

**HOITAMATTOMAN PSYKOOSIN KESTON YHTEYS
ENSİKERTAA PSYKOOSIIN SAIRASTUNEIDEN
HENKILÖIDEN OIREISIIN, HOITOPROSESSIIN JA
PSYKOSOSIAALISEEN SELVIYTYMISEEN**

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Psykologian laitos
PL 35
40014 Jyväskylän yliopisto**

Miia Häkkinen

Sanna-Katri Wennerstrand

Pro gradu –tutkielma

Psykologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2002

HOITAMATTOMAN PSYKOOSIN KESTON YHTEYS ENSIKERTAA PSYKOOSIIN SAIRASTUNEIDEN OIREISIIN, HOITOPROSESSIIN JA PSYKOSOSIAALISEN SELVIYTYMISEEN

Tekijät: Miia Häkkinen ja Sanna-Katri Wennerstrand

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Pro gradu –tutkielma

50 sivua, 1 liite

Psykologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2002

TIIVISTELMÄ

Hoitamattoman psykoosin kesto (Duration of Untreated Psychosis eli DUP) määritellään kansainvälisissä tutkimuksissa joko ajanjaksona ensimmäisistä psykoottisista oireista neuroleptilääkityksen aloittamiseen tai ajanjaksona positiivisten psykoottisten oireiden puhkeamisesta neuroleptilääkityksen aloittamiseen. Tässä tutkimuksessa hoitamattoman psykoosin kesto määriteltiin alkavan ensimmäisistä psykoottisista oireista ja loppuvan ensimmäiseen hoitokontaktiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitamattoman psykoosin keston yhteyttä ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden oirekuvaan, hoidon sisältöön ja keston sekä henkilöiden psykososiaaliseen selviytymiseen ja hoidon toteutumiseen kahden vuoden seuranta-aineiston avulla. Hoidon toteutumista arvioitiin Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteiden kautta. Lisäksi lyhyen ja pitkän hoitamattoman psykoosin keston ryhmiä vertailtiin toisiinsa edellä mainittujen teemojen osalta. Tutkimuksessa käytetty aineisto (N=80) kerättiin osana valtakunnallista Akuutin Psykoosin Integroitu Hoito (API) –projektia sekä Torniossa Keroputaan sairaalassa toteutettua Open Dialogue in Acute Psychosis (ODAP) –projektia. Aineisto jaettiin hoitamattoman psykoosin keston perusteella kahteen lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmään: lyhyt DUP (0-2 kk) ja pitkä DUP (3-25 kk) sekä lyhyt DUP (0-5 kk) ja pitkä DUP (6-25 kk). Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin korrelaatiomatriiseja, riippumattomien otosten t-testejä sekä ristiintaulukointia. Tulosten mukaan hoitamattoman psykoosin kesto oli yhteydessä ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden oirekuvaan hoidon alussa, hoidon sisältöön ja keston sekä psykososiaaliseen selviytymiseen; lisäksi lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmien välillä ilmeni eroja näiden osalta. Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteet toteutuivat molemmissa ryhmissä hyvin tai pääsääntöisesti hyvin. Näitä tuloksia syvennettiin kahden tapauskuvauksen kautta, joista toinen lukeutuu lyhyen DUP: in ryhmään (2 viikkoa) ja toinen pitkän DUP: in ryhmään (25 kuukautta). Tätä kautta pyrittiin luomaan hoitamattoman psykoosin keston ilmiöstä psykologisesti ja yksilötasoisesti kokonaisvaltaisempi kuva.

Avainsanat: hoitamattoman psykoosin kesto (DUP), ensimmäinen psykoosi, API ja ODAP –projektit, Avoimen dialogin hoitomalli, varhainen interventio

JOHDANTO

Psykoosit lukeutuvat mielenterveyshäiriöiden ryhmään, johon liittyy pääasiassa todellisuudentajun eriasteista häiriintymistä. Lisäksi niitä luonnehtii useat erilaiset ja monitahoiset sairaudenkuvat, myös psykoosien syitä painotetaan eri tavoin. Skitsofrenia voi alkaa joko äkillisesti voimakkain oirein (akuutti) tai vähitellen lisääntyvinä outoina ajatuskulkuina ja käyttäytymismuutoksina (kroonistuva). Sairauden kulku voi olla vaihtelevaa, mutta nykyään skitsofrenian ennuste sekä toipumisaste ovat huomattavasti aiempaa parempia (Alakare, 1999; Drake, Haley, Akhtar & Lewis, 2000; Falloon, Coverdale, Laidlaw ym., 1998; Johannessen, Larsen & McGlashan, 1999; Kauranen, Seikkula & Alakare, 2000; Loebel, Lieberman, Alvir, Mayerhoff, Geisler & Szymanski, 1992; McGlashan, 1996; McGlashan & Johannessen, 1996; McGorry, 1998, McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan & Jackson, 1996; Pakaslahti, 1997; Wyatt, 1991).

Koska sairaus alkaa tyypillisesti varhaisaikuisuudessa sen haittavaikutukset, kuten kroonistuminen ja työkyvyn menettäminen, saattavat aiheuttaa suurta kärsimystä niin potilaalle kuin hänen lähipiirilleenkin. Näin skitsofrenia luo omat haasteensa terveydenhoitojärjestelmälle (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen, 2000; Johannessen ym., 1999; McGlashan, 1998), jolloin myös tarve varhaisen tunnistamisen menetelmien kehittämiseen korostuu (Birchwood, McGorry & Jackson, 1997; Falloon ym., 1998; Johannessen ym., 1999; Larsen, McGlashan & Moe, 1996; Linszen, Lenior, de Haan, Dingemans & Gersons, 1998; McGlashan, 1996, 1998; McGlashan & Johannessen, 1996; McGorry, 1998). Tämä siksi, että ensikertaa skitsofreniaan sairastuneiden hoidon aloittamisen viivästyminen johtaa yleensä heikompiin kliinisiin hoitotuloksiin (Crow, MacMillan, Johnson & Johnstone, 1986; Edwards ym., 1998; Helgason, 1990; Loebel ym., 1992; McGlashan & Johannessen, 1996; McGorry ym., 1996; Szymanski, Cannon, Callacher, Erwin & Gurr, 1996; Wyatt, 1991).

Tätä kautta mielenkiinto on viime aikoina kohdistunut hoitamattoman psykoosin keston (Duration of Untreated Psychosis eli DUP) –käsitteeseen. Tämä liittyy lähinnä sen preventiiviseen rooliin suhteessa psykoottisiin häiriöihin, erityisesti skitsofreniaan sekä sen mahdollisista yhteyksistä hoitotuloksiin. Käsitteenä DUP saattaa vaikuttaa

hyvinkin itsestään selvältä viitatessaan psykoosin puhkeamisen ja hoidon aloittamisen väliseen aikaan. Kuitenkin näiden ajankohtien tarkka määrittäminen on usein monimutkaista (Norman & Malla, 2001).

Miten hoitamattoman psykoosin kestoa on siis tutkimuksissa määritelty? Käsitettä voidaan tulkita kaksitahoisesti: 1) ajanjaksona ensimmäisistä psykoottisista oireista neuroleptilääkityksen aloittamiseen, ja 2) ajanjaksona positiivisten oireiden puhkeamisesta neuroleptilääkityksen aloittamiseen (Barnes, Hutton, Chapman, Mutsatsa, Puri & Joyce, 2000; Ho, Andreasen, Flaum, Nopoulos & Miller, 2000; Häfner, Maurer, Löffler & Riecher-Rössler, 1993; Loebel ym., 1992). Positiivisten oireiden puhkeamisella viitataan minkä tahansa viiden positiivisen psykoottisen oireen esiintymiseen vakavuusasteikolla kohtuullisesta huonoon. Näin ollen psykoosin ensioireisiin lukeutuvat sekä positiiviset oireet että prodromaalioireet. DUP: in päättymisajankohtana on puolestaan pidetty hoidon aloittamista (Browne, Clarke, Gervin, Waddington, Larkin & O'Callaghan, 2000), tarkemmin ottaen ensimmäisen sairaalajakson ja neuroleptilääkityksen aloittamista (Carbone, Harrigan, McGorry, Curry & Elkins, 1999; Craig, Fennig, Tanenberg-Karant, Lavelle & Galambos, 2000; Ho ym., 2000; Häfner ym., 1993; Loebel ym., 1992).

Tutkimusten välillä on havaittavissa selkeää vaihtelua koskien keskimääräistä hoitamattoman psykoosin kestoa (Norman & Malla, 2001): Vaihteluväli on 23.4 viikosta (Linszen ym., 1998) 166.4 viikkoon (Szymanski ym., 1996). On kuitenkin huomioitava, että alhaisimmat keskimääräiset hoitamattoman psykoosin kestot (23.4 ja 25.0 viikkoa) ilmenivät tutkimuksissa, jotka liittyivät varhaisen intervention hoidollisiin ohjelmiin: behavioraaliseen perheinterventio-ohjelmaan (Linszen ym., 1998) ja EPPIC:iin (Carbone ym., 1999). Muissa keskeisissä tutkimuksissa DUP on sijoittunut vaihteluvälille 38 viikosta (Drake ym., 2000) 114.2 viikkoon (Larsen ym., 1996). Loebelin ym. (1992) tutkimuksessa keskimääräinen hoitamattoman psykoosin kesto oli 51.9 viikkoa, Barnesin ym. (2000) 59 viikkoa, Hon ym. (2000) 60.8 viikkoa, Haasin, Garratin ja Sweeneyn (1998) 74.4 viikkoa, Brownen ym. (2000) 90.8 viikkoa ja Häfnerin ym. (1993) 109.2 viikkoa.

Henkilön oirekuva ja käyttäytyminen eivät aina aiheuta yksilö- ja ympäristötasolla riittävän merkittävää haittaa johtaakseen nopeaan hoitoon hakeutumiseen (Barnes ym., 2000). DUP: iin liittykin oletus siitä, että henkilöt voivat olla yhteisössä pitkiäkin periodeja sairastumisestaan huolimatta (Lincoln, Harrigan & McGorry, 1998; Loebel ym., 1992). Tätä Crow ym. (1986) ja Lincoln ym. (1998) selittävät sairauden eri

ilmenemismuotojen, sen alatyyppejen kautta. Uudemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että sairauden ilmenemismuodot ja huono ennuste vaikuttavat sen viivästyneeseen havaitsemiseen. Tällöin sairauteen saattaa liittyä enimmäkseen negatiivisia oireita, muutamia positiivisia oireita ja lievää sosiaalisesti häiritsevää käyttäytymistä. DUP: in yhteydessä heikko sosiaalinen integraatio, työttömyys ja passivoituminen ennustavat yleensä pidempää hoitamattoman jakson kestoa. Lyhyempää hoitamattoman psykoosin kestoa sen sijaan saattavat ennustaa huono coping-kyky ja vihamielisyys sekä omissa ajatuksissaan oleminen (Drake ym., 2000; Ho ym., 2000; Larsen ym., 1998).

Hoitoon hakeutumiseen liittyy siis useat sosiokulttuuriset tekijät (koulutustaso, sosioekonominen status, terveystalvelujen saatavuus sekä uskomukset ja tietämys sairaudesta) ja psykopatologiset tekijät (outo käytös ja hoidon tarve). Näiden vuorovaikutus voi osaltaan vaikuttaa ensimmäisen hoitamattoman psykoosin keston (Ho ym., 2000; Larsen, Johannessen & Opjordsmoen, 1998; Loebel ym., 1992). Useiden tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että skitsofrenian varhainen tunnistaminen on mahdollista jo prodromaalivaiheessa tai ensimmäisen psykoottisen episodin alkaessa. Ei kuitenkaan olla pystytty osoittamaan, että nimenomaan varhainen tunnistaminen on johtanut varhain hoitoon päässeen henkilön parempaan ennusteeseen (Helgason, 1990; Loebel ym., 1992; Opjordsmoen, 1991).

Psykoottisten häiriöiden varhainen tunnistaminen ja -interventio ovat kuitenkin merkittäviä tekijöitä tarpeettoman kärsimyksen vähentämisessä sekä mahdollisesti pitkän aikavälin hoitotuloksen parantamisessa (Norman & Malla, 2001). Varhainen interventio voidaan määritellä prodromaalivaiheessa tapahtuvana prosessina (Larsen ym., 2001), jolloin vakavaa sairastumista edeltävien oireiden tunnistamisen ja hoitamisen kautta pyritään estämään sairauden puhkeaminen (Yung ym., 1998). Varhaisen intervention ja sekundaarisen ehkäisevän toiminnan lähtökohdat voivat perustua kolmenlaisiin strategioihin. Ensinnäkin voidaan keskittyä psykoottisten oireiden puhkeamisen ja hoitoon tulon välisen ajan minimointiin. Toiseksi huomio kohdistetaan mahdollisen sairauden uusiutumisen ehkäisemiseen, ja kolmanneksi toipumista pyritään edistämään käyttämällä parasta mahdollista hoidollista vaihtoehtoa. Varhainen tunnistaminen ja pitkittyneeseen toipumiseen keskittynyt hoito tarjoaa mahdollisuuden vaikuttaa taudin kulkuun helpottamalla toipumista. Tarkoituksena onkin lyhentää aktiivisen psykoosin kestoa (Crow ym., 1986; Haas ym., 1998; Edwards ym., 1998; Helgason, 1990; Johannessen ym., 1999; Johnstone, Macmillan, Frith, Benn & Crow, 1990; Larsen, Friis, Haahr ym., 2001; Linszen ym., 1998; Loebel ym., 1992;

McGlashan, 1996, 1998; McGorry, 1998; McGorry ym., 1996; Opjordsmoen, 1991; Power, Elkins, Adlard, Curry, McGorry & Harrigan, 1998; Szymanski ym., 1996; Verdoux, Bergey, Assens ym., 1998; Wyatt, 1991; Yung, Phillips, McGorry ym., 1998). Varhaisen intervention on useissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä onnistuneisiin hoitotuloksiin (Alakare, 1999; Drake ym., 2000; Falloon ym., 1998; Johannessen ym., 1999; Kauranen ym., 2000; Loebel ym., 1992; McGlashan, 1996; McGlashan & Johannessen, 1996; McGorry ym., 1996; McGorry, 1998; Ram, Bromet, Eaton, Pato & Schwartz, 1992; Wyatt, 1991).

Varhaisen intervention tavoite liittyy keskeisesti myös Akuutin Psykoosin Integroitu Hoito (API) –projektin periaatteisiin, jonka puitteissa tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on kerätty. Valtakunnallinen API –projekti toteutettiin vuosina 1992-1997 Keroputaan sairaalassa ja Länsi-Pohjan alueella Torniossa Stakesin organisoimana yhdessä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen ja Turun yliopiston kanssa. API –projektin jälkeen tutkimusprojektia jatkettiin Keroputaan sairaalassa Open Dialogue in Acute Psychosis (ODAP) –tutkimuksena vuosina 1994-1996 (Aaltonen ym., 2000; Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen, Syvälahti & Vuorio, 1996; Seikkula, Aaltonen & Alakare, 1999). Molempien projektien lähtökohtana on Alasen (1993) tarpeenmukaisen hoidon malli, jossa korostuu nopean, varhaisen intervention lisäksi sosiaalisen verkoston huomioiminen osana hoitoprosessia sekä hoidon suunnittelu ja toteutus potilaan yksilöllisten ja muuttuvien tarpeiden mukaan. Lisäksi terapeutista asennetta pidetään tärkeänä osana tutkimusta ja hoitoa. Näin ollen hoito nähdään jatkuvana prosessina, jossa yhdistyy erilaiset terapeutit ja menetelmät ja hoidon etenemisen jatkuva seuranta (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen & Aaltonen, 1991).

API –projekti on suunnattu ensikertaa psykoosin vuoksi hoitoon tuleville henkilöille, jotka ovat enimmäkseen nuoria aikuisia. Sairastuneen henkilön lisäksi huomioidaan myös hänen perheensä, hoitoympäristö sekä hoitohenkilökunnan kokemukset. Projektin tavoitteena on laajentaa hoidollisia lähestymistapoja pohtimalla, millä tavoin eri hoitomuotoja voidaan yhdistellä psykoosipotilaan hoidossa. Sen myötä halutaan korostaa, että skitsofreeninen psykoosi liittyy biologisten seikkojen ohella kuitenkin enimmäkseen henkilön psykologiseen kokemusmaailmaan. Tavoitteena onkin neuroleptilääkityksen käytön ja sairaalahoidon tarpeen vähentäminen (Aaltonen ym., 2000; Lehtinen ym., 1996).

API –projektin hoidolliset periaatteet sisältävät viisi keskeistä elementtiä: Hoidon tarpeenmukaisuus viittaa sairastuneen henkilön ja hänen perheensä hoidollisten tarpeiden huomioimiseen. Ne muuttuvat yleensä hoitoprosessin aikana, ja hoitavan työryhmän tulisikin alati reagoida niihin niin yksilöllisestä perspektiivistä käsin kuin myös hoidollisesti. Integroitu hoitoajatus yhdistää useita hoidon muotoja, jotta potilaan toipumista voitaisiin edistää parhaalla mahdollisella tavalla. Myös perhekeskeisyys liittyy läheisesti API –projektin peruselementteihin. Perhe pyritään ottamaan osaksi hoitoa ja sen suunnittelua jo varhaisessa vaiheessa. Näin sairastunut henkilö ja hänen perheensä osallistuu koko hoitoprosessiin, sen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Moniammatilliset työryhmät puolestaan pystyvät vastaamaan potilaan hoidollisiin tarpeisiin monipuolisemmin ja kokonaisvaltaisemmin. Hoitosuhteen yksilöllisyyden periaate nivoutuu API –projektiin perhe- ja verkostokeskeisyyden ohella. Tätä kuvastaakin jokaiselle potilaalle hoidon alkuvaiheessa osoitettu omahoitaja (Aaltonen ym., 2000).

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä toteutetussa ODAP -tutkimuksessa hyödynnettiin tarpeenmukaisen hoidon sovelluksen ohella kriisilähtöisyyden periaatetta. Valtaosa sairaala- ja avohoito henkilökunta on saanut erityystason perheterapiakoulutuksen, jotta tapauskohtaisiin kriisitilanteisiin pystyttäisiin vastaamaan asianmukaisesti tiimityön tukemana. Näin ollen psyykkisiin kriiseihin pyritään suhtautumaan samalla tavoin potilaan diagnoosista riippumatta. Hoitoprosessi toteutetaan joko avohoitona tai tarvittaessa sairaalahoitona; hoitavan tiimin tehtävänä on ottaa vastuu hoidon järjestämisestä ja toteutumisesta riippumatta siitä, onko potilas kotona vai sairaalassa ja siitä, kuinka pitkä hoitoperiodin arvioidaan olevan (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a, 2001b). Kriisilähtöisyyden periaatteen huomioiminen oli tässä tutkimuksessa keskeistä, koska tavoitteena oli tutkia ensikertaa psykoottiseen kriisiin sairastuneiden henkilöiden hoitamattoman psykoottisen jakson kestoa ja yhteyksiä itse hoitoprosessiin. Tällöin nopean avun saaminen ja hoidon tarpeenmukaisuus muodostuivat merkittäviksi tekijöiksi sekä ryhmä- että yksilötasolla.

Tarpeenmukaisen hoitomallin lähestymistavasta on edelleen kehitetty Avoimen dialogin hoitomalli, jonka terapeuttisen vuorovaikutuksen keskeisenä foorumina on hoitokokous. Siinä yleisenä tavoitteena on dialogin luominen sekä sanojen rakentaminen niille kokemuksille, jotka ilmenevät potilaan psykoottisina oireina. Potilaan lähintä sosiaalista verkostoa rohkaistaan osallistumaan hoitokokouksiin koko hoitoprosessin ajan, jolloin myös kaikki potilaan hoitoprosessiin liittyvät suunnitelmat

ja päätökset tehdään potilaan ja perheen läsnäollessa. Näin avoin dialogi mahdollistuu kaikkien hoitoon osallistuvien henkilöiden välillä (Aaltonen ym., 2000; Seikkula ym., 2001a).

Tässä tutkimuksessa hoidon toteutumista on kartoitettu juuri Avoimen dialogin hoitomallin seitsemän pääperiaatteen kautta. Ensimmäisen hoidollisen periaatteen mukaan välitöntä apua pyritään tarjoamaan kriisissä olevalle henkilölle 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta, jotta sairaalahoito voitaisiin välttää. Toisena hoidollisena periaatteena on joustavuus ja liikkuvuus eli hoidon joustava mukauttaminen yksilön muuttuvien tarpeiden mukaan; hoito toteutetaan useimmiten potilaan kotona. Lisäksi tavoitteena on huomioida sosiaalisen verkoston näkökulma sekä vastuullisuus, jolloin ensimmäiseen tapaamiseen liittyvistä järjestelyistä vastaa se työntekijä, johon on ensiksi otettu yhteyttä. Viidentenä periaatteena on psykologinen jatkuvuus, joka viittaa hoidon jatkumisen turvaamiseen. Epävarmuuden sietämisen eli turvallisen yhteistyösuhteen luomisen kautta voidaan paremmin sietää ongelmanratkaisuihin liittyviä epävarmuustekijöitä. Viimeinen Avoimen dialogin hoitomalliin liittyvä periaate on dialogisuus, jonka avulla pyritään luomaan keskustelua ja tätä kautta uutta ymmärrystä kulloinkin käsiteltävään ongelmaan (Seikkula & Haarakangas, 1999; Seikkula ym., 2001a, 2001b).

DUP on uusi aihe Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksen piirissä. Hoitamattoman psykoosin kesto (Duration of Untreated Psychosis eli DUP) voidaan yleisesti määritellä joko ajanjaksona ensimmäisistä psykoottisista oireista neuroleptilääkityksen aloittamiseen tai ajanjaksona positiivisten psykoottisten oireiden puhkeamisesta neuroleptilääkityksen aloittamiseen. Tässä tutkimuksessa käytettiin hoitamattoman psykoosin keston kansainvälistä DUP-lyhennettä, koska suomenkielessä sille ei ole vastinetta.

API- ja ODAP –projektien tavoitteena oli siirtää neuroleptilääkityksen aloittaminen ja pyrkiä mahdollisuuksien mukaan hoitamaan psykoosia ilman neuroleptilääkitystä. Näin ollen tässä tutkimuksessa hoitamattoman psykoosin kesto määriteltiin alkavan ensimmäisistä psykoottisista oireista ja loppuvan ensimmäiseen hoitokontaktiin. Tutkimus on ensimmäinen API –projektin aineistosta tehty ensisijaisesti hoitamattoman psykoosin kestoa käsittelevä pro gradu -tutkielma. Tarkoituksena oli tilastollisten analyysimenetelmien avulla selvittää hoitamattoman psykoosin keston yhteyttä ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden oirekuvaan, hoidon sisältöön ja keston sekä henkilöiden psykososiaaliseen selviytymiseen ja hoidon toteutumiseen

kahden vuoden seuranta-aineiston avulla. Lisäksi lyhyen ja pitkän hoitamattoman psykoosin keston ryhmiä vertailtiin toisiinsa edellä mainittujen teemojen osalta. Tilastollisia tuloksia haluttiin syventää kahden ensikertaa psykoosiin sairastuneen henkilön tapauskuvauksen kautta, joka mahdollistaa hoitamattoman psykoosin keston merkityksen psykologisemman ja yksilötasoisien tarkastelun. Liisan ja Esan tapaukset on valittu siten, että ne kuvastavat mitä lyhyt (kaksi viikkoa) ja pitkä (25 kuukautta) hoitamaton psykoottinen jakso tarkoittavat yksittäisen ihmisen hoitoprosessissa ja selviytymisessä.

Tutkimusongelmiksi muotoutuivat:

1. Onko hoitamattoman psykoosin kestolla yhteyttä:
 - a) ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden psykoottisiin oireisiin hoidon alussa?
 - b) henkilöiden hoidon sisältöön eli hoitokokousten määrään, eri terapiamuotoihin ja lääkitykseen?
 - c) henkilöiden hoidon kestoon eli sairaalahoitoon ja lääkityksen käytön jatkuvuuteen?
 - d) henkilöiden selviytymiseen eli psykoottisiin oireisiin ja uudelleensairastumisten (relapsien) määrään kahden vuoden seurantajakson aikana?
2. Onko hoitamattoman psykoosin kestolla yhteyttä Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteisiin ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden hoidossa?
3. Eroavatko lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmät toisistaan oireiden, hoitoprosessin, selviytymisen ja hoidon toteutumisen osalta?
4. Millaiset prosessit ilmentävät kahdessa tapauskuvauksessa lyhyen ja pitkän DUP: in syntyä ja hoidon toteutumista sekä miten tapauskertomukset kuvastavat ryhmätason tuloksia?

MENETELMÄT

Tutkimusaineisto

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on muiden tahojen toteuttamana kerätty Torniossa Keroputaan sairaalassa ja Länsi-Pohjan alueen mielenterveystoimistoissa ajanjaksolla 1.4.1992-30.3.1997. Aineisto koostuu ensikertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden tiedoista, joita on käytetty osana Akuutin Psykoosin Integroitu Hoito (API) – projektia ja myöhemmin Open Dialogue in Acute Psychosis -tutkimusta (ODAP). Viimeksi mainittu tutkimus toteutettiin Keroputaan sairaalassa API-projektin jälkeen ajanjaksolla 1.1.1994-31.3.1996, jossa kaikille potilaille tehtiin yhden, kahden ja viiden vuoden seuranta-haastattelut (Seikkula ym., 1999).

Tässä tutkimuksessa keskityttiin tarkastelemaan kahden vuoden seurantajakson aineistoa, jossa oli 80 ensikertaa psykoosiin sairastunutta potilasta: naisia oli 32 (40 %) ja miehiä 48 (60 %). Potilaat olivat iältään 16-43 vuotiaita, jolloin keskiarvoksi tuli 26.7 vuotta. Diagnoosit tehtiin käyttäen DSM-III-R –luokitusta (APA, 1987). Diagnoosit luokiteltiin neljään luokkaan: prodromaalivaihe, reaktiivinen psykoosi, skitsofreniforminen psykoosi sekä skitsofrenia. Aineistoon ei otettu mukaan niitä psykoottisia potilaita, jotka olivat aggressiivisia. Lisäksi henkilöt eivät olleet aiemmin käyttäneet neuroleptilääkitystä seitsemää vuorokautta pitempään. Kummankaan edellä mainitun tekijän perusteella ei kuitenkaan ketään suljettu pois tutkimuksesta. Ensikertapotilaiksi määriteltiin tässä aineistossa ne henkilöt, joilla ei ollut ollut aiempaa psykiatrista hoitoa tai vain muutama avohoitoikäntä.

Aineisto jaettiin hoitamattoman psykoosin keston frekvenssitaulukon avulla kahteen lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmään mediaanin (kolme kuukautta) sekä useissa muissa tutkimuksissa käytetyn kuuden kuukauden rajan perusteella (Browne, Clarke, Gervin, Waddington, Larkin & O'Callaghan, 2000; Kauranen ym., 2000; Larsen ym., 1996; Linszen ym., 1998). Tässä tutkimuksessa mediaani oli kolme kuukautta, jonka perusteella ensisijainen ryhmäjako suoritettiin ja näin ryhmäkoot tulivat tasapainoisiksi. Hoitamattoman psykoosin keston mediaani selittyy tutkimuksessa käytetyn aineiston

kautta, sillä API-projektin tavoitteen mukaisesti hoitamattoman psykoosin kesto oli koko aineistossa lyhyempi verrattuna useisiin muihin tutkimuksiin. Tämän vuoksi saatuja tuloksia haluttiin vielä tarkentaa kansainvälisesti käytetyn kuuden kuukauden mukaisella ryhmäjaolla. Ryhmäjaot ovat A) ensisijainen jako mediaanin perusteella eli lyhyt DUP (0-2 kk, n=47) ja pitkä DUP (3-25 kk, n=33) sekä B) tuloksia tarkentava kuuden kuukauden perusteella tehty ryhmäjako eli lyhyt DUP (0-5 kk, n=65) ja pitkä DUP (6-25 kk, n=15).

Taulukossa 1. kuvataan tarkemmin hoitamattoman psykoosin keston mediaanin perusteella jaettujen ryhmien taustatietoja. Taulukosta on havaittavissa, että lyhyen DUP: in ryhmäläiset olivat keskimäärin kolme vuotta pitkän DUP: in ryhmäläisiä nuorempia. Siviilisääty, asumismuoto ja työtilanne olivat sen sijaan ryhmien välillä melko samankaltaisia: molemmissa ryhmissä suurin osa oli naimattomia, asui primaariperheessä ja oli joko koulussa tai työelämässä.

Aineiston ryhmätasoisien tilastollisten tarkastelujen lisäksi valittiin sairauskertomusten perusteella kaksi tapausta, joista toinen lukeutui lyhyen DUP: in ryhmään (DUP oli 2 viikkoa) ja toinen pitkän DUP: in ryhmään (DUP oli 25 kuukautta). Näiden tapauskuvausten avulla pyrittiin luomaan myös yksilötasolla syvällisempi ja kokonaisvaltaisempi kuva hoitamattoman psykoosin kestosta osana heidän hoitoprosessiaan ja selviytymistään.

TAULUKKO 1. Ensikertaa psykoosiin sairastuneiden tutkimushenkilöiden sukupuoli, ikä, diagnoosiluokat, siviilisäätty, asumistilanne, työtilanne sekä elämänote lyhyen (0-2 kk) ja pitkän (3-25 kk) hoitamattoman psykoosin keston ryhmissä hoidon alkaessa frekvensseinä esitettynä.

	DUP: 0-2kk (n=47)	DUP: 3-25kk (n=33)
Sukupuoli		
-nainen	21 (44,7 %)	11 (33,3%)
-mies	26 (55,3 %)	22 (66,7%)
Ikä		
-keskiarvo	25,3 v.	28,6 v.
-mediaani	23,3 v.	28,7 v.
Diagnoosiluokat		
-prodromaali	14 (29,8 %)	2 (6,1 %)
-reaktiivinen psykoosi	16 (34,0 %)	1 (3,0 %)
-skitsofreniform.psykoosi	8 (17,0 %)	7 (21,2 %)
-skitsofrenia	9 (19,1 %)	23 (69,7 %)
Siviilisäätty		
-naimaton	30 (63,8 %)	24 (72,7 %)
-avo-/avioliitossa	7 (14,9 %)	3 (9,1 %)
-avo-/avioliitto ja lapsia	9 (19,1 %)	4 (12,1 %)
-eronnut	1 (2,1 %)	2 (6,1 %)
Asumismuoto		
-primaariperheessä	25 (53,2 %)	17 (51,5 %)
-yksin	5 (10,6 %)	9 (27,3 %)
-sekundaariperheessä	17 (36,2 %)	7 (21,2 %)
Työtilanne		
-koulussa	16 (34,0 %)	7 (21,2 %)
-töissä	25 (53,2 %)	13 (39,4 %)
-työtön	4 (8,5 %)	5 (15,2 %)
-ei hae työtä	1 (2,1 %)	8 (24,2 %)
Elämänote		
-hyvä	29 (61,7 %)	5 (15,2 %)
-pääosin säilynyt	15 (31,9 %)	11 (33,3 %)
-huomattava osa kadonnut	3 (6,4 %)	13 (39,4 %)
-luopunut tavoitteista	-	4 (12,1 %)

Arviointimenetelmät

Keroputaan sairaalassa toteutetussa ODAP –tutkimuksessa potilaille tehtyjen haastattelujen lisäksi hyödynnettiin Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ja Global Assessment Scale (GAS) –arviointimenetelmiä. Tutkimuksesta vastaavat tutkijat suorittivat kyseiset arvioinnit (Seikkula ym., 2001b) eivätkä tämän tutkimusraportin kirjoittajat osallistuneet kyseisiin haastattelu- ja arviointiprosesseihin.

Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) on psyykkisen tilan arvioimiseen kehitetty 20-kohtainen kyselylomake, jonka henkilökuntaan kuuluva työntekijä täyttää potilan haastattelun jälkeen. Lomakkeen kukin kohta mittaa tiettyä psyyken ominaisuutta tai psykopatologista oiretta, jotka pisteytetään asteikolla 1-7: 1 vastaa oireettomuutta ja 7 voimakkaimpia mahdollisia oireita. Loppupistemäärä muodostuu kaikkien kohtien yhteenlasketuista pisteistä.

Global Assessment Scale (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) –mittarilla arvioidaan potilaan psykiatrisia oireita, ihmissuhteiden määrää ja laatua sekä yleistä elämänhallinnan tasoa. Pistemäärät ovat asteikolla 0-99, jolloin pienempi arvo viittaa henkilön huonompaan psykososiaaliseen selviytymiskykyyn.

Avoimen dialogin hoitoperiaatteet. Tässä tutkimuksessa hoidon toteutumista on kartoitettu Avoimen dialogin seitsemän hoitoperiaatteen avulla: 1) välittömän avun tarjoaminen kriisissä olevalle, 2) hoidon joustavuus ja liikkuvuus, 3) sosiaalisen verkoston huomioiminen osana hoitoprosessia, 4) työntekijöiden vastuullisuus, 5) hoidon psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, 6) epävarmuuden sietäminen ja 7) dialogisuus hoitokeskustelun muotona (Seikkula & Haarakangas, 1999). Edellä kuvattujen periaatteiden toteutumista on arvioitu neliportaisen luokituksen kautta: 0=toteutunut hyvin, 1=toteutunut pääsääntöisesti pienin poikkeuksin, 2=ongelmia toteutumisessa, 3=periaate ei toteutunut ajattelussa muodossa.

Hoitamattoman psykoosin kesto

Ensimmäisen hoitotapaamisen yhteydessä työryhmä haastatteli potilasta ja hänen perhettään hoitoa edeltäneestä psykoottisten oireiden kestosta. Näin ollen tässä aineistossa DUP määritettiin alkaneeksi ensimmäisistä psykoottisista oireista ja loppuneen ensimmäiseen hoitotapaamiseen (Seikkula ym., 2001b). Tämän tutkimuksen tekijät eivät osallistuneet kyseisiin haastattelu- ja määrittelyprosesseihin.

Tässä aineistossa hoitamattoman psykoosin keston mediaani oli 2.00 kuukautta ja keskiarvo 3.73 kuukautta. Mediaaniin perustuvan jaon mukaan lyhyen DUP: in (0-2 kk) ryhmään lukeutui 58.8 % ja pitkän DUP: in (3-25 kk) ryhmään 41.2 % tutkituista. Yleiseen tutkimukseen perustuvan kuuden kuukauden jaon mukaan lyhyen DUP: in (0-5 kk) ryhmään kuului 81.3 % ja pitkän DUP: in (6-25 kk) ryhmään 18.7 % tutkituista.

Aineiston tilastolliset analyysimenetelmät

Aineiston tilastollisessa analyysissä käytettiin SPSS for Windows 10.0 –ohjelmaa. Aineiston käsittely aloitettiin jakamalla se hoitamattoman psykoosin keston frekvenssitaulukon avulla kahteen, lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmään mediaanin (kolme kuukautta) sekä useissa muissa tutkimuksissa käytetyn kuuden kuukauden rajan perusteella. Ryhmät ovat: A) lyhyt DUP (0-2 kk, n=47) ja pitkä DUP (3-25 kk, n=33) sekä B) lyhyt DUP (0-5 kk, n=65) ja pitkä DUP (6-25 kk, n=15). Kahden ryhmäjaon perusteella haluttiin tutkia kyseisten jakojen vaikutusta tutkimusongelmiin, koska hoitamattoman psykoosin kesto on kaiken kaikkiaan lyhyt tässä aineistossa useisiin muihin tutkimuksiin verrattuna. Tätä kautta voitiin tutkia, onko tarkasteltavien hypoteesien kannalta merkitystä, että lyhyt DUP on kaksi tai viisi kuukautta. Tilastolliset analyysit tehtiin hyödyntämällä korrelaatiomatriiseja, riippumattomien otosten t-testejä sekä ristiintaulukointia sosiaalisten muuttujien kohdalla. Tilastollisissa analyyseissa käytettyjen muuttujien normaalijakautuneisuutta tutkittiin Kolmogorov-Smirnovin testillä.

Muuttujista muodostettiin hypoteesikohtaisia summamuuttujia kuvaamaan ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden: a) psykoottisia oireita hoidon alussa, b) hoidon sisältöä, c) hoidon kesto, d) henkilöiden selviytymistä sekä e) Avoimen dialogin hoitoperiaatteiden toteutumista. Tutkimuksessa käytettyjä hypoteesikohtaisia muuttujia kuvataan tarkemmin liitteessä 1.

Korrelaatiomatriisit laadittiin hypoteesikohtaisesti, joiden avulla tutkittiin DUP: ia jatkuvana muuttujana ja sen yhteyksiä muihin muuttujiin. Mikäli muuttujat olivat jatkuvia ja normaalisesti jakautuneita, niiden välisiä korrelatiivisia yhteyksiä tutkittiin Pearsonin korrelaatiokertoimien avulla. Näitä olivat: GAS –alkuarvot (n=73) ja 2 vuoden seuranta-arvot (n=66), BPRS –alkuarvot (n=35), psyykkiset oireet alussa (n=80) sekä hoidon jatkuminen (n=80).

Spearmanin tulomomenttikertoimien avulla puolestaan tarkasteltiin järjestysasteikkollisia muuttujia sekä niitä, jotka eivät olleet normaalisesti jakautuneita: elämänote (n=80) sekä negatiiviset oireet alussa (n=79). Lisäksi Spearmanin tulomomenttikertoimia käytettiin seurantatietomuuttujia tutkittaessa. Näitä olivat: 2 vuoden hoitokokousten lukumäärä (n=76), 2 vuoden yksilöterapia (n=49), 2 vuoden muiden terapiatapaamisten lukumäärä (n=29), 2 vuoden muut terapiat (n=48), 2 vuoden neuroleptien käyttö (n=79), 2 vuoden sairaalapäivät yhteensä (n=59), 2 vuoden sairaalahoitajaksot (n=80), 2 vuoden neuroleptien käytön jatkaminen (n=80), 2 vuoden BPRS –arvot (n=60), 2 vuoden negatiiviset oireet (n=75), 2 vuoden psykoottiset oireet kaikkiaan (n=78) sekä 2 vuoden relapsien määrä (n=80).

Tähän muuttujajoukkoon lukeutuvat myös Avoimen dialogin hoitomallin hoitoperiaatteiden toteutumista kuvaavat muuttujat: välitön apu (n=67), joustavuus ja liikkuvuus (n=67), verkostonäkökulma (n=68), vastuullisuus (n=68), psykologinen jatkuvuus (n=69), epävarmuuden sieto (n=68) sekä dialogisuus (n=68).

Riippumattomien otosten t-testien avulla puolestaan vertailtiin kolmen ja kuuden kuukauden ryhmäjakojen mukaisia lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmien välisiä keskiarvoja hypoteesikohtaisesti. Tätä kautta voitiin selvittää mahdolliset ryhmien väliset tilastollisesti merkitsevät erot ryhmäkeskiarvoissa. Lisäksi χ^2 -testiä käytettiin vertailtaessa sosiaalisia muuttujia (siviilisääty, asumismuoto, työtilanne ja elämänote) molempien lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmien osalta.

TULOKSET

Hoitamattoman psykoosin keston korrelatiiviset yhteydet

Kuten Taulukosta 2. ilmenee, hoitamattoman psykoosin kestolla oli yhteys useisiin ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden oireita mittaaviin muuttujiin hoidon alussa. Ensinnäkin DUP oli negatiivisesti yhteydessä GAS –alkuarvoihin: Mitä pidempi hoitamattoman psykoosin kesto oli, sitä vähemmän henkilö sai GAS –pisteitä, jolloin henkilön yleinen psykososiaalinen toimintakyky oli heikompi. DUP ei kuitenkaan ollut yhteydessä alkukartoituksessa saatuihin BPRS –arvoihin. Tulokset osoittavat myös, että DUP oli positiivisesti yhteydessä henkilön negatiivisiin psykoottisiin oireisiin sekä psykoottisiin oireisiin kaikkiaan hoidon alussa. Näin ollen, mitä pidempi DUP oli, sitä todennäköisemmin henkilöllä oli negatiivisia ja muita psykoottisia oireita hoidon alussa.

TAULUKKO 2. Ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden hoitamattoman psykoosin keston ja psykoottisiin oireisiin liittyvät korrelaatiokertoimet hoidon alussa.

Muuttujat	1.	2.	3.	4.
1. DUP				
2. GAS –alkuarvot	-.27*			
3. BPRS –alkuarvot	.12	-.23		
4. negatiiviset oireet alussa	.55*** ^a	-.21 ^a	.15 ^a	
5. psykoottiset oireet alussa	.37***	-.32**	.28	.22*

HUOM: ^a Korrelaatiokerroin on Spearmanin tulomomenttikerroin
*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Taulukossa 3. on kuvattu hoitamattoman psykoosin keston yhteydet hoidon sisältöä kuvaaviin muuttujiin. DUP oli positiivisesti yhteydessä kahden vuoden hoitajakson hoitokokousten lukumäärään ja yksilöterapiaan: Mitä pidempi DUP oli, sitä enemmän henkilöllä oli ollut hoitokokouksia ja yksilöterapiaa. DUP ei kuitenkaan ollut yhteydessä muihin terapiamuotoihin kahden vuoden seurantajakson aikana. Hoitamattoman psykoosin kesto oli positiivisesti yhteydessä myös neuroleptien käyttöön: Mitä pidempi DUP henkilöllä oli, sitä enemmän hän oli käyttänyt neuroleptilääkitystä kahden vuoden aikana.

TAULUKKO 3. Ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden hoitamattoman psykoosin keston ja hoidon sisältöön liittyvät Spearmanin tulomomenttikertoimet kahden vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta.

Muuttujat	1.	2.	3.	4.	5.
1. DUP					
2. 2v. hoitokokousten lkm.	.24*				
3. 2v. yksilöterapia	.30*	.34*			
4. 2v. muiden terapiatapaamisten lkm.	.27	.30	.43*		
5. 2v. muut terapiat	.24	.29	.37*	.56**	
6. 2v. neuroleptien käyttö	.35**	.43***	.54***	.60***	.51***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Hoitamattoman psykoosin kesto oli yhteydessä myös ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden hoidon kestoja kuvaaviin muuttujiin. Näihin liittyvät tulokset on esitetty Taulukossa 4. DUP oli positiivisesti yhteydessä henkilön sairaalahoitopäivien lukumäärään ja sairaalahoitotapoihin. Näin ollen mitä pidempi hoitamattoman psykoosin kesto oli, sitä enemmän henkilöllä oli sairaalahoitopäiviä ja –jaksoja kahden vuoden aikana. Lisäksi DUP oli positiivisesti yhteydessä neuroleptilääkityksen käytön jatkamiseen kahden vuoden aikana.

TAULUKKO 4. Ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden hoitamattoman psykoosin keston ja hoidon keston liittyvät Spearmanin tulomomenttikertoimet kahden vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta.

Muuttujat	1.	2.	3.
1. DUP			
2. 2v sairaalapäivät yht.	.33*		
3. 2v. sairaalahoitajaksot	.32**	.48***	
4. 2v. neuroleptien käytön jatkaminen	.25*	.54***	.45***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Taulukon 5. tulokset osoittavat, että hoitamattoman psykoosin kesto oli yhteydessä myös potilaan selviytymiseen kahden vuoden seurantajakson aikana. DUP olikin negatiivisesti yhteydessä GAS –seuranta-arvoihin: Mitä pidempi DUP oli, sitä vähemmän henkilö sai GAS –testipisteitä, jolloin hänen yleinen psykososiaalinen toimintakykynsä oli heikompi kahden vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta. Nyt DUP oli positiivisesti yhteydessä myös BPRS –seuranta-arvoihin: Mitä pidempi DUP oli, sitä enemmän henkilö sai BPRS –testipisteitä ja hänen oirekuvansa oli vaikeampi. Lisäksi DUP oli positiivisesti yhteydessä henkilön negatiivisiin ja muihin psykoottisiin oireisiin. DUP oli myös positiivisesti yhteydessä relapsien määrään ja negatiivisesti yhteydessä hoidon jatkumiseen vielä kahden vuoden seurantajakson jälkeenkin.

TAULUKKO 5. Ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden hoitamattoman psykoosin keston ja henkilöiden psykososiaaliseen selviytymiseen liittyvät korrelaatiokerroimet kahden vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta.

Muuttujat	2.	3.	4.	5.	6.
1. DUP					
2. 2v. GAS –arvot	-.34**** ^a				
3. 2v. BPRS –arvot	.59***	-.81***			
4. 2v. negatiiviset oireet	.35**	-.46***	.43**		
5. 2v. psykoottiset oireet kaikkiaan	.36**	-.68***	.57***	.46***	
6. 2v. relapsien määrä	.23*	-.35**	.33*	.13	.27*
7. hoidon jatkuminen	-.25* ^a	.44**** ^a	-.31* ^a	-.27* ^a	-.39**** ^a - .31*** ^a

HUOM: ^a Korrelaatiokerroin on Pearsonin korrelaatiokerroin.

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Riippumattomien otosten t-testien tulokset mediaanin eli kolmen kuukauden sekä kuuden kuukauden DUP -ryhmäjaolla

Korrelatiivisten yhteyksien lisäksi hoitamattoman psykoosin kestoja tutkittiin riippumattomien otosten t-testeillä. Niiden avulla vertailtiin eroavatko kahden eri jaon mukaiset lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmät toisistaan.

A. Mediaanin eli kolmen kuukauden mukaisen ryhmäjaon tulokset: lyhyt DUP (0-2 kk, n=47) ja pitkä DUP (3-25 kk, n=33). DUP –ryhmät erosivat toisistaan psykoottisten oireiden osalta hoidon alussa seuraavasti: negatiiviset oireet ($t=-4.61$, $p<.001$) ja muut psykoottiset oireet ($t=-2.04$, $p=.045$). Näin ollen pidemmän DUP: in ryhmäläisillä oli enemmän psykoottisia oireita verrattuna lyhyen DUP: in ryhmäläisiin. Myös korrelaatiot osoittivat, että hoitamattoman psykoosin kestolla oli yhteys ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden psykoottisiin oireisiin hoidon alussa.

Hoidon keston kohdalla mediaanin mukaisessa ryhmäjaossa DUP –ryhmät erosivat toisistaan sairaalahoitajaksojen määrässä ($t=-2.30$, $p=.027$) kahden vuoden seurantajakson aikana. Tämä tulos ilmeni myös hoitamattoman psykoosin keston ja

hoidon kestoon liittyvien muuttujien välisissä korrelatiivisissa yhteyksissä. Käytännössä ei kuitenkaan voida puhua suurista eroista, sillä pitkän DUP: in ryhmäläistenkin keskimääräinen sairaalahoitajaksojen määrä oli ainoastaan .36 jaksoa. Sen sijaan ryhmät eivät eronneet sairaalahoitopäivien määrässä. Keskiarvot kuitenkin osoittavat, että pitkän DUP: in ryhmäläisillä oli yli puolet enemmän sairaalahoitopäiviä (28.5) lyhyen DUP: in ryhmäläisiin verrattuna (12.0).

B. Kuuden kuukauden ryhmäjaon mukaiset tulokset: lyhyt DUP (0-5 kk, n=65) ja pitkä DUP (6-25 kk, n=15). Ryhmät erosivat edellä mainittujen mediaanin mukaisten tulosten lisäksi GAS -alkuarvoissa ($t=2.21$, $p=.031$) kahden vuoden aikana. Näin ollen pidemmän hoitamattoman psykoosin keston ryhmäläisillä oli heikompi yleinen psykososiaalinen toimintakyky.

Hoidon sisällössä ryhmien välillä ei mediaanin mukaisessa ryhmäjaossa ilmennyt eroja, mutta kuuden kuukauden ryhmäjaolla neuroleptien käytössä ($t=-2.25$, $p=.038$) oli eroja kahden vuoden aikana. Voidaankin todeta, että pidemmän hoitamattoman psykoosin keston ryhmäläiset olivat käyttäneet neuroleptilääkitystä enemmän lyhyen DUP: in ryhmäläisiin verrattuna.

Kuuden kuukauden jaolla ryhmien välinen eroavaisuus ilmeni myös kahden vuoden sairaalapäivien määrässä ($t=-2.25$, $p=.047$). Tällä ryhmäjaolla keskiarvoihin liittyvät erot olivat vieläkin selkeämmät: lyhyen DUP: in ryhmäläisillä sairaalapäiviä oli keskimäärin 11.0 ja pitkän DUP: in ryhmäläisillä 52.5. Myös korrelatiiviset tulokset tukevat edellä kuvattuja ryhmien välisiä eroja.

Taulukossa 6. on esitetty henkilöiden psykososiaaliseen selviytymiseen liittyvät mediaanin mukaiset DUP -ryhmien väliset ryhmäkeskiarvoerot kahden vuoden kuluttua hoidon alkamisesta. Ryhmät erosivat toisistaan GAS- ja BPRS -seuranta-arvoissa sekä psykoottisten oireiden ja hoidon jatkumisen osalta. Nämä tulokset tukevat korrelaatioiden ja ryhmäkeskiarvojen osoittamia tuloksia siitä, että lyhyen DUP: in ryhmäläisten psykososiaalinen toimintakyky oli parempi ja oirekuva lievempi. Kuitenkaan ryhmien välinen ero relapsien määrässä kahden vuoden aikana ei aivan saavuttanut tilastollisen merkitsevyyden rajaa. Frekvenssit osoittavatkin, että 78.8 %: lla ei ollut yhtään, 13.8 %: lla yksi, 6.3 %: lla kaksi ja 1.3 %: lla oli kolme uudelleensairastumista kahden vuoden seurantajakson aikana. Kuitenkin niillä, joilla hoitamattoman psykoosin kesto oli yli 24 kuukautta ($n=3$), uudelleensairastuminen oli

yleisempää. Kuuden kuukauden ryhmäjaon mukaan Taulukon 6. osoittamat ryhmien väliset erot eivät toteutuneet samalla tavoin kuin mediaanin perusteella tehdyn ryhmäjaon tulokset: Eroja ilmeni ainoastaan GAS –seuranta-arvoissa ($t=3.72$, $p<.001$) ja kahden vuoden psykoottisissa oireissa kaikkiaan ($t=-2.24$, $p=.043$). Alkutilanteen tavoin pitkän DUP: in ryhmäläisten yleinen psykososiaalinen toimintakyky oli heikempi ja psykoottiset oireet voimakkaampia lyhyen DUP: in ryhmäläisiin verrattuna.

TAULUKKO 6. Lyhyen (0-2 kk)- ja pitkän (3-25 kk) hoitamattoman psykoosin keston ryhmien väliset erot ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden selviytymisessä: riippumattomien otosten t-testin tulokset.

Muuttujat		Lyhyt DUP	Pitkä DUP	F	df	t	p
2v. GAS – arvot	ka s n	68.69 13.27 36	55.37 13.76 30	.20	64.00	4.00	.000***
2v. BPRS – arvot	ka s n	24.13 9.09 32	28.86 9.14 28	1.40	58.00	-2.01	.049*
2v. negatiiviset oireet	ka s n	2.27E-02 .15 44	.23 .43 31	49.07	35.36	-2.55	.015**
2v. psykoottiset oireet kaikkiaan	ka s n	.19 .58 47	.68 .98 31	20.06	43.78	-2.49	.017**
2v. relapsien määrä	ka s n	.17 .43 47	.48 .83 33	19.01	44.19	-1.99	.053
hoidon jatkuminen	ka s n	1.02 .68 47	.55 .75 33	3.74	78.00	2.56	.004**

Avoimen dialogin hoitoperiaatteiden toteutuminen

Taulukossa 7. on tarkasteltu hoitamattoman psykoosin keston yhteyttä Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteisiin. DUP oli positiivisesti yhteydessä välittömän avun saamiseen ja työntekijöiden vastuullisuuteen hoidon järjestämisestä. Lisäksi DUP: in yhteys verkostonäkökulmaan ($r=.23$, $p=.055$) oli lähellä tilastollisen merkitsevyyden rajaa.

TAULUKKO 7. Hoitamattoman psykoosin keston ja Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteisiin liittyvät Spearmanin tulomomenttikertoimet ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden hoitotulosten arvioinnissa.

Muuttujat	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. DUP							
2. välitön apu	.24*						
3. joustavuus ja liikkuvuus	.11	.24					
4. verkostonäkökulma	.23	.17	.21				
5. vastuullisuus	.28*	.16	.17	-.04			
6. psykologinen jatkuvuus	.20	.14	.37**	-.06	.45***		
7. epävarmuuden sieto	.12	.05	.43***	.34***	.11	.10	
8. dialogisuus	.19	.24*	.34**	.31*	.12	.11	.35**

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Taulukon 8. tulokset osoittavat, että avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteet toteutuivat hyvin tai pääsääntöisesti hyvin molempien ryhmien kohdalla, joskin pitkän DUP: in ryhmäläisten toteutumisprosentit olivat hieman alhaisemmat. Psykologisen jatkuvuuden periaate ei toteutunut ajattelussa muodossa yhden henkilön kohdalla lyhyen DUP -ryhmässä. Sen sijaan pitkän DUP: in ryhmässä välittömän avun saaminen ei toteutunut ajattelussa muodossa kolmella henkilöllä eikä verkostonäkökulma yhden henkilön hoidossa.

TAULUKKO 8. Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteiden toteutuminen prosentteina lyhyen (0-2 kk) ja pitkän (3-25 kk) hoitamattoman psykoosin keston ryhmien osalta.

Muuttujat	Lyhyt DUP (n=47)					Pitkä DUP (n=33)				
	0	1	2	3	puuttu- vat (n)	0	1	2	3	puuttu- vat (n)
Väitön apu	n	31	3	3	10	21	5	1	3	3
	toteutus %	83.8	8.1	8.1	-	70.0	16.7	3.3	10.0	
Joustavuus ja hikkuvuus	n	30	6	-	11	22	9	-	-	2
	toteutus %	83.3	16.7	-	-	71.0	29.0			
Verkostonäk.	n	30	7	1	9	18	10	1	1	3
	toteutus %	78.9	18.4	2.6	-	60.0	33.3	3.3	3.3	
Vastuullisuus	n	30	8	-	9	20	9	1	-	3
	toteutus %	78.9	21.1	-	-	66.7	30.0	3.3		
Psykologinen jatkuvus	n	24	12	2	8	16	11	3	-	3
	toteutus %	61.5	30.8	5.1	2.6	53.3	36.7	10.0		
Epävarm. tieto	n	28	8	2	9	19	7	4	-	3
	toteutus %	73.7	21.1	5.3	-	63.3	23.3	13.3		
Dialogisuus	n	27	8	3	9	18	7	5	-	3
	toteutus %	71.1	21.1	7.9	-	60.0	23.3	16.7		

Avoimen dialogin hoitoperiaatteiden luokitus lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmissä: 0=toteutunut hyvin, 1=toteutunut pääsääntöisesti pienin poikkeuksin, 2=ongelmia toteutumisessa, 3=periaate ei toteutunut ajattelussa muodossa.

Ristiintaulukoinnin tulokset sosiaalisista muuttujista mediaanin eli kolmen kuukauden sekä kuuden kuukauden DUP –ryhmäjoilla

Sosiaalisista muuttujista tutkittiin siviilisäätystä, asumismuotoa, työtilannetta sekä elämänotetta kahden hoitamattoman psykoosin keston ryhmäjaon perusteella. Koko aineistossa 67.5 % oli siviilisäädyltään naimattomia, 16.3 % eli avo- tai avioliitossa, jossa oli myös lapsia, 12.5 % oli avo- tai avioliitossa ja 3.8 % oli eronnut. Asumismuodoltaan primaariperheessä asui 52.5 %, sekundaariperheessä 30.0 % ja yksin asuvia oli 7.5 %. Tutkittavista oli töissä 47.5 %, koulussa 28.8 %, työttömänä 11.3 % ja työtä ei hakenut 11.3 %. Elämänote oli aineistossa 42.5 %: lla hyvä, 32.5 %: lla pääosin säilynyt, 20.0 %: lla huomattava osa elämänotteesta oli kadonnut ja 5 % oli luopunut tavoitteista.

A. Mediaanin eli kolmen kuukauden mukaisen ryhmäjaon tulokset: lyhyt DUP (0-2 kk) ja pitkä DUP (3-25 kk). Tämän jaon mukaan DUP-ryhmät eivät eronneet siviilisäädyn tai asumismuodon suhteen. Sen sijaan työtilanteen kohdalla ryhmät erosivat toisistaan ($\chi^2=11.78$, $p=.019$), jolloin pitkän DUP: in ryhmäläiset olivat yliedustettuja ei työtä aktiivisesti hakevien ryhmässä (Adj. res 3.1). Lisäksi elämänotteeltaan ryhmät erosivat toisistaan ($\chi^2=26.16$, $p<.001$), jolloin lyhyen DUP: in ryhmäläiset olivat yliedustettuja hyvän elämänotteen suhteen (Adj. res 4.1). Pitkän DUP: in ryhmäläiset puolestaan olivat yliedustettuja niiden joukossa, joilla huomattava osa elämänotteesta oli kadonnut (Adj. res 3.6) ja, jotka olivat luopuneet tavoitteistaan (Adj. res 2.4).

B. Kuuden kuukauden ryhmäjaon mukaiset tulokset: lyhyt DUP (0-5 kk) ja pitkä DUP (6-25 kk). Tällä jaolla DUP-ryhmät erosivat toisistaan kaikkien tutkittujen sosiaalisten muuttujien osalta. Siviilisäädyltään pitkän DUP: in ryhmässä eronneet henkilöt olivat yliedustettuja ($\chi^2=10.83$, $p=.013$, Adj. res 2.2) verrattuna lyhyen DUP: in ryhmään. Asumismuodoltaan lyhyen DUP: in ryhmäläiset olivat yliedustettuja yksinasuvien ryhmässä ($\chi^2=11.08$, $p=.004$, Adj. res -2.5) ja pitkän DUP: in ryhmäläiset aliedustettuja sekundaariperheen kohdalla (Adj. res -2.8).

Työtilanteeltaan pitkän DUP: in ryhmäläiset olivat yliedustettuja ei työtä aktiivisesti hakevien ryhmässä ($\chi^2=11.80$, $p=.019$, Adj. res 3.0). Myös elämänotteessa ilmeni ryhmien välillä eroa ($\chi^2=30.74$, $p<.001$), jolloin lyhyen DUP: in ryhmäläiset olivat

yliedustettuja hyvän elämänotteen suhteen (Adj. res 3.1). Pitkän DUP: in ryhmäläiset puolestaan olivat ylitedustettuja niiden joukossa, joilla huomattava osa elämänotteesta oli kadonnut (Adj. res 4.3) ja, jotka olivat luopuneet tavoitteistaan (Adj. res 3.0). Edellä kuvatut työtilanteessa ja elämänotteessa ilmenneet ryhmien väliset erot siis toteutuivat niin mediaanin kuin kuuden kuukaudenkin perusteella tehdyissä ryhmäjaossa.

Tapauskuvaukset

Tapauskuvaus 1. Lyhyt DUP (kaksi viikkoa)

20-vuotias Liisa tuli hoitoon psykoottisuuden vuoksi perheenjäsenensä toimesta. Hän oli ollut edeltävän viikon aikana sekava ja kärsinyt unettomuudesta, mikä tuli ilmi hänen vieraillessaan tuttavaperheen luona. Lähipiiri reagoi nopeasti Liisan tilanteeseen ja otti yhteyttä sairaalan henkilökuntaan. Kaikkiaan Liisan elämäntilanne oli erittäin hankala johtuen jokin aikaa sitten tapahtuneesta erosta. Tästä huolimatta osapuolet olivat yhteisten lasten vuoksi päivittäin tekemisissä toistensa kanssa. Näin ollen suhteen epämääräisyys heijastui Liisan elämään aiheuttaen osittaista toimintakyvyttömyyttä arkiaskareissa ja epäluuloisuutta ex-puolisoa kohtaan. Liisa oli ollut yksityisyrittäjänä, mutta jättäytyi työttömäksi heikon työtilanteen vuoksi ja halusi pohtia muita ammatillisia vaihtoehtoja. Liisan ihmissuhdetilannetta vaikeutti myös hänen suhteensa ex-puolisonsa kaveriin, joka kuitenkin loppui jonkin ajan kuluttua miehen toimesta. Tämän jälkeen Liisalle oli epäselvää, jatkaako yhteiselämää uudelleen ex-puolionsa kanssa.

Alkuhaastattelun yhteydessä tehtiin toimintakykyä ja oireita kartoittavat GAS –ja BPRS –testit. GAS –alkuarvot (35 pistettä) ja BPRS –pisteet (34) ilmensivät Liisan toimintakyvyn laskua ja kohtalaisia psykoottisia oireita. Hoitoperiodi kesti noin kolme kuukautta ja koostui viidestä hoitokokouksesta, kolmesta pariterapiatapaamisesta sekä yhdestä kotikäynnistä. Myös Liisan äiti osallistui kahteen hoitotapaamiseen. Tapaamisten keskeisenä aiheena oli parisuhteen epävarma tilanne ja sen aiheuttamat turvattomuuden tuntemukset molempien puolisoitten kohdalla. Liisan vointi vaihteli tapaamiskertojen välillä sekavasta mielentilasta johdonmukaiseen ajatteluun. Kolmen kuukauden hoitajakson jälkeen järjestettiin tapaaminen, jossa pohdittiin hoidon jatkumisen tarpeellisuutta ja päädyttiin hoidon lopettamiseen.

Kahden vuoden seuranta haastattelussa selvisi, että Liisa asui avoliitossa uuden miehensä kanssa ja heillä oli myös yksi yhteinen lapsi. GAS –arvo (85 pistettä) kertoi toimintakyvyn paranemisesta ja todettiin myös, ettei hänellä enää ilmennyt psykoottisia oireita. Liisa vaikutti tasapainoiselta ja tyytyväiseltä tilanteeseensa. Hän oli kaiken

kaikkiaan tyytyväinen saamaansa hoitoon ja katsoi toipuneensa noin kolmessa kuukaudessa.

Liisan tapaus kuvaa lyhyen hoitamattoman psykoosin keston kulkua sairastumisesta hoidon aloittamiseen. Hoitamattoman jakson keston lyhyteen vaikutti olennaisesti Liisan sosiaalisen verkoston nopea reagoiminen hänen psykoottiseen oireiluunsa ja nopea yhteydenotto sairaalaan. Tämän jälkeen myös auttava taho pystyi omalta osaltaan tarjoamaan ODAP-projektin periaatteen mukaisesti välitöntä apua Liisalle ja aloittamaan hänelle tarpeenmukaisesti kohdistetun hoitoprosessin.

Tapauskuvaus 2. Pitkä DUP (25 kuukautta)

30-vuotiaan Esan psykoottisuus havaittiin toisen perheenjäsenen psykoottisuuden vuoksi tehdyllä kotikäynnillä. Ennen oireilua hän oli joutunut lopettamaan työnsä ja samoihin aikoihin myös hänen parisuhteensa oli kariutunut. Esa oli opiskellut useita vuosia ja olikin akateemista lopputyötä vaille valmis arkkitehti. Muutama vuosi aikaisemmin Esa oli psykoottisuutensa vuoksi keskeyttänyt opintonsa ja palannut takaisin lapsuudenkotiinsa omien teoreettisten ideoidensa tarkempaa työstämistä varten. Ensimmäisellä kotikäynnillä perheen tilannetta kuvattiin kaoottisena, koska useampi perheenjäsen oireili psykoottisesti. Selvisikin, että Esa oli ollut psykoottisena kotonaan yli kaksi vuotta pystymättä huolehtimaan itsestään tai opinnoistaan. Hänellä oli ristiriitainen suhde isäänsä, jonka alkoholinkäyttö oli runsasta ja käytös väkivaltaista. Esa ei kertomansa mukaan tullut ollenkaan toimeen isänsä kanssa. Lisäksi Esan mieltä askarruttivat erilaiset vaihtoehdot tulevaisuutensa osalta. Tähän vaikutti se, että hän pohti tekisikö oman ratkaisunsa opiskeluiden lopettamisesta vai jatkaisiko niitä vanhempiensa toiveiden mukaan.

Alkuhaastattelun perusteella todettiin Esan toimintakyvyn olevan Liisan toimintakykyä alhaisempi ja hänen psykoottiset oireensa olivat voimakkaammat (GAS –arvot 21 ja BPRS –arvot 45). 1.5 vuoden hoitoperiodiin sisältyi kotikäyntejä sekä yksilöterapiaa ja lääkitystä. Perhetapaamisia ei voitu järjestää, koska osa perheenjäsenistä ei halunnut niihin osallistua. Tapaamisten aikana Esan vointi oli erittäin vaihtelevaa; joillakin tapaamisilla hän oli täysin psykoottisten ajatustensa

vallassa, mutta toisinaan taas hyvinkin johdonmukainen, asiallinen ja tavoitteellinen. Terapian keskeisenä sisältönä oli miettiä, miksi teoreettisten ideoiden pohtiminen oli Esalle niin tärkeää. Samalla keskusteltiin koko perheen tilanteesta ja opiskeluiden mahdollisesta jatkamisesta tulevaisuudessa.

Kahden vuoden seuranta-aikavälillä Esan tilanne oli hyvä, sillä hän opiskeli ja teki lopputyötään. Hänellä oli myös muutamia tuttavuuksia. Toisaalta Esalla oli edelleen outoja ajatuksia ja hän oli ahdistunut, mutta ei kuitenkaan kokenut tarvitsevänsä enää jatkohoitoa. Seurannan yhteydessä tehdyt GAS – ja BPRS –testit (GAS –pisteet 70 ja BPRS –pisteet 24) osoittivatkin, että hänen toimintakykynsä oli kohentunut ja selkeitä psykoottisia oireita ei enää ilmennyt. Myöhemmät seurannat kuitenkin osoittavat, ettei hän saanut lopputyötään valmiiksi eikä kyennyt työskentelemään koulutustaan vastaavissa tehtävissä. Kaiken kaikkiaan Esa oli tyytyväinen omaan tilanteeseensa ja kuntoutunut siinä määrin, että pystyi toimimaan työelämässä.

Esan tapaus puolestaan kuvastaa pitkän hoitamattoman psykoosin keston kulkua sairastumisesta hoidon aloittamiseen. Hoitamattoman jakson keston pitkittymiseen vaikutti olennaisesti Esan perheen kaoottinen kokonaistilanne, jolloin perhe ei pysytnyt reagoimaan Esan psykoottiseen oireiluun rakentavasti. Tämän seurauksena Esan psykoottisuus jatkui ja hän sai eristäytyä omaan maailmaansa. Perhetilanteen kärjistyttyä myös Esan tilanne tiedostettiin auttavien tahojen toimesta, jolloin hänenkin kohdallaan välittömän avun periaate toteutui hyvin ja tarpeenmukainen hoito aloitettiin. Seurantatietojen perusteella hoito onnistui hyvin ja Esan toimintakyky palautui riittävästi. Voidaankin todeta, ettei pitkä hoitamaton psykoosijakso suoraan ennusta huonoja hoitotuloksia ja heikkoa selviytymistä.

POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitamattoman psykoosin keston yhteyttä ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden oirekuvaan, hoidon sisältöön ja keston sekä psykososiaaliseen selviytymiseen kahden vuoden seurantajakson aikana. Lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmävertailujen kautta haluttiin selvittää ja tarkentaa mahdollisia ryhmien välisiä eroja edellä mainittujen teemojen osalta. Ryhmäjako toteutettiin mediaanin mukaan: lyhyt DUP (0-2 kk) ja pitkä DUP (3-25) kk ja yleisen kansainvälisen tutkimuksellisen aikarajan perusteella, jolloin ryhmät olivat: lyhyt DUP (0-5 kk) ja pitkä DUP (6-25 kk). Kahden ryhmäjaon perusteella haluttiin tutkia kyseisten jakojen vaikutusta tutkimusongelmiin, koska hoitamattoman psykoosin kesto on kaiken kaikkiaan lyhyt tässä aineistossa useisiin muihin tutkimuksiin verrattuna. Tätä kautta voitiin tutkia, onko tarkasteltavien hypoteesien kannalta merkitystä, että lyhyt DUP on kaksi tai viisi kuukautta. Lisäksi ryhmävertailujen avulla kartoitettiin, miten Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteet toteutuivat kyseisessä aineistossa. Ryhmätason tutkimustuloksia haluttiin vielä syventää tarkastelemalla Liisan ja Esan tapausta, joista toinen lukeutui lyhyen (kaksi viikkoa) ja toinen pitkän (25 kuukautta) DUP: in ryhmään.

DUP: in määrittäminen

Psykoosin alkamisen retrospektiivinen mieleen palauttaminen tuottaa usein vaikeuksia, sillä oireet saattavat vääristää alkamisajankohdan tulkintaa. Siihen on todettu vaikuttavan: havainnoijan huomiointikyvyn, mahdollisen sairauden kieltämisen, eksentrisyyden sietämiskyvyn ja sen, missä määrin psykoosin puhkeamiseen liittyy outoa käyttäytymistä (Craig ym., 2000; Norman & Malla, 2001). Psykoottisten oireiden alkaminen saattaa myös johtaa eriäviin mielipiteisiin sairastuneen henkilön ja havainnoijan välillä (Browne ym., 2000; Häfner ym., 1993). Subjektivisten oireiden, kuten hallusinaatioiden ja deluusoiden alkaminen on ehkä parhaiten identifioitavissa

potilaan omasta toimesta, kun taas perheenjäsenet tai muut havainnoijat pystyvät yleensä paremmin tuottamaan luotettavaa tietoa käyttäytymismuutoksista (McGorry, 1998). Myös tässä aineistossa hoitamattoman psykoosin keston määrittämisessä huomioitiin potilaan näkemyksen ohella hänen perheenjäsentensä käsitys asiasta, jolloin oireiden alkamisajankohdasta saatiin kattavampaa tietoa.

DUP ja psykoottiset oireet hoidon alussa

Ensimmäisen hypoteesin tulosten perusteella voidaan todeta DUP: in olevan hyvinkin merkittävästi yhteydessä henkilöiden psykoottisiin oireisiin kaikkiaan hoidon alussa. Mitä pidempi hoitamattoman psykoosin kesto oli, sitä heikompi henkilön yleinen psykososiaalinen toimintakyky ja sitä todennäköisemmin hänellä oli psykoottisia oireita kaikkiaan hoidon alussa. BPRS –alkuarvojen tilastollinen merkitsevyys jäi toteutumatta kenties siksi, että siinä henkilömäärä oli muita muuttujia huomattavasti alhaisempi. Lisäksi lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmät erosivat toisistaan psykoottisten oireissa molempien ryhmäjakojen mukaan. Tätä voidaan tulkita varhaisen intervention kautta: Mitä nopeammin henkilön hoito aloitetaan, sitä tehokkaammin voidaan vaikuttaa hänen oireisiinsa ja pyrkiä estämään niiden paheneminen. Saadut tulokset tukevat myös aiempien tutkimusten löydöksiä DUP: in ja oireiden sekä kokonaisvaltaisen toimintakyvyn välisestä yhteydestä (Drake ym., 2000; Edwards ym., 1998; Haas ym., 1998; Ho ym. 2000; Johannessen ym., 1999; Larsen ym., 1996, 1998; McGorry ym., 1996; Szymanski ym., 1996; Verdoux ym., 1998).

Edellä kuvatut tulokset ovat todennettavissa myös Liisan ja Esan tapauksissa. Liisan hoitamaton psykoottinen jakso kesti vain kaksi viikkoa, jolloin GAS- ja BPRS –testit osoittivat huomattavasti parempaa toimintakykyä ja lievempiä psykoottisia oireita Esaan verrattuna, jonka hoitamaton jakso oli kestänyt yli kaksi vuotta. Liisällä psykoottinen oireilu oli tapa yrittää selviytyä elämäntilannekriisin aiheuttamista stressitekijöistä; kriisi aiheutti psykoottisia oireita, jotka eivät kuitenkaan varhaisen intervention johdosta ehtineet kehittyä voimakkaammiksi. Myös Esan psykoottisuus saattoi olla keino selviytyä pitempiaikaisesta ristiriitaisesta perhetilanteesta ja opiskeluiden aiheuttamista paineista. Kuitenkin hänen tapauksessaan oireet pahenivat

eivätkä johtaneet hoitoon hakeutumiseen aiheuttaen huomattavaa ja pitkäaikaista toimintakyvyn heikkenemistä.

DUP ja hoidon sisältö

DUP oli yhteydessä myös hoidon sisältöä kuvaaviin muuttujiin eli hoitokokousten lukumäärään, yksilöterapiaan ja neuroleptien käyttöön kahden vuoden seurannan aikana. Mitä pidempi DUP henkilöllä oli, sitä enemmän hänellä oli ollut hoitokokouksia ja yksilöterapiaa sekä sitä enemmän hän oli käyttänyt neuroleptilääkitystä kahden vuoden aikana. Tämä voisi selittyä sillä, että pidempi hoitamaton jakso edellyttää enemmän hoidollisia interventioita. Tuloksia voidaan ymmärtää myös Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteiden kautta, koska niiden keskeisenä tavoitteena on huomioida kunkin henkilön yksilölliset hoidolliset tarpeet.

Tapauksissa kuvastuikin hoitamattoman psykoosin keston liittyminen siihen, millainen hoidon tarve henkilöllä on, ja millaiseksi hoitoprosessi rakentuu. Myös Avoimen dialogin hoitomalliin liittyvät hoidon yksilöllisyyden ja tarpeenmukaisuuden periaatteet toteutuivat molemmissa tapauksissa. Näin ollen hoito pystyttiin järjestämään kummankin tilanteen edellyttämällä tavalla.

Liisan elämäntilanteen kriisiytyminen liittyi lähinnä parisuhdeongelmiin, jolloin pariterapian kautta pyrittiin tarjoamaan molemmille osapuolille mahdollisuus ajatustensa ja tuntemustensa selkiyttämiseen. Koska Liisan hoitamattoman psykoosin kesto oli varsin lyhyt, se saattoi osaltaan lyhentää hoitoprosessia (noin kolme kuukautta) ja sisälsi enemmän tukea antavia sekä kriisin työstämiseen liittyviä elementtejä.

Esan hoitamattoman psykoosin kesto oli jo niin pitkittynyt, että se edellytti useampia hoidollisia interventioita: Hänen hoitoprosessinsa sisälsikin yksilöterapiaa, kotikäyntejä ja lääkitystä. Hoidon tavoitteena oli ylläpitää ja tukea hänen realiteetintajuaan sekä käsitellä opiskeluun ja ihmissuhteisiin liittyviä teemoja. Esan hoidon tarve oli huomattavampi Liisaan verrattuna, jolloin myös Esan hoitoprosessi kesti pitempään (noin 1,5 vuotta). Perheen merkitys Esan sairastumisprosessin kehitymisessä oli keskeinen, jolloin olisi ollut ensiarvoisen tärkeää ottaa koko perhe

mukaan hoitoprosessiin. Tähän ei kuitenkaan löytynyt riittävää yhteistyöhalua perheen puolelta.

Lääkityksestä voidaan todeta, että API- ja ODAP -projekteissa pyritään käyttämään neuroleptilääkitystä harkiten. Tällöin sen tarve määrittyy psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden perusteella, jolloin psykososiaalisen hoidon intensiivisyys korostuu. Lääkitys on tarpeen, mikäli jo hoidon alkuvaiheessa henkilöllä ilmenee selvä kroonistumistaipumus ja mikäli lääkehoito mahdollistaa psykoterapian toteuttamisen (Aaltonen ym., 2000; Alakare, 1999). Tässä tutkimuksessa DUP oli yhteydessä neuroleptien käyttöön kahden vuoden seurantajakson aikana, joka on ymmärrettävissä juuri pidemmän DUP: in kautta: vakavammat oireet edellyttävätkin usein lääkitystä, jotta muu hoito voidaan toteuttaa parhaalla mahdollisella tavalla. Lääkityksen merkitys on todettu myös muissa tutkimuksissa (Alakare, 1999; Barnes ym., 2000; Forsman, 1997; Remington, Kapur & Zipursky, 1998; Wyatt, 1991).

On kuitenkin huomioitava, etteivät mediaanin mukaiset lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmät eronneet lääkityksen käytössä toisistaan. Lääkitys ei olekaan ensisijainen hoitomuoto API ja ODAP -projekteissa, ja lisäksi DUP: in kokonaiskesto on tässä aineistossa suhteellisen lyhyt, jolloin merkitsevää eroa lääkityksen suhteen ei muodostu. DUP: in kokonaiskesto saattaa olla yhtenä selityksenä myös sille, etteivät DUP -ryhmät eronneet toisistaan muidenkaan hoidon sisällöllisten tekijöiden suhteen. Samoin alhaiset henkilömäärät kyseisten muuttujien kohdalla saattoivat alentaa tilastollista merkitsevyyttä. Tämä ilmeni juuri siinä, että neuroleptien käyttö erosi DUP -ryhmien välillä vain kuuden kuukauden ryhmäjaossa. Nämä erot selittyivätkin osittain sillä, että henkilömäärä oli lyhyen DUP: in ryhmässä 64 ja pitkän DUP: in ryhmässä 15. Tällöin pitkän DUP: in ryhmäläisten hoitamaton psykoottinen jakso oli huomattavasti pidempi, jolloin lääkityksen tarpeen todennäköisyys oli tässä ryhmässä suurempi mediaanin mukaiseen ryhmäjakoon verrattuna.

DUP ja hoidon kesto

DUP oli tulosten perusteella yhteydessä myös hoidon keston eli sairaalahoitoon ja lääkityksen käytön jatkumiseen. Mitä pidempi hoitamattoman psykoosin kesto oli, sitä enemmän henkilöllä oli sairaalahoitopäiviä ja -jaksoja sekä sitä todennäköisemmin

hänen lääkityksenä jatkui kahden vuoden aikana. Myös tässä selityksenä voisi olla se, että pidentynyt hoitamaton jakso edellyttää pidempää hoidollista jatkumoa. Sairaalahoitopäivien keskiarvot kuitenkin osoittivat, että pitkän DUP: in ryhmäläisillä oli huomattavasti enemmän tarvetta sairaalahoitoon lyhyen DUP: in ryhmäläisiin nähden. Tämä on todettu myös muissa tutkimuksissa (Edwards ym., 1998; Kauranen ym., 2000; Szymanski ym., 1996). Vaikka sairaalahoitajaksojen määrällinen ero tulikin esille molemmissa ryhmäajoissa, sillä ei niinkään ole käytännön merkitystä. Tämä siksi, että lyhyen DUP: in ryhmäläisillä ei keskimääräisesti ollut yhtään sairaalahoitajaksoa ja pitkän DUP: in ryhmässäkin keskiarvo jäi alle yhden. Tulosta voidaan ymmärtää juuri API- ja ODAP –projektien tavoitteen kautta, jolloin sairaalahoitoa ja lääkityksen käyttöä pyritään minimoimaan keskittymällä avo- ja kotihoidon mahdollisuuksiin. Tutkimuksissa onkin havaittu, että psykoottisen potilaan hoidossa tulisi aina huomioida kotihoidon mahdollisuudet (Aaltonen ym., 2000; Cullberg, 1999; Fitzgerald & Kulkarni, 1998; Haarakangas, 1999). On todettu, että hoitamattoman psykoosin kesto saattaa olla keskeinen tekijä kotihoidon onnistumisessa: lyhyempi DUP on osoittautunut kotihoidon kannalta menestyksekkäämmäksi (Fitzgerald & Kulkarni, 1998).

API –projektin tavoitteen mukaisesti Liisalla ja Esalla ei ollut sairaalahoitoa, vaan hoito toteutettiin avohoitona keskittämällä se heidän kotiinsa. Liisan hoidossa tämä toimi hyvin, koska hän sai olla lastensa kanssa eikä kotiympäristöön liittynyt hänen tilannettaan mahdollisesti pahentavia stressitekijöitä. Esan kohdalla puolestaan sairaalahoito olisi voinut olla keino irtaantua kaoottisesta kotiarjesta ja tuoda säännöllistä struktuuria hänen elämäänsä. Samoin se olisi ehkä luonut mahdollisuuden hänen itsenäistymisensä tukemiseen. Tämä prosessi oli eräällä tavoin pysähtynyt, koska hän vielä 30-vuotiaana asui kotona vanhempiensa kanssa. Hoitotapaamisten yhteydessä mietittiinkin yhtenä vaihtoehtona päiväosaston mahdollisuutta, johon Esa oli suostuvainen. Esan sairaalahoitoa ei kuitenkaan toteutettu.

DUP ja selviytyminen

Tulokset todensivat myös DUP: in yhteyden ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden oirekuvaan ja selviytymiseen kahden vuoden seurantajakson aikana. Mitä

pidempi henkilön hoitamattoman psykoosin kesto oli, sitä heikompi oli hänen psykososiaalinen toimintakykynsä ja vaikeampi oirekuvansa sekä sitä enemmän hänellä oli psykoottisia oireita ja relapseja. Yhteydet olivat tilastollisesti merkitsevämpiä kuin alkumittauksessa, mikä selittynee sillä, että hoitamattoman psykoottisen jakson kesto oli yhteydessä nimenomaan potilaan selviytymiseen; alkumittauksessa voidaan ainoastaan kartoittaa sen hetkiset oireet, mutta vasta hoidon jatkuessa DUP: in merkitys osana hoitoprosessia korostuu. Mikäli henkilöllä oli hoitoon tullessaan lyhyt hoitamaton psykoosijakso, hänen selviytymisensäkin oli parempaa verrattuna pitkään hoitamattomaan psykoosijaksoon.

Mediaanin mukaisen ryhmäjaon perusteella ryhmät erosivat selviytymisessä toisistaan, mutta kuuden kuukauden ryhmäjaon mukaan eroja ei enää ilmennyt. Yllättävää oli, etteivät ryhmät eronneet relapsien määrässä, vaikkakin ero oli lähellä tilastollisen merkitsevyyden rajaa. Näitä tuloksia voidaan selittää sillä, että suurin osa henkilöistä kuului lyhyen DUP: in ryhmään ja näin ollen heidän selviytymisensä oli yleisesti ottaen hyvää. Myös useissa muissa tutkimuksissa on todettu DUP: in olevan yhteydessä henkilön toipumiseen (Edwards ym., 1998; Haas ym., 1998; Helgason, 1990; Johnstone ym., 1990; Linszen ym., 1998; Loebel ym., 1992; McGlashan & Johannessen, 1996; McGorry, 1998; McGorry ym., 1996; Opjordsmoen, 1991; Szymanski ym., 1996; Verdoux ym., 1998) ja selviytymiseen (Crow ym., 1986; Johnstone, Crow, Johnson & Macmillan, 1986; Remington ym., 1998; Wyatt, 1991). Lisäksi uudelleensairastumista voitiin mahdollisesti ehkäistä tehokkaammin API – projektin hoidollisen ohjelman ja sen periaatteiden, kuten välittömän avun tarjoamisen, yksilöllisen hoidon muotoilemisen ja hoidon jatkuvuuden turvaamisen kautta.

Liisan ja Esan kahden vuoden seurantatiedot olivat yhteneviä tässä tutkimuksessa saatujen tulosten kanssa myös psykososiaalisen selviytymisessä. Liisan lyhyt hoitamattoman psykoosin kesto ennakoi jo itsessään nopeampaa toipumista ja parempaa kokonaisvaltaista selviytymistä. Hän koki itsekin toipuneensa kolme kuukautta kestäneen hoitjakson aikana ja oli tyytyväinen tilanteeseensa. Esankin selviytyminen oli hyvää hänen alkutilanteeseensa ja pitkään hoitamattomaan psykoottiseen jaksoonsa nähden. Kuitenkin Esan GAS – ja BPRS –testipisteet kertovat alentuneesta toimintakyvystä Liisaan verrattuna. Kummallakaan ei ollut enää selkeitä psykoottisia oireita, vaikkakin Esalla ilmeni toisinaan outoja ajatuskulkuja. Kahden vuoden kuluttua heillä ei ollut myöskään tarvetta jatkohoitoon, mutta Esalle suositeltiin pitkäaikaista yksilöterapiaa.

API –projektin hoidollinen ohjelma, välittömän avun toteutuminen ja yksilökohtaisen hoidon suosiminen ovat todennäköisesti olleet tärkeitä tekijöitä Liisan ja Esan tapauksessa uudelleensairastumisen ehkäisemisessä. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että pitkä hoitamattoman psykoosin kesto ei välttämättä suoraan ennusta huonoa hoitotulosta: Vaikka pitkän DUP: in ryhmäläisillä hoitotulos ja selviytyminen saattaa olla heikompaa lyhyen DUP: in ryhmäläisiin verrattuna, heidän toimintakykynsä voi säilyä riittävänä. Liisan psykoottinen oireilu auttoi häntä kriisiytyneen elämäntilanteen selvittämisessä, jolloin uusi psykoottinen oireilu ei enää elämäntilanteen selkiinnyttyä ollut kenties tarpeen. Esan selviytymistä edistivät hoidon lisäksi etäisyydenotto kotoa ja ruumiillinen työnteke opiskelujen sijasta, jotka konkreettisesti auttoivat häntä säilyttämään suhteensa realiteetteihin ja vähentämään psykoottista teoreettista ajattelua.

DUP ja sosiaaliset muuttajat

Mediaaniin perustuvalla jaolla DUP-ryhmäläiset erosivat toisistaan iän suhteen, mutta muutoin ryhmät olivat hyvinkin samantyyppisiä siviilisäädyn, asumismuodon ja työtilanteen osalta. Kuitenkin tulosten mukaan pitkän DUP: in ryhmissä oli enemmän eronneita ja perheettömiä henkilöitä. Suurin osa pitkän DUP: in ryhmäläisistä ei myöskään hakenut aktiivisesti työtä ja heidän elämänotteensa oli heikompi. Kansainvälisissä tutkimuksissa onkin todettu, että pidempi DUP liittyy matalampaan sosiaaliseen ja ammatilliseen toimintatasoon (Helgason, 1990; Johnstone ym., 1990; Kauranen ym., 2000; Loebel ym., 1992; McGorry ym., 1996; Opjordsmoen, 1991; Verdoux ym., 1998). Voidaan myös olettaa, että pitkittyessään hoitamattoman psykoosin jaksolla on kokonaisvaltainen henkilön elämänlaatua heikentävä vaikutus. Nämä seikat tukevat varhaisen intervention merkitystä, jolloin voidaan nopeammin ja tehokkaammin vaikuttaa henkilön oirekuvaan sekä sosiaalisen verkoston säilymiseen osana hoitoprosessia.

Edellä kuvatut tulokset olivat havaittavissa myös Liisan ja Esan tapauksissa. Liisalla oli sairastumisensa vuoksi tilapäistä toimintakyvyn laskua, sillä hän ei pystynyt huolehtimaan perheensä arkiaskareista. Kuitenkin hoidon kuluessa ja tilanteen selkiintyessä hänen elämänotteensa ja toimintakykynsä palautuivat ennalleen. Näin ollen myös hänen työkykynsä ja sosiaalinen toimintatasonsa säilyivät. Hän perustikin

uuden sekundaariperheen ja oli elämäänsä kaiken kaikkiaan tyytyväinen. Pitkästä hoitamattomasta psykoottisesta jaksosta huolimatta myös Esa oli seurantatietojen mukaan tyytyväinen elämäänsä. Lisäksi hän oli työelämässä, vaikka ei kuitenkaan kyennyt toimimaan koulutustaan vastaavissa tehtävissä, jolloin pitkä hoitamattoman psykoosin kesto oli osaltaan johtanut ammatillisen toimintatason laskuun. Hoitoa aloitettaessa Esan sosiaalinen aktiivisuus oli rajoittunut perheenjäseniin, mutta kahden vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta hänellä oli myös muutamia perheen ulkopuolisia tuttavuuksia.

Tapauksissa kuvastui selkeästi sosiaalisen verkoston merkitys hoitamattoman psykoottisen jakson kestossa ja hoitoprosessissa. Liisan sosiaalisen verkoston nopea reagoiminen hänen oireiluunsa vaikutti välittömän avunsaannin toteutumiseen ja oli näin osana hoitoprosessia. Esan lähipiiri ei reagoinut hänen psykoottisuuteensa, mikä johti hoitamattoman psykoosin keston pitkittymiseen eikä perhe missään vaiheessa integroitunut parhaalla mahdollisella tavalla osaksi hoitoa.

DUP ja Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteiden toteutuminen

Avoimen dialogin hoitomallin avulla on saavutettu merkittäviä tuloksia. Potilaiden laitostuminen on pysähtynyt ja samalla sairaalahoidon tarve on vähentynyt. Lisäksi heidän sosiaalinen ja ammatillinen toimintakykynsä on säilynyt paremmin traditionaalisiin, laitoskeskeisiin hoitomalleihin verrattuna (Haarakangas & Seikkula, 1999). Hoidon toteutumisen kannalta tulee muistaa myös se, että API -projektissa potilaiden hoito pyritään toteuttamaan heidän kotonaan.

Tässä tutkimuksessa Avoimen dialogin hoitomallin pääperiaatteiden toteutumista tutkittiin vain mediaaniin perustuvan ryhmäjaon mukaan. Tämä siksi, että kuuden kuukauden jaolla ryhmäkoot olisivat olleet huomattavan eri suuruiset. Hoidolliset periaatteet toteutuivat hyvin tai pääsääntöisesti hyvin lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmässä, joskin pitkän DUP: in ryhmäläisten toteutumisprosentit olivat hieman alhaisemmat. Tämä voi kertoa juuri siitä, että pitkä DUP liittyy usein huonompiin hoitotuloksiin (Edwards ym., 1998; Haas ym., 1998; Helgason, 1990; Johnstone ym., 1990; Linszen

ym., 1998; Loebel ym., 1992; McGlashan & Johannessen, 1996; McGorry, 1998; McGorry ym., 1996; Opjordsmoen, 1991; Szymanski ym., 1996; Verdoux ym., 1998).

Välittömän avun tarjoaminen toteutui erittäin hyvin etenkin lyhyen DUP: in ryhmässä, jolloin apua onnistuttiin tarjoamaan 24 tunnin sisällä yhteydenotosta. Tämä vaikuttaa osaltaan DUP: in lyhentymiseen, koska henkilöiden ei tällöin tarvitse odottaa avun saantia ja hoidon aloittamista pitkään. Myös tässä yhteydessä kuvastuu varhaisen intervention merkitys, joka on havaittu useissa muissakin tutkimuksissa (Crow ym., 1986; Edwards ym., 1998; Haas ym., 1998; Helgason, 1990; Johnstone ym., 1990; Linszen ym., 1998; Loebel ym., 1992; McGorry, 1998; McGorry ym., 1996; Opjordsmoen, 1991; Szymanski ym., 1996; Verdoux ym., 1998; Wyatt, 1991). Kuitenkin tässä aineistossa etenkin lyhyen DUP: in ryhmäläisillä hoitamattoman psykoosin kesto oli jo varsin lyhyt. Näin ollen voidaankin todeta, että välittömän avun tarjoamisen lisäksi myös hoitoon hakeutuminen on tapahtunut nopeasti.

Psykologinen jatkuvuus -periaate toteutui kummankin DUP -ryhmän kohdalla prosentuaalisesti heikoimmin. Tämä on yllättävää, koska välittömän avun tarjoamisen kautta ei kuitenkaan pystytty kaikilta osin turvaamaan hoidon jatkuvuutta. Toisaalta DUP: in kokonaiskesto oli aineistossa suhteellisen alhainen, ja tätä kautta se voi jo itsessään vähentää henkilöiden pitkäaikaista hoidon tarvetta kahden vuoden seurantajakson jälkeen.

Muiden tutkimustulosten perusteella on voitu todeta, että psykoosin puhkeamisen jälkeen on noin 2-5 vuoden kriittinen periodi. Sen aikana hoidon avulla voidaan saavuttaa maksimaalisia vaikutuksia taudin vakavuuden vähentämisen ja hoitotulosten kannalta (Birchwood, 1999; Birchwood ym., 1997). Kuitenkin tässä aineistossa ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden tilanteeseen voitiin ajallisesti suurelta osin vaikuttaa jo ennen tätä kriittistä vaihetta. Myös tämä voisi siis osaltaan selittää sitä, että hoitoperiaatteet toteutuivat molemmissa ryhmissä varsin hyvin eikä DUP-ryhmien välille muodostunut jyrkkiä eroja.

Liisan ja Esan kohdalla Avoimen dialogin hoitomallin kaikki pääperiaatteet toteutuivat hyvin. Esan tapauksessa välittömän avun saannin voidaan katsoa toteutuneen, vaikka hän oli ollut kotonaan psykoottisena yli kaksi vuotta. Kun henkilön oma sairautentunto häviää, sosiaalisen verkoston rooli nopeassa avun pyytämisessä korostuu. Liisan tilanteeseen voitiin vaikuttaa jo varhaisessa vaiheessa, mikä vaikutti hänen hyvään selviytymiseensä. Toisaalta Esankin hyvää selviytymistä voidaan pitkästä hoitamattomasta psykoottisesta jaksosta huolimatta ymmärtää myös kriittinen periodi –

ajatuksen kautta. Vaikka hoidon aloittaminen sinällään pitkittyi, sitä pystyttiin kuitenkin tarjoamaan 2-5 vuoden sisällä psykoosin puhkeamisesta. Esan tapaus onkin tärkeä osoitus siitä, ettei DUP-ryhmien välillä ilmenneet erot välttämättä ennusta yksittäisen potilaan hoitoprosessia ja selviytymistä. Näin ollen hoitamattoman psykoosin kestoa ei ole mielekästä tarkastella hoitoa ennustavana tekijänä, vaan pikemminkin hoidossa huomioitavana asiana; DUP tulisi huomioida hoitoa suunniteltaessa ja hoitoprosessin kulussa, mutta hoitamattoman psykoottisen jakson kesto ei sinällään johda tiettyihin hoidollisiin interventioihin.

Tutkimuksen rajoitukset

Tämän tutkimusasetelman perusteella ei voitu tehdä päätelmiä syy-seuraussuhteista, vaan ainoastaan todeta muuttujien väliset yhteydet tai ryhmien väliset erot. Kuitenkin käytetyt tilastolliset menetelmät vastasivat hyvin asetettuihin tutkimushypoteeseihin ja ne ovatkin yleisiä kliinisen tutkimuksen piirissä. Seuranta-aineiston avulla voitiin tutkia DUP: in vaikutuksia pidemmällä aikavälillä, jolloin tulokset olivat luotettavammin todennettavissa.

Tuloksia tulkittaessa on huomioitava ryhmien väliset ajalliset erot hoitamattoman psykoosin kestossa. Tämä aiheuttaakin tilastollisen ja sisällöllisen ristiriidan; psykologisesti ja sisällöllisesti mielekkäämpää tietoa olisi voitu saada jakamalla aineisto hoitamattoman psykoosin keston perusteella kolmeen ryhmään: lyhyen, keskipitkän ja pitkän DUP: in ryhmiin. Näin olisi mahdollisesti voitu luoda monipuolisempi kokonaiskuva DUP: ista psykologisena ilmiönä. Kuitenkaan edellä mainittu jako ei olisi ollut tilastollisten testien kannalta mielekästä, koska 24- kk ryhmään lukeutui vain kolme henkilöä. Näin ollen päädyttiin kahden ryhmän jakoon ja havainnollistamaan sekä konkretisoimaan saatuja tilastollisia tuloksia tapauskuvausten avulla.

Hoitamattoman jakson kesto vaihteli pitkän DUP: in ryhmissä kolme/kuusi–25 kuukauden välillä. Onko siis mielekästä, että näin suureen vaihteluväliin sijoittuvat hoitamattoman psykoosin kestot tulkitaan kuuluvaksi samaan ryhmään? Ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden tilanteen ei voida ajatella olevan verrannollisia, jos hoitamaton jakso on kestänyt kolme tai 25 kuukautta. Tämän seurauksena tulokset

saattoivat vääristyä, eivätkä ne välttämättä kerro todellisista eroista lyhyen ja pitkän DUP: in ryhmissä. On kuitenkin huomioitava, että ryhmäjakojen mahdollisesti aiheuttamat tilastolliset ongelmat eivät vaikuttaneet korrelatiivisia yhteyksiä tutkittaessa, koska siinä DUP: ia käytettiin jatkuvana muuttujana ilman ryhmäjakoa. Lisäksi otoskoko oli vaihteleva eri muuttujien osalta sekä seurantatiedoissa, jolla saattaa myös olla vaikutusta tilastolliseen merkitsevyyteen. Vaikka aineiston koko onkin tilastollisesti validi, suurempi otos olisi voinut vielä selkeämmin tuoda esille muuttujien väliset yhteydet ja DUP- ryhmien väliset erot.

Saatujen tulosten yleistettävyyteen vaikuttaa aineiston nivoutuminen hoidolliseen ohjelmaan. Niissä keskimääräinen DUP on yleensä huomattavasti alhaisempi verrattuna muihin tutkimuksiin. Lisäksi tällaisiin projekteihin, kuten API ja ODAP –projekteihin Suomessa sekä Australiassa toteutettuun EPPIC –projektiin, liittyy tietty hoidollinen malli, jonka kautta hoito toteutetaan ja tutkimustuloksia arvioidaan. API ja ODAP –projektien tavoin EPPIC –ohjelmassa on pyritty sairauden varhaiseen tunnistamiseen, neuroleptilääkityksen käytön ja sairaalahoidon vähentämiseen (Albiston, Francey & Harrigan, 1998; Johannessen ym., 1999; Lincoln ym., 1998; McGorry, 2000; Power ym., 1998). Saadut tulokset ovatkin useimmiten hyviä, koska hoito-ohjelmissa pyritään hyödyntämään yhtenäistä hoidollista viitekehystä sekä huomioimaan kunkin henkilön yksilölliset ja muuttuvat tarpeet sekä toteuttamaan potilaan hoito hänen kotonaan.

Tässä tutkimuksessa havaittiin hoitamattoman psykoosin keston yhteys ensikertaa psykoosiin sairastuneiden henkilöiden oirekuvaan, hoitoprosessiin ja psykososiaaliseen selviytymiseen. On kuitenkin todettava, että myös muut tekijät, kuten psykologiset tekijät, premorbidi sosiaalinen ja ammatillinen sopeutuminen sekä prodromaalioireet ja hoitoprosessi itsessään saattavat vaikuttaa hoitotuloksiin (Seikkula ym., 2001b). Lisäksi depressio ja varhaiset negatiiviset oireet voivat ennustaa huonoa hoitotulosta (Jackson & Birchwood, 1996). Näin ollen pidemmän hoitamattoman psykoosijakson vaikutukset saattaavat olla epäselviä ja sekoittuneena muihin sairastumisprosessia ennustaviin faktoreihin. Lisäksi DUP: in mahdollinen yhteys relapsiin saattaa peittyä muihin vahvempiin sitä ennustaviin tekijöihin, kuten lääkkitykseen suostumiseen, päihteiden väärinkäyttöön, tarjolla oleviin hoitomenetelmiin tai ympäristön stressaavuuteen (Norman & Malla, 2001; Norman, Townsend & Malla, 2001).

Tulevaisuudessa olisikin mielenkiintoista toteuttaa jatkotutkimus suuremman otoksen, ja sellaisen tilastollisen asetelman kautta, jossa voitaisiin ottaa kantaa muuttujien välisiin syy-seuraussuhteisiin. Tällöin olisi mahdollista selvittää tarkemmin,

mikä on DUP: in osuus hoitoprosessissa muiden muuttujien ohella. Lisäksi pidemmän seuranta-ajan avulla DUP: in merkitys ja vaikutukset voisivat näkyä kahden vuoden seurantajaksoa selkeämmin. Toisaalta tässäkin tutkimuksessa käytetyn aineiston kohdalla olisi myöhemmin mahdollista tutkia myös viiden vuoden seurantajakson tuloksia.

DUP: ia ilmiönä voisi pyrkiä tutkimaan myös pelkästään tapaustutkimusasetelman avulla, jolloin voisi verrata useampaa lyhyen ja pitkän DUP: in henkilöä. Tällöin voisi kartoittaa tarkemmin, mitä hoitamattoman psykoosin kesto merkitsee yksilötasolla ja samalla verrata ryhmätasolla henkilöiden elämänkulkua suhteessa DUP: iin. Näin voitaisiin selvittää, onko pitkän hoitamattoman psykoosijakson taustalla yhdistäviä tai sitä ennustavia tekijöitä ja mahdollisesti pyrkiä vaikuttamaan niihin jo ennen sairastumista.

Yleensä psykoosin hoito toteutetaan sairaalaympäristössä, jossa lähtökohtana ei ole tiettyä hoidollista ohjelmaa tai projektia. Näin ollen olisi mielenkiintoista toteuttaa tutkimus tällaisissa puitteissa, joka kenties heijastaisi paremmin nykyisen hoitojärjestelmän mahdollisia yhteyksiä DUP: iin ja tätä kautta hoitoprosessiin. Näin voitaisiin saada lisää tukea hoidollisten ohjelmien ja varhaisen intervention puolesta tai vastaavasti hälventää yleisesti vallitsevaa negatiivista asennoitumista sairaalahoitoa kohtaan. Myös tulevaisuudessa olisi tärkeää kiinnittää huomiota hoitamattoman psykoosin keston, koska sen on tässä ja useissa muissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä ensikertaa psykoosiin sairastuneen henkilön kokonaisvaltaiseen psykososiaaliseen selviytymiseen.

LÄHDELUETTELO

- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. (2000). Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito –projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Stakes, Raportteja 257. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alakare, B. (1999). Neuroleptilääkitys ja dialoginen hoitomalli akuutin psykoosin hoidossa. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim), Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön (s. 123-145), Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Alanen, Y. (1993). Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito. Porvoo: WSOY.
- Alanen, Y., Lehtinen, K., Rökköläinen, V. & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 83, 363-372.
- Albiston, D., Francey, S. & Harrigan, S. (1998). Group programmes for recovery from early psychosis. British Journal of Psychiatry, 172 (suppl.33), 117-121.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. APA. Washington, DC.
- Barnes, T., Hutton, S., Chapman, M., Mutsatsa, S., Puri, B. & Joyce, E. (2000). West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis. British journal of psychiatry, 177, 207-211.
- Birchwood, M. (1999). Early intervention in psychosis: the critical period. Teoksessa P. McGorry & H. Jackson (toim), The recognition and management of early psychosis. A preventive approach (s. 226-264), Cambridge: University Press.
- Birchwood, M., McGorry, P. & Jackson, H. (1997). Early intervention in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 170, 2-5.
- Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J., Larkin, C. & O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. British journal of psychiatry, 176, 173-176.
- Carbone, S., Harrigan, S., McGorry, P., Curry, C. & Elkins, K. (1999). Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode of psychosis: the impact of treatment approach. Acta psychiatrica skandinavica, 100, 96-104.

- Craig, T., Fennig, S., Tanenberg-Karant, M., Lavelle, J. & Galambos, N. (2000). Is there association between duration of untreated of psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? American journal of psychiatry, 157, 60-66.
- Crow, T., MacMillan, J., Johnson, A. & Johnstone, E. (1986). A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. British Journal of Psychiatry, 148, 120-127.
- Cullberg, J. (1999). Psykoosin hoidon parantavia ja parantumista estäviä tekijöitä. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim), Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön (s. 35-43), Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Drake, R., Haley, C., Akhtar, S. & Lewis, S. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. British Journal of psychiatry, 177, 511-515.
- Edwards, J., Maude, D., McGorry, P., Harrigan, S. & Cocks, J. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. British Journal of Psychiatry, 172 (suppl.33), 107-116.
- 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 (6), 766-771.
- Falloon, I., Coverdale, J., Laidlaw, T., Merry, S., Kydd, R., Morosini, P. & The OPT Collaborative Group. (1998). Early intervention for schizophrenic disorders. Implementing optimal treatment strategies in routine clinical services. British Journal of Psychiatry, 172, (suppl.33), 33-38.
- Fitzgerald, P. & Kulkarni, J. (1998). Home-oriented management programme for people with early psychosis. British Journal of Psychiatry, 172, (suppl.33), 39-44.
- Forsman, H. (1997). Psykoosin lääkehoito. Teoksessa K. Achté & T. Tamminen (toim), Psykoosi ja sen hoito (s. 190-221), Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Haarakangas, K. (1999). Psykoottisten kriisien kotihoito. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim), Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön (s. 96-106), Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Haarakangas, K. & Seikkula, J. (1999). Johdanto. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim), Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön (s. 7-14), Tampere: Tammer-Paino Oy.

- Haas, G., Garrat, L. & Sweeney, J. (1998). Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness. Journal of Psychiatric Research, 32, 151-159.
- Helgason, L. (1990). Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? Acta Psychiatrica Scandinavica, 81, 231-235.
- Ho, B., Andreasen, N., Flaum, M., Nopoulos, P. & Miller, D. (2000). Untreated initial psychosis: Its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. American journal of psychiatry, 157, 808-815.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W. & Riecher-Rössler, A. (1993). The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. British journal of psychiatry, 162, 80-86.
- Jackson, C. & Birchwood, M. (1996). Early intervention in psychosis: Opportunities for secondary prevention. British Journal of Clinical Psychology, 35, 487-502.
- Jackson, H., McGorry, P., Hulbert, E., Henry, L., Francey, S., Maude D., Cocks, J., Power, P., Harrigan, S. & Dudgeon, P. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. British Journal of Psychiatry, 172, (suppl.33), 93-100.
- Johannessen, J., Larsen, T. & McGlashan, T. (1999). Duration of untreated psychosis: An important target for intervention in schizophrenia? Nordic Journal of Psychiatry, 53, 275-283.
- Johnstone, E., Crow, T., Johnson, A. & Macmillan, J. (1986). The Northwick Park Study of first episode schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission. British Journal of Psychiatry, 148, 115-120.
- Johnstone, E., Macmillan, J., Frith, C., Benn, D. & Crow, T. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. British Journal of Psychiatry, 157, 182-189.
- Kauranen, A., Seikkula, J. & Alakare, B. (2000). Akuutin psykoosipotilaan sosiaalinen verkosto ja sen muutos verkostokeskeisessä hoidossa. Psykologia, 5, 403-415.
- Larsen, T., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E. & Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 103, 323-334.

- Larsen, T., Johannessen, J. & Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. British Journal of Psychiatry, *172*, (suppl.33), 45-52.
- Larsen, T., McGlashan, T. & Moe, L. (1996). First-episode schizophrenia: early course parameters. Schizophrenia bulletin, *22*, 241-256.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääköläinen, V., Syvälahti, E. & Vuorio, K. (1996). Integrated treatment modell for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis: The Finnish API project. Nordic Journal of Psychiatry, *50*, 281-287.
- Lincoln, C., Harrigan, S. & McGorry, P. (1998). Understanding the topography of the early psychosis pathways. An opportunity to reduce delays in treatment. British Journal of Psychiatry, *172* (suppl.33), 21-25.
- Linszen, D., Lenior, M., de Haan, L., Dingemans, P. & Gersons, B. (1998). Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. American journal of psychiatry, *172* (suppl. 33), 84-89.
- Loebel, A., Lieberman, J., Alvir, J., Mayerhoff, D., Geisler, S. & Szymanski, S. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. American journal of psychiatry, *149*, 1183-1188.
- McGlashan, T. (1996). Early detection and intervention in schizophrenia: research. Schizophrenia Bulletin, *22*, 327-345.
- McGlashan, T. (1998). Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. British Journal of Psychiatry, *172* (suppl.33), 3-6.
- McGlashan, T. & Johannessen, J. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizophrenia Bulletin, *22*, 201-222.
- McGorry, P. (1998). Preventive strategies in early psychosis: verging on reality. British Journal of Psychiatry, *172* (suppl.33), 1-2.
- McGorry, P. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: a core clinical and research challenge. Teoksessa B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (toim), Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness. Putting psychotherapies at the centre of treatment (s. 266-291), Glasgow: Bell & Bain Limited.
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. & Jackson, H. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bulletin, *22*, 305-326.

- Norman, R. & Malla, A. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. Psychological medicine, 31, 381-400.
- Norman, R., Townsend, L. & Malla, A. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. British Journal of Psychiatry, 179, 340-345.
- Opjordsmoen, S. (1991). Long-term clinical outcome of schizophrenia with special reference to gender differences. Acta Psychiatrica Scandinavica, 83, 307-313.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports, 10, 799-812.
- Pakaslahti, A. (1997). Psykoosien diagnoosi ja erotusdiagnostiikka. Teoksessa K. Aché & T. Tamminen (toim), Psykoosi ja sen hoito (s. 18-35), Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Power, P., Elkins, K., Adlard, S., Curry, C., McGorry, P. & Harrigan, S. (1998). Analysis of the initial treatment phase in first-episode psychosis. British Journal of Psychiatry, 172 (suppl.33), 71-76.
- Ram, R., Bromet, E., Eaton, W., Pato, C. & Schwartz, J. (1992). The natural course of schizophrenia: A review of first-admission studies. Schizophrenia Bulletin, 18, 185-207.
- Remington, G., Kapur, S. & Zipursky, R. (1998). Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 172 (suppl.33), 66-70.
- Seikkula, J., Aaltonen, J. & Alakare, B. (1999). Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan – kahden vuoden seurantatutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön (s. 107-122). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. Journal of Constructivist Psychology, 14, 247-265.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. Journal of Constructivist Psychology, 14, 267-284.
- Seikkula, J. & Haarakangas, K. (1999). Avoin dialogi akuutin psykoosin hoidon foorumina. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön (s. 172-186). Helsinki: Kirjayhtymä.

- Szymanski, S., Cannon, T., Gallacher, F., Erwin, R. & Gurr, R. (1996). Course of treatment response in first-episode and chronic schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 153, 519-525.
- Verdoux, H., Bergey, C., Assens, F., Abalan, F., Gonzales, B., Pavillac, P., Fournet, O., Liraud, F., Beaussier, J., Gaussares, C., Etchegaray, B., Bougeois, M. & van Os, J. (1998). Prediction of duration of psychosis before first admission. European Psychiatry, 13, 346-352.
- Waddington, J., Buckley, P. & Scully, P. (1998). Course of psychopathology, cognition and neurobiological abnormality in schizophrenia: developmental origins and amelioration by antipsychotics? Journal of Psychiatric Research, 32, 179-189.
- Wyatt, R. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 17, 325-351.
- Yung, A., Phillips, L., McGorry, P., McFarlane, C., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G. & Jackson, H. (1998). Prediction of psychosis. British Journal of Psychiatry, 172 (suppl.33), 14-20.

LIITE 1.

Muuttujaluettelo

Hoitamattoman psykoosin kesto

Ensimmäisen hoitotapaamisen yhteydessä työryhmä haastatteli potilasta ja hänen perhettään hoitoa edeltäneestä psykoottisten oireiden kestosta. DUP määritettiin alkaneeksi ensimmäisistä psykoottisista oireista ja loppuneen ensimmäiseen hoitotapaamiseen. Käsiteltäessä muuttujaa kaksiluokkaisena luokat olivat: mediaaniin perustuvan jaon mukaan lyhyen DUP: in (0-2 kk) ryhmä ja pitkän DUP: in (3-25 kk) ryhmä. Yleiseen tutkimukseen perustuvan 6 kuukauden jaon mukaan lyhyen DUP: in (0-5 kk) ryhmä ja pitkän DUP: in (6-25 kk) ryhmä.

Psykoottisia oireita hoidon alussa kuvaavia muuttujia

GAS-alkuarvot (Global Assessment Scale)

GAS –mittarilla arvioidaan potilaan psykiatrisia oireita, ihmissuhteiden määrää ja laatua sekä yleistä elämänhallinnan tasoa. Pistemäärät ovat asteikolla 0-99, jolloin pienempi arvo viittaa henkilön huonompaan psykososiaaliseen selviytymiskykyyn.

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

BPRS on psyykkisen tilan arvioimiseen kehitetty 20-kohtainen kyselylomake, jonka henkilökuntaan kuuluva työntekijä täyttää potilan haastattelun jälkeen. Lomakkeen kukin kohta mittaa tiettyä psyyken ominaisuutta tai psykopatologista oiretta, jotka pisteytetään asteikolla 1-7: 1 vastaa oireettomuutta ja 7 voimakkaimpia mahdollisia oireita. Loppupistemäärä muodostuu kaikkien kohtien yhteenlasketuista pisteistä.

Negatiiviset oireet

Muuttujaan sisältyy esimerkiksi eristäytyminen ja apaattisuus. Se on luokiteltu siten, että 0=ei negatiivisia oireita ja 1= on negatiivisia oireita

Psykoottiset oireet kaikkiaan

Muuttuja sisältää kaikki psykoottiset oireet hoidon alussa. Se on luokiteltu niin, että 0=ei psykoottisia oireita, 1=lieviä oireita silloin tällöin, 2= lieviä oireita jatkuvasti tai kohtalaisia oireita ajoittain, 3= kohtalaisia oireita jatkuvasti tai voimakkaita oireita ajoittain, 4= voimakkaita oireita lähes koko ajan

Hoidon sisältöä kuvaavat muuttujat*2 vuoden hoitokokousten lukumäärä**2 vuoden yksilöterapia*

Yksilöterapiaksi ei lasketa pelkkiä yksilökontakteja potilaan kanssa; varsinainen yksilöterapia edellyttää sitä, että potilas suunnitellusti tapaa saman hoitohenkilön vähintyn merkityn käyntitiheyden puitteissa ja että terapia kestää vähintään 6 kuukautta. Yksilökontakti voi eri hoitokerroilla tapahtua eri hoitohenkilöön. Muuttujan luokitus on: 0= ei yksilöterapiaa, 1=kyllä

2 vuoden muut terapiat

Sisältää taide-, toiminta-, fysio-, yms. terapiat luokiteltuna 0= ei terapiaa, 1= kyllä

*2 vuoden muiden terapiaatapaamisten lukumäärä**2 vuoden neuroleptien käyttö*

Hoidon kestoon liittyvät muuttujat

2 vuoden sairaalapäivät yhteensä

2 vuoden sairaalahoitjaksojen määrä

2 vuoden neuroleptien käytön jatkuvuus

Muuttuja on luokiteltu niin, että 0= ei lainkaan neuroleptilääkitystä, 1= neuroleptilääkitys lopetettu, 2= neuroleptilääkitys jatkuu

Henkilöiden psykoselviytymiseen liittyvät muuttujat

2 vuoden GAS-arvot

2 vuoden BPRS-arvot

2 vuoden negatiiviset oireet

2 vuoden psykoottiset oireet kaikkiaan

2 vuoden relapsien määrä

Psykoottiset tai muut vaikeat oireet vaativat lopetetun hoidon uudelleen aloittamista tai meneillään olevan hoidon intensiteetin olennaista lisäämistä

Hoidon jatkuminen

Muuttuja on luokiteltu siten, että 0= hoito jatkuu, 1= hoito lopetettu yhdessä sopien, 2= hoito loppunut sovitusti, vaikkakin kesken, 3= hoito loppunut sopimatta, 4= kuollut

Avoimen dialogin hoitoperiaatteita kuvaavat muuttujat

Välittömän avun tarjoaminen kriisissä olevalle

Hoidon joustavuus ja liikkuvuus

Sosiaalisen verkoston huomioiminen osana hoitoprosessia

Työntekijöiden vastuullisuus

Hoidon psykologisen jatkuvuuden turvaaminen

Epävarmuuden sietäminen

Dialogisuus hoitokeskustelun muotona

Edellä kuvattujen periaatteiden toteutumista on arvioitu neliportaisen luokituksen kautta: 0=toteutunut hyvin, 1=toteutunut pääsääntöisesti pienin poikkeuksin, 2=ongelmia toteutumisessa, 3=periaate ei toteutunut ajattelussa muodossa.

Sosiaaliset muuttujat

Siviilisäätty

Muuttuja on luokiteltu siten, että 1= naimaton, 2= avio/ avoliitossa, 3= avio/ avoliitossa lapsia, 4= eronnut

Asumistilanne

Muuttuja on luokiteltu siten, että 1= asuu primaariperheessä, 2= asuu yksin, 3= asuu sekundaariperheessä

Työtilanne

Muuttuja on luokiteltu siten, että 1= koulussa, 2=työelämässä edeltäneen kahden vuoden aikana, 3= ollut työttömänä yli kaksi vuotta, 4= eläkkellä (tai sairauspäivärahalla), 5= ei työnhakijana

Elämänote

Kokonaisarvio, joka koskee lähinnä viimeisiä kuukausia ennen hoitoon tuloa. Kysymyksellä tarkoitetaan sen selvittämistä, ovatko henkilöt menettäneet otettaan tavanomaisista aikuisen elämään kuuluvista ihmissuhteisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin liittyvistä päämääristä ja tyydytysmuodoista tai tämän otteensa säilyttäneet. Tärkeää on, että psykoottisten oireiden esiintymistä ei tässä arviossa oteta huomioon. Luokittelu on seuraava: 0= hyvä elämänote, 1= elämänote pääasiallisesti säilynyt, 2= elämänotteesta on huomattava osa kadonnut, 3= luopunut tavoitteista