Janzarik (eds.), *Search for the causes of schizophrenia*. Berlin: Springer.



Ciampi, L. (1994). Affect Logic: an Integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 51-55.

Eriksson, E.H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W.W. Norton & Co.

Eskola, J. , & Suoranta, J. (1996). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C:13.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (1996). *Family therapy: an overview* (4.th ed.). Pasific Groove Brooks/Cole Company.

Hegarty, J.D., Ross, M.P.H., Baldessarini, J., Tohen, M.; Waternaux, C. & Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*, 151 (10), 1409-1415.

Hietala, J., Syvälahti, E., Vuorio, K., Någren, K., Lehtikainen, P., Ruotsalainen, U., Rökköläinen, V., Lehtinen, V., & Wegelius, U. (1994). Striatal D2 dopamine reseptor characteristics in neuroleptic-naive schizophrenia patients studied with positron emission tomography. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 116- 123.

Hietala, J., Syvälahti, E., Vuorio, K., Rökköläinen, V., Bergman, J., Haaparanta, M., Solin, O., Kuoppamäki, M., Kirvelä, O., Ruotsalainen, U., & Salokangas, R. K. R. (1995). Presynaptic dopamine function in striatum of neuroleptic-naive schizophrenia patients. *The Lancet*, 346, 1130 - 1131.

Hietala, J. (1997). Aivojen kuvantamislöydökset skitsofreniassa. *Duodecim*, 113, 2607-2615.

Holma, J., & Aaltonen, J. (1995). The Self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17, 307-316.

- Karlsson, H. (1994). Todellisuus ja teoria psykiatriassa. Teoksessa H. Karlsson (toim.), *Mielen malleja* (s. 83-117). Helsinki: Yliopistopaino.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the self*. New York: Internat Univ Press.
- Laitinen, J. (1994). Lääketieteen mallit psykiatriassa - skitsofrenia tieteenfilosofisessa katsannossa. *Turun yliopiston julkaisuja C*: 105.
- Lehtinen, K., & Rökköläinen, V. (1989). Uusien skitsofreniaan sairastuneiden hoito. *Suomen lääkärilehti* 44 (3), 165-169.
- Lehtinen, K. (1993). Family therapy and schizophrenia in public mental health care. *Turun yliopiston julkaisusarja D*: 106.
- Lehtonen, J. (1994a). From dualism to psychobiological interaction. A Comment on the the study by Tienari and his co-workers. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 27-28.
- Lehtonen, J. (1994b). *Mielen kellareissa: tieteiden välisiä tutkimusretkiä*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lehtonen, J. (1994c). Näkökohtia introspektiosta ja objektiivisuudesta. Teoksessa H. Karlsson (toim.), *Mielen malleja* (s. 118-126). Helsinki: Yliopistopaino.
- Leiman, M., & Tolvanen, V-M. (1991). Kadonnutta reliabiliteettia etsimässä. *Psykologia*, 26 (3), 180-186.
- Morgan, D.L. (1993). Qualitative content analysis. A guiden not paths not taken. *Qualitative Health Research*, 3 (1), 112-121.
- Pao, P-N. (1989). *Schizophrenic disorders: theory and treatment from a psychodynamic*

point of view (3rd ed.). New York: Internat Univ Press.

Richards, L., & Richards, T. J. (1994). Using computers in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp.445-462). Thousand Oaks: SAGE.

Sariola, & Ojanen, (1997). *Hoito vai pakkohoito*. Keuruu: Otava.

Stierlin, H. (1981). *Separating parents and adolescents. Individuation in the family*. London: Jason Aronson.

Snyder, S.H. (1981). Dopamine receptors, neuroleptics and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 138, 460-464.

Tesch, R. (1990). *Qualitative research. Analysis types & software tools*. New York: The Falmer Press.

Turunen, K. E. (1987). *Ihminen ja tiede (2.painos)*. Jyväskylä: Gummerus.

Tutkimussuunnitelma. API -projekti 1.4. 1992

Vilkman, H. (1998). *Suullinen tiedonanto* 17.6. 1998.

Vuorio, K., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J., & Lehtinen, V. (1993). Akuutin psykoosin integroitu hoito III. Bentsodiatsepiinien käyttö neuroleptilääkityksen asemasta tai ohella akuutin psykoosin hoidossa. *Suomen lääkäri-lehti*, 48, (8), 689-693.

Wahlberg, K-E. (1994). Vanhempien kommunikaation merkitys lapsen ajatushäiriöissä. *Acta Universitas Ouluensis D*: 305.

## LIITE 1. Uuteen luokkaan kuuluvien potilaiden tapauskuvaukset

*Tea tuli hoitoon 23-vuotiaana psykoottisuuden ja väkivaltaisuuden vuoksi. Tea on kolmilapsisen perheen esikoinen. Tea asui äitinsä, sisarensa ja tämän lapsen kanssa hoitoon tullessaan. Tean keskeisen ajatusteeman ennen hoitoon tulemistä muodosti erityisesti äidin ajattelu lesbona, jonka salatakseen äiti toimitti Tean sairaalaan Tean mielikuvissa. Tea kokee kahden naisen suhteessa olevan jotakin pelottavaa. Tealla ilmenee voimakkaita aggressioita naisia kohtaan. Myös incestiteema muodosti hänen hoitossaan keskeisen pohdituttavan sisällön.*

*Tea on käynyt peruskoulun ja hänellä on ollut lyhyitä työsuhteita. Tean vanhemmat ovat eronneet hänen ollessa 12-vuotias. Avioeron yhteydessä isä tarvitsi psykiatrista hoitoa. Äidin mukaan Tean psyykkiset vaikeudet ovat alkaneet useampia vuosia sitten. Tea oli alkanut eristäytyä 16-vuotiaana, jolloin äiti oli hankkinut hänelle psykososiaalisista tukea. Tealla oli ilmennyt myös sairauden pelkoja.*

*Tea vietti sairaalassa vuoden pituisen ajanjakson. Omahoitajasuhteesta muodostuu Tealle erityisen tärkeä, mutta ristiriitainen. Teasta välittyy omahoitajalle kuva yksinäisestä tytöstä, joka elää pitkälti mielikuvitusystävien maailmassa. Tean persoonallisuus on korostuneen ambivalentti, toisaalta hän on reelistinen ja huomaavainen ja toisaalta välillä hänellä ei ole lainkaan itsehillintää. Tean mielipiteet ovat äärimmäisiä, hänen mielestään kaikki paha pitäisi tappaa. Tea tahtoi muuttaa todellisuuden hänen haluamukseen. Suhde omahoitajaan muistuttaa uhmaikäisen rajojen hakemista. Separaatioihin Tea reagoi erittäin voimakkaasti, jolloin hänellä ilmenee ahdistavia käärmeharhoja. Tealla ei ole sairaudentuntoa psykoottisiin harhoihinsa.*

*Perheselvittelyissä tulee ilmi, että Tean ja äidin välit ovat riitaiset kaaottisella tavalla. Teasta ei välitetä kotona. Perhetapaamisissa äiti mystifioi asioita, hän kertoo siitä, miten hänen ja Tean välillä on yhteinen salaisuus, mutta ei kerro mikä. Äiti vihjailee ymmärtävänsä mitä Tea tarkoittaa, kun Tea on syyttänyt äitiä sekaantumisesta lapsiin. Tällä tapaamiskerralla äiti on korostuneen lempeä ja koskettaa Teaa kutsuen mukulakseen. Keskustelut pyörivät tuon ratkeamattoman salaisuuden ympärillä. On mahdollista, että ainakin äidin miesystävät ovat ahdistelleet Teaa. Yksi äidin miesystävistä oli ollut humalassa väkivaltainen Teaa kohtaan. Lopulta äiti luopui miesystävistä. Tean perhe-*

*piiristä puuttuvat miehet. Hoidon jälkeen Teakin saa lapsen ja menee naimisiin, mutta eroaa kuitenkin pian riittaisasta suhteesta, joka kärjistyi kiinni käymiseen. Uloskirjoitettaessa Tea on saanut oman asunnon ja työskentelee jo sairaalaassa oloaikana Hoidon tuloksena psykoottisuus jää vähitellen taka-alalle. Tea koostuu vähitellen alun voimakkaasta hajanaisuudesta huolimatta. Hoidossa ei tarvittu neurolepteja ( KUPPIS 001).*

*Erkki on 28 - vuotias kolmilapsisen perheensä esikoinen. Hän tuli hoitoon avoimen psykoottisuuden, hajanaisuuden ja erityisesti isään kohdistuneen aggressiivisuuden vuoksi. Molemmat vanhemmat ovat eläkkeellä; isällä on psyykkistä sairastamista, mikä on ilmennyt depressiivisyytenä. Menneiden asioiden ja tapahtumien selvittely ja oman paikan löytäminen yhteiskunnassa muodostavat keskeisen teeman Erkin sairastamisessa.*

*Erkin lapsuus ja nuoruus ovat sujuneet äidin mukaan melko ongelmattomasti. Erkki on harrastanut veljensä kanssa nuorena urheilua. Erkki on keskeyttänyt ammattikoulun, armeijan hän on käynyt normaalisti. Armeijan jälkeen Erkki on työskennellyt useissa työpaikoissa, jopa ulkomailla. Työsuhteet ovat kuitenkin päättyneet vähäisen työpanoksen ja poissaolojen vuoksi. Ennen sairaalaantuloa Erkki on ollut vuoden ajan säännöllisesti mukana työelämässä, joka sujunut hyvin. Erkillä on jatkuvasti pyrkimys muutokseen selvittämällä elämänkulkuun liittyviä asioitaan. Hän hakee esimerkiksi epätoivoisesti työtä erityisesti öisin. Hänen toimintatapansa on psykoottinen. Erkillä on syvää turvattomuuden kokemista, sairaalan hän kokee kuitenkin myönteisenä turvallisena paikan. Hän on jatkuvasti hädissään itsestään ja asiostaan ja siitä, otetaanko hänet toisinaan eikä hylätä. Psykologin mukaan Erkin kyky jäsentää sosiaalisia tilanteita on heikko ja hän toimii psykososiaalisesti melko kehittymättömällä tasolla. Erkillä on paineita itsenäistymiseen; hän häilyy ambivalentisti eri ratkaisujen välillä, esimerkiksi missä ja miten asua. Omahoitajakeskusteluissa Erkki ei kerro asioistaan avoimesti, mutta on kuitenkin vuorovaikutuksessa mukana ja pohtii mm. isänsä alkoholin käyttöä.*

*Perheselvittelyissä tulee esiin isän väkivaltaisuus ja alkoholin käyttö, kun Erkki on ollut nuori. Tällä hetkellä isän asenne Erkkiin on hoivaava. Isää pyritään jollakin tavoin suojelemaan perheessä ja alkoholin käyttöön liittyvistä asioista vaietaan. Sisarus-*

*voin suojelemaan perheessä ja alkoholin käyttöön liittyvistä asioista vaietaan. Sisarus-*  
*ten muuttaessa pois kotoa Erkin muutti takaisin vanhempiensa luo. Vanhemmat halau-*  
*vat poikansa itsenäistyvän, mutta toisaalta eivät luota lainkaan Erkin itsenäiseen pär-*  
*jäämiseen. Vanhemmat haluavat hänen pysyvän kotona, mutta tietyillä ehdoilla. Erkin*  
*täytyy olla heidän mielestään kiltti ja tottelevainen poika, jos Erkki haluaa asua heidän*  
*luona.*

*Hoidon kuluessa Erkin tilanne pyrkii kroonistumaan, mutta hän kuitenkin motivoituu*  
*kuntoutukseen ja omaa sairaudentuntoa oireisiinsa (KUPPIS 005).*

**LIITE 2. Potilaisaineisto sukupuolen, iän, diagnoosin ja luokan suhteen**

Potilas nro	Sukupuoli ja ikä, v	Diagnoosi	Luokka*
001	N, 23	Sch	IV
002	M, 19	Sch	I
003	N, 23	Sch	II
004	M,25	Sch	II
005	M,28	Sch	IV
006	M,30	Sch	III
007	M,29	Sch	IV
008	M,42	P.Del	I
009	M,19	Sch-f	II
010	N,20	BRP	I
011	N,20	Sch-f	I
012	M,20	P.Nud	I
013	M,21	Sch	III
014	M,22	Sch-f	I
015	N,36	BRP	I
016	M,23	Sch	II
017	M,20	Sch	III
019	M,19	Sch	III
020	M,28	Sch	II
021	N,16	Sch	III
022	N,40	Sch	I
024	N,34	Sch	II

Diagnoosit: Sch Schizophrenia; Sch-f Psychosis shizophreniformis; P.Del Psychosis delusionalis; BRP Brief reactive psychosis; P.Nud Psychosis NUD

\*Luokat: RAP-luokittelun tuloksena syntyneet luokittelut