

Skitsofreniakirjon häiriöiden yhteys painajaisiin

Ada Alare, Suvi Rinne ja Emma Sainio

Kandidaatintutkielma

Ohjaaja: Johanna Kaakinen

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Psykologian ja logopedian laitos

Psykologia

23.5.2025

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu

Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO

Psykologian ja logopedian laitos

ALARE, ADA; RINNE, SUVI; SAINIO, EMMA: Skitsofreniakirjon häiriöiden yhteys
painajaisiin

Kandidaatintutkielma, 29 s.

Psykologia

Toukokuu 2025

Tämän katsauksen tavoitteena oli tarkastella painajaisten ja skitsofreniakirjon häiriöiden välistä yhteyttä. Aiemman tutkimustiedon mukaan painajaiset ovat yleensä yhteydessä mielenterveyden häiriöihin, mutta erityisesti skitsofreniakirjon häiriöitä ei ole tarkasteltu aiemmissä katsauksissa. Tutkimuksemme suoritettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Mukaan valikoitui yhteensä 12 tutkimusartikkelia, jotka koottiin suorittamalla kirjallisuushaku tietokannoissa PubMed, PsycInfo ja CINAHL. Artikkelien tutkimusasetelmat olivat keskenään osin erilaisia, mutta kaikkien tutkimuskohteena oli skitsofreniakirjon häiriöiden tai niihin liittyvien piirteiden yhteys painajaisiin. Katsauksemme tulokset viittaavat siihen, että skitsofreniakirjon häiriön diagnoosi ja skitsotyypilliset piirteet ovat yhteydessä suurempaan painajaisten määrään, ja ilmiöiden välillä esiintyy tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Painajaiset ovat tämän potilasryhmän elämänlaadun kannalta merkittävä oire, ja niiden yhteys häiriön kulkuun tulisi ottaa huomioon kliinisissä palveluissa skitsofreniakirjon häiriöiden hoidossa ja diagnosoinnissa. Aiheesta kaivattaisiin tuoreempaa ja metodologisesti pitävämpää tutkimusta, jossa tutkimusasetelmissa olisi mukana kontrolliryhmät, ja jossa skitsofreniakirjoa ja painajaisia koskevat määritelmät olisivat tarkempia ja yhtenäisempiä. Tuleva tutkimus voisi myös keskittyä tarkemmin ilmiöiden väliseen syy-seuraussuhteeseen.

Asiasanat: skitsofreniakirjon häiriöt, skitsofrenia, painajaiset

Sisällysluettelo

1 Johdanto.....	4
1.1 Skitsofrenia ja muut skitsofreniakirjon häiriöt.....	4
1.2 Painajaiset.....	5
1.3 Skitsofrenian ja painajaisten yhteys.....	6
1.4 Tutkimuskysymys ja hypoteesi.....	8
2 Menetelmät.....	8
3 Tulokset.....	10
3.1 Tutkimusten kuvailu.....	10
3.2 Skitsofreniakirjon oireiden arviointimenetelmät.....	13
3.3 Painajaisten mittausmenetelmät.....	14
3.4 Skitsofreniakirjon ja painajaisten välinen yhteys.....	16
4 Pohdinta.....	22
4.1 Katsauksen vahvuudet ja rajoitukset.....	24
4.2 Jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset.....	25
4.3 Lopuksi.....	25
Lähteet.....	27

1 Johdanto

Painajaiset ovat yleinen, mutta usein huomiotta jäävä ilmiö mielenterveyden tutkimuksessa. Suurin osa ihmisistä on kokenut painajaisia ainakin jossain vaiheessa elämäänsä, mutta tietyille ryhmille ne ovat huomattavasti yleisempiä ja voivat liittyä psyykkisiin häiriöihin (Lemyre ym., 2019). Tässä katsauksessa tarkastelemme painajaisten yhteyttä erityisesti skitsofreniakirjon häiriöihin.

Skitsofreniakirjon häiriöt (engl. *schizophrenia spectrum disorders*) viittaavat psykoottisiin häiriöihin, joille on ominaista harhaluulot, aistiharhat ja poikkeava tunneilmaisuus ja kognitiot (Terveystieteiden tutkimuskeskus [THL], 2012). Kirjon häiriöihin luokitellaan ICD-10-tautiluokituksen mukaan skitsofrenian (engl. *schizophrenia*) lisäksi skitsotyyppinen häiriö eli psykoosipiirteinen persoonallisuus (engl. *schizotypal personality disorder*) ja skitsoaffektiiviset häiriöt (engl. *schizoaffective disorders*). Painajaiset määrittelemme tässä katsauksessa uniksi, joihin liittyy voimakkaita negatiivisia tunteita kuten pelkoa tai ahdistusta, ja jotka usein herättävät nukkujan ja jäävät ainakin hetkellisesti hyvin mieleen. Ne myös heikentävät usein unen laatua ja vaikuttavat siten päivittäiseen toimintakykyyn ja muuhun psyykkiseen hyvinvointiin (Lemyre ym., 2019).

Painajaisten on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yleisempiä mieliala- tai psykoosisairautta sairastavilla verrattuna kontrolliryhmään (Ambar Akkaoui ym., 2020), joten on syytä olettaa, että vastaavaa ilmiötä on löydettävissä myös skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten välillä. Aiemmat katsaukset eivät ole tarkastelleet tätä yhteyttä suoraan. Tämä katsaus pyrkii täyttämään tätä aukkoa aiemmassa tutkimuksessa.

1.1 Skitsofrenia ja muut skitsofreniakirjon häiriöt

Skitsofreniakirjon häiriöille ominaista on poikkeavuudet harhojen, hallusinaatioiden, sekavan ajattelun tai puheen, motorisen käyttäytymisen (esimerkiksi katatonia) tai negatiivisten oireiden (esimerkiksi vähäinen tunneilmaisuus tai anhedonia) muodossa (American Psychiatric Association [APA], 2015). Häiriöihin liittyy usein myös erilaisia vääristymiä ajattelussa ja havainnoissa sekä sopimattomia tunnekokemuksia (THL, 2012).

Skitsoaffektiivisten häiriöiden suurin ero skitsofreniaan on mielialaan liittyvät oireet (APA, 2013). On yleistä, että skitsofreniaan liittyy masennusoireita esimerkiksi psykoottisen jakson

jälkeen, mutta tämä ei ole sama kuin skitsoaffektiivinen häiriö (THL, 2012). Skitsoaffektiivisiin häiriöihin kuuluu nimenomaan samanaikaiset mieliala- ja skitsofreniaoireet. Skitsotyyppinen häiriö on enemmän persoonallisuushäiriön kaltainen, jonka piirteisiin kuuluu erikoinen käytös sekä ajattelun, kognition ja tunne-elämän poikkeavuudet (APA, 2013; THL, 2012). Oireet voivat muistuttaa skitsofrenian oireita. Skitsotyyppisen häiriön kulku on yleensä suhteellisen muuttumaton, mutta joskus se saattaa kehittyä skitsofreniaksi.

Skitsofrenian ennustavat tekijät ovat osittain tuntemattomia. Tiedossa kuitenkin on, että skitsofreniaan sairastuminen vaatii monen perimän ja ympäristön riskitekijän kumuloitumista (APA, 2013; Lönnqvist ym., 2023). Skitsofrenian taudinkulku on kovin vaihteleva (APA, 2015). Se saattaa jopa johtaa vaikeaan vammautumiseen, mutta toisaalta jotkut henkilöt saattavat toipua täydellisesti. Maailmanlaajuisesti skitsofrenian esiintyvyyden arvioidaan olevan noin 1 %, mutta tämä arvio on suhteellisen epätarkka (APA, 2015; Lönnqvist ym., 2023).

Oireita, jotka ilmenevät ennen varsinaista sairautta, kutsutaan ennakko-oireiksi tai prodromaalioireiksi (Lönnqvist, 2023). Yleisiä skitsofrenian ennakko-oireita ovat muun muassa erilaiset unihäiriöt. Tämän lisäksi häiriintynyt unirytmä voi olla skitsofrenian diagnoosia tukeva liittännäispiirre (APA, 2013).

1.2 Painajaiset

Painajaisille ei ole olemassa yksittäistä yleisesti hyväksyttyä kliinisessä tai tutkimuskäytössä olevaa määritelmää (Sandman, 2019). DSM-5 -luokitus määrittelee painajaiset toistuviksi, pitkäkestoisiksi, voimakkaita negatiivisia tunteita sisältäviksi ja voimakkaasti muistiin painuviksi uniksi, joihin liittyy yleensä uhka selviytymiselle, turvallisuudelle tai fyysiselle koskemattomuudelle (Schredl & Göriz, 2018). ICD-10 -luokitus puolestaan määrittelee painajaiset unikokemuksiksi, joiden tunnesävy on voimakkaan ahdistunut tai pelokas. Kansainvälinen unihäiriöiden luokitus (ICDS-3) rajaa painajaiset intensiivisen pelottaviin uniin, jotka herättävät nukkujan, ja joiden jälkeen tämä on yhä ahdistunut (Sandman, 2019).

Painajaiset luokitellaan parasomnioiden joukkoon, ja parasomniat puolestaan määritellään uneen, tiettyihin unen vaiheisiin tai uni-valve -siirtymään liittyviksi epätavallisiksi

kokemuksiksi, fysiologisiksi tapahtumiksi tai käyttäytymiseksi (APA, 2013). Satunnaiset painajaiset ovat normaali osa unennäköä, mutta pienellä osalla ihmisistä painajaisia esiintyy viikoittain tai useammin, jolloin niistä voi aiheutua kliinistä huomiota vaativia ongelmia. Tämän vuoksi satunnaiset painajaiset tulee erottaa painajaishäiriöstä, joka on diagnosoitavissa oleva parasomnia, ja siten aiheuttaa yksilölle merkittävää kärsimystä tai toimintakyvyn laskua (Ambar Akkaoui ym., 2020). Kroonisesti painajaisista kärsiviä on yleisväestössä suhteellisen vähän, mutta psykiatrisista häiriöistä kärsivillä henkilöillä painajaiset ovat merkittävästi yleisempiä.

Painajaiset voidaan jakaa kahteen tyyppiin (Sandman, 2019). Idiopaattiset painajaiset aiheuttavat negatiivisia tunteita, mutta eivät liity sisällöltään selvästi valvemaailman tapahtumiin. Traumaperäiset painajaiset taas ovat painajaisia, joiden sisältö voidaan selvästi yhdistää johonkin henkilön todella kokemaan traumaattiseen tapahtumaan. Toinen painajaisia lähellä oleva parasomnia on yöllinen kauhukohtaus. Painajaiset kuitenkin erottuvat yöllisistä kauhukohtauksista siten, että painajaisten sisältö muistetaan heräämisen jälkeen. Tässä katsauksessa tarkastelemme idiopaattisia painajaisia, eikä mukana ole yöllisiä kauhukohtauksia.

1.3 Skitsofrenian ja painajaisten yhteys

Aiemmin on tehty katsauksia psykoosioireista ja unihäiriöistä laajemmin, mutta yhdessäkään tutkimuksessa ei vielä ole keskitytty yksinään skitsofreniakirjon häiriöihin ja painajaisiin (Ambar Akkaoui ym., 2020; Clarke ym., 2021; Reeve, ym., 2015). Aiemmat systemaattiset katsaukset ovat tarkastelleet muun muassa unihäiriöitä psykoosin riskiryhmässä olevilla, unihäiriöitä masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai psykoosisairauksia sairastavilla tai unihäiriöitä yhteydessä positiivisiin psykoottisiin kokemuksiin. Lemyre ja kumppanit (2019) tarkastelivat katsauksessaan painajaisia ja mielenterveyden häiriöitä, mutta katsaus ei ole systemaattinen ja siinä käsitellään ainoastaan pintapuolisesti skitsofreniakirjon häiriöitä.

Empiirisen tutkimustiedon mukaan painajaiset ovat yleensä yhteydessä mielenterveyden häiriöihin (Lemyre ym., 2019). Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä painajaiset ovat myös usein yhteydessä muun muassa suurempaan itsemurhariskiin. Myös Ambar Akkaoui ja kumppanit (2020) havaitsivat katsauksessaan, että painajaiset olivat yleisempiä mieliala- tai psykoosisairautta sairastavilla verrattuna kontrolliryhmään. Painajaisilla oli heidän

katsauksessaan myös yhteys itsetuhoisuuteen ja itsemurhayrityksiin. Erityisesti itsemurhariskin huomioon ottaen aiheesta on todella tärkeä tutkia lisää. Muutamat aiheesta tehdyt pitkittäistutkimukset viittaavat siihen, että unihäiriöt voisivat ennustaa myöhempiä psykoottisia kokemuksia (Reeve ym., 2015). Se, liittyykö yhteyteen kausaalisuutta on kuitenkin vielä epäselvää.

Psykoosihäiriöiden ja unihäiriöiden - ja siten myös tarkemmin skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten - välistä yhteyttä voidaan selittää useilla erilaisilla teorioilla (Reeve ym., 2015). Kognitiiviset teorat selittävät yhteyttä unihäiriöiden aiheuttaman unenpuutteen kognitiivisten vaikutusten avulla. Tämän voitaisiin ajatella koskevan myös painajaisia, sillä painajaiset määritellään usein siten, että ne herättävät nukkujan kesken unisyklin tai heikentävät unen laatua (Lemyre ym., 2019). Unenpuute voi aiheuttaa samankaltaista oireilua kuin psykoositila: kun aivot eivät saa riittävä määrä erityisesti syvää unta, niiden kyky erottaa merkityksellinen tieto turhasta tiedosta heikkenee (Reeve ym., 2015). Unenpuute voi pahentaa ajattelun erheitä ja vääristyneitä ajatusprosesseja, jotka ovat keskeisiä piirteitä hallusinaatioissa ja harhaluuloissa.

Kognitiivisissa teorioissa myös tunne-elämän oireilu, kuten ahdistuneisuus, masentuneisuus ja murehtiminen, on nostettu esiin mahdollisena linkkinä psykoottisen oireilun ja unihäiriöiden välillä (Reeve ym., 2015). Kognitiivisten teorioiden lisäksi psykoottisen oireilun ja unihäiriöiden välistä yhteyttä selitetään myös erilaisilla biologisilla tekijöillä, kuten niihin liittyvillä yhtenevillä aivojen kehityksellisillä muutoksilla. Mahdollisena selittävänä tekijänä on nostettu esiin myös psykoottisiin häiriöihin usein liittyvä uni-valve-syklin poikkeavuus, joka on yleistä skitsofreniakirjon häiriöitä sairastavilla. Poikkeava vuorokausirytmä on yhteydessä melatoniinin epätasapainoon, ja melatoniini puolestaan vaikuttaa dopamiinin, joka on keskeinen psykoosiin liittyvä välittäjäaine. Tällä tavoin poikkeava vuorokausirytmä voi epäsuorasti pahentaa psykoottista oireilua.

Tarkemmin nimenomaan painajaisten yhteyttä skitsofreniakirjon häiriöihin voidaan selittää erityisesti painajaisten ja psykoottisten oireiden välisillä fenomenologisilla samankaltaisuuksilla, kuten tietoisuuden hämärtymisellä, heikommalla kognitiivisella hallintakyvyllä ja epävakailta tunnekokemuksilla (Mason & Wakerley, 2012). Tämän näkökulman mukaan unien voidaan nähdä muistuttavan skitsofrenian positiivisissa oireissa, kuten hallusinaatioissa ja harhaluuloissa, ilmenevää todellisuudentajun vääristymistä. Sekä

painajaisunissa että psykoottisessa oireilussa on kyse mielen sisäisesti luoduista, mutta todentuntuisista kokemuksista. Unissa esiintyy enemmän esimerkiksi maagista ajattelua, aistillisia vääristymiä ja vainoharhaisuutta kuin valveen aikana.

1.4 Tutkimuskysymys ja hypoteesi

Unihäiriöihin ja skitsofreniaan liittyvässä kirjallisuudessa on paljon vaihtelua sen suhteen, mitä tarkalleen on tutkittu ja millä menetelmillä (Reeve ym., 2015). Tämän lisäksi unihäiriöitä ja skitsofreniaa käsitellään harvoin suoraan. Tämän vuoksi tarkastelemme tutkimuskysymyksenämme sitä, onko skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisien välillä yhteyttä ja kuinka suuri mahdollinen yhteys on. Hypoteesimme on, että skitsofreniakirjon häiriöitä sairastavilla esiintyy enemmän painajaisia. Tätä hypoteesia tukevat tutkimukset, jotka viittaavat yhteyteen painajaisien ja mieliala- tai psykoosisairauksien välillä (Ambar Akkaoui, 2020) ja tutkimukset, joiden mukaan painajaisia esiintyy enemmän mielenterveyden häiriöistä kärsivillä (Lemyre, 2019).

2 Menetelmät

Tutkimus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineisto kerättiin kolmesta tietokannasta: PubMed, PsycInfo ja CINAHL. Näihin tietokantoihin päädyttiin siksi, että niistä löytyy kattavasti tutkimuksia sekä lääketieteen että psykologian alalta, ja aiheemme sivuaa hieman näitä kumpaakin. Suoritimme lopulliset tietokantahaut PubMedistä ja PsycInfosta 19.2.2025 ja teimme täydentävän haun Cinahl-tietokannasta 25.2.2025. Käytimme seuraavia hakulausekkeita:

PubMed: (nightmare* OR bad dream*) AND (schizophreni* OR "schizophrenia"[MESH])

PsycInfo: (nightmare* OR bad dream*) AND (schizophreni*)

CINAHL: (nightmare* OR bad dream*) AND (schizophreni*)

Hakusanoja haettiin koko teksteistä, eikä niitä rajattu ainoastaan otsikoihin tai abstrakteihin. PsycInfon ja Cinahl-tietokannan tulokset rajattiin vertaisarvioituihin artikkeleihin.

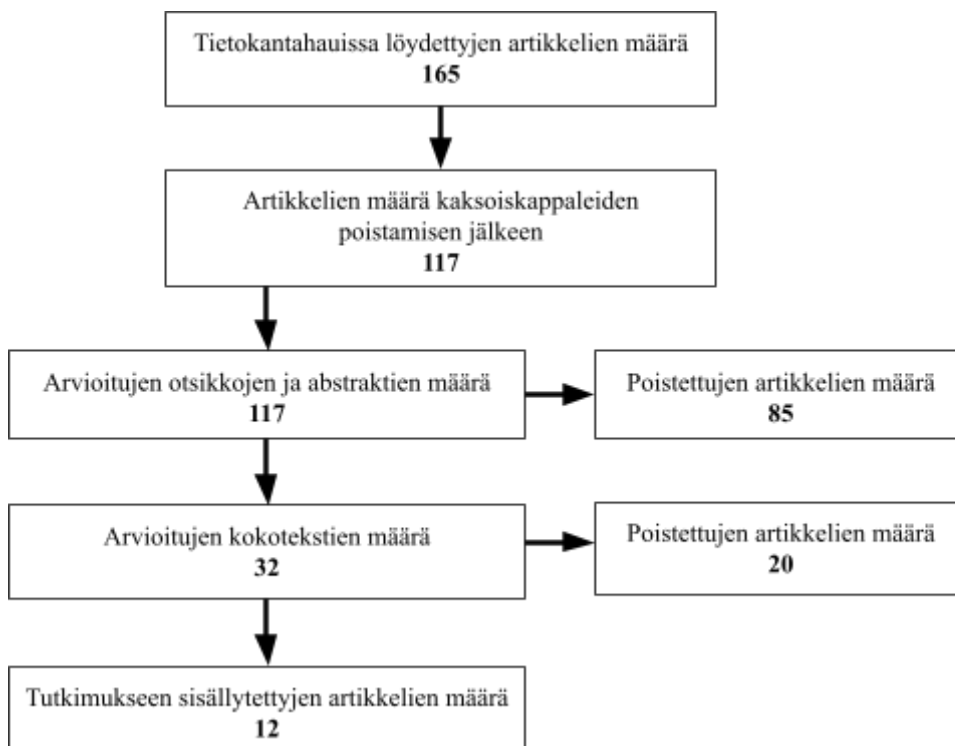
Artikkelien sisäänottokriteereinä käytettiin seuraavia ehtoja: 1) skitsofrenia tai muu skitsofreniakirjon häiriö on diagnosoitu tai sitä on mitattu oirekyselyllä, 2) tutkimukseen osallistujilla ei ole mitään muuta diagnosoitua häiriötä, joka olisi erityisen tarkastelun kohteena, 3) tutkimus ei ole case study -muotoinen eli yksittäistapaustutkimus, 4) artikkeli on

englanninkielinen ja 5) tutkimukseen osallistujilla ei ole taustalla päihteiden käyttöä tai lääkitystä, joka olisi erityisen tarkastelun kohteena.

Tietokantahauista löytyi yhteensä 165 artikkelia, joista jäljelle jäi 117 artikkelia kaksoiskappaleiden poistamisen jälkeen. Tarkastelimme sokkoutetusti artikkelien otsikot ja abstraktit Rayyan-ohjelman (Ouzzani ym., 2016) avulla, jonka jälkeen kokotekstiarviointiin jäi 32 artikkelia. Kun olimme lukeneet kaikki 32 artikkelia tarkemmin, päädyimme vielä poistamaan 20 artikkelia. Lopullinen katsaukseen sisällytettyjen artikkelien määrä oli 12. Jokaisessa vaiheessa erimielisyydet artikkeleiden sisällyttämisestä ratkottiin yhteisellä keskustelulla. Tutkimuksen eteneminen on kuvattu vuokaaviona kuvassa 1.

Kuva 1

Vuokaavio artikkelien sisällyttämisestä tutkimukseen



Tietokantahakujen ja seulonnan jälkeen analysoimme jäljelle jääneet tutkimukset ja kokosimme niistä katsauksen kannalta olennaisimmista tiedoista työskentelytaulukon. Olennaisimmat tiedot olivat tutkimuksen tekijät ja julkaisuvuosi, otoskoko, käytetyt mittarit, korrelaatiokertoimet ja tutkimusten päätulokset. Osassa artikkeleista oli tarkasteltu skitsofreniakirjon häiriön ja painajaisten välisen yhteyden lisäksi myös muita muuttujia, kuten muita psykiatrisia häiriöitä tai itsemurhariskiä. Näiden artikkelien kohdalla päädyimme jättämään katsauksen kannalta epäolennaiset tutkittavat ja tulokset raportoimatta taulukoissa ja tuloksissa.

Yhteensä viidelle artikkelille (Levin, 1998; Lusignan ym., 2009; Mahfoud ym., 2023; Najam & Malik, 2003; Okorome Mume, 2009) laskimme korrelaatiokertoimet käyttämällä Psychometrican efektikokolaskureita (Lenhard & Lenhard, 2022). Yksi käyttämämme laskuri perustui eri otoskoon ryhmien vertailuun, kun taas toinen laskee korrelaatiokertoimen riippumattoman t-testin tuloksen perusteella. Ensimmäisestä laskurista tulokseksi annettiin efektikoko Cohenin d , joten muunsimme sen antamat arvot korrelaatiokertoimiksi käyttämällä Psychometrican laskuria, jolla muunnetaan efektikokoja. Yhdelle artikkelille (Lusignan ym., 2009) laskimme efektikokolaskuriin tarvittavan keskihajonnan käyttämällä kaavaa $\sigma = SE \cdot \sqrt{N}$. Kaksi artikkelia (Claridge ym., 1997; Michels ym., 2014) raportoivat korrelaatiokertoimet suoraan, ja lopuista artikkeleista ei ollut mahdollista laskea korrelaatiokertoimia artikkeleiden raportoimien arvojen perusteella.

3 Tulokset

3.1 Tutkimusten kuvailu

Katsaukseen otettiin mukaan 12 artikkelia, joiden demografiset tiedot on kirjattu taulukkoon 1. Artikkeleista 4 on toteutettu Yhdysvalloissa, ja muut ovat peräisin Unkarista, Iso-Britanniasta, Hong Kongista, Kanadasta, Libanonista, Saksasta, Pakistanista ja Nigeriasta. Julkaisut ovat vuosilta 1987–2023. Yhteenlaskettu otoskoko oli $N = 1316$, ja otosten iän keskiarvot vuosissa vaihtelivat välillä 18.8–54.5, niissä artikkeleissa, joissa osallistujien iän keskiarvot oli raportoitu. Katsauksemme sisällytettyjen tutkimusten tutkimusasetelmissa oli paljon vaihtelua. Kahdestatoista tutkimuksesta kuudessa käytettiin erillistä kontrolli- tai vertailuryhmää. Lopuissa tutkimuksissa puolestaan tarkasteltiin vain osallistujia, joilla oli esimerkiksi skitsofreniadiagnoosi tai säännöllisiä painajaisia.

Taulukko 1*Katsaukseen sisällytettyjen tutkimusten demografiset tiedot*

Tutkimus	Valtio	Otoskoko (N)	Koe- ja kontrolliryhmät (n)
Báthori ym. (2022)	Unkari	N = 55	Ei kontrolliryhmää
Chiu ym. (2015)	Australia	N = 14	Ei kontrolliryhmää
Claridge ym. (1997)	Iso-Britannia	N = 204	Ei kontrolliryhmää
Hartmann ym. (1987)	Yhdysvallat	N= 36	Koeryhmä (painajaisista kärsivät): n = 12 Vertailuryhmä 1 (eläväiset uneksijat): n = 12 Vertailuryhmä 2 (tavalliset uneksijat): n = 12
Levin (1998)	Yhdysvallat	N = 60	Koeryhmä: n = 30 Kontrolliryhmä: n = 30
Li ym. (2016)	Hong Kong	N = 388	Ei kontrolliryhmää
Lusignan ym. (2009)	Kanada	N = 29	Koeryhmä: n = 14 Vertailuryhmä: n = 15
Mahfoud ym. (2023)	Libanon	N = 148	Ei kontrolliryhmää
Michels ym. (2014)	Saksa	N = 46	Koeryhmä: n = 17

			Kontrolliryhmä: n = 29
Najam & Malik (2003)	Pakistan	N = 28	Koeryhmä n = 14 Kontrolliryhmä n = 14
Okorome Mume (2009)	Nigeria	N = 15	Koeryhmä n = 9 Kontrolliryhmä n = 6
Ortiz-Orendain ym. (2023)	Yhdysvallat	N = 131	Ei kontrolliryhmää

3.2 Skitsofreniakirjon oireiden arviointimenetelmät

Katsaukseen sisällytetyissä artikkeleissa skitsofreniakirjon oireita tutkittiin vaihtelevasti, mutta seitsemässä artikkelissa osallistujilla oli jokin skitsofreniakirjon häiriön diagnoosi. Nimenomaan skitsofreniadiagnoosin saaneita osallistujia tarkasteltiin viidessä artikkelissa (Lusignan ym., 2009; Mahfoud ym., 2023; Michels ym., 2014; Okorome Mume, 2009; Ortiz-Orendain, 2023). Kahdessa artikkelissa (Chiu ym., 2015; Li ym., 2016) sen sijaan tarkasteltiin jonkin skitsofreniakirjon häiriön diagnoosin saaneita osallistujia. Lin ja kumppaneiden (2016) tutkimuksessa lähes 80 % osallistujista oli skitsofrenian diagnoosi, mutta mukana oli myös osallistujia, joilla oli skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosi tai jonkin muun psykoosihäiriön diagnoosi. Chiu ja kumppanit (2015) eivät eritelleet heidän tutkimuksensa osallistujien diagnooseja, mutta mainitsivat esimerkkeinä skitsofrenian ja skitsoaffektiivisen häiriön. Diagnoosit perustuivat eri tutkimuksissa eri tautiluokituksiin: kahdessa oli käytetty luokitusta DSM-5 (Mahfoud ym., 2023; Ortiz-Orendain ym., 2023), yhdessä ICD-10 (Li ym., 2016), yhdessä DSM-IV-TR (Lusignan ym., 2009) ja yhdessä DSM-3 (Hartmann ym., 1987). Kolmessa artikkelissa ei mainittu, minkä kriteerien mukaan diagnoosi oli saatu (Chiu ym., 2015; Michels ym., 2014; Okorome Mume, 2009).

Kahdessa artikkelissa (Mahfoud ym., 2023; Michels ym., 2014) käytettiin diagnoosin lisäksi myös oirekyselyitä. *Psychotic Symptom Rating Scale* -mittari (PSYRATS; Haddock ym., 1999) koostuu kahdesta osa-asteikosta, jotka arvioidaan 5-portaisella järjestysasteikolla (0–4). Mittarin avulla mitataan kuuloharha-aistimuksia 11 itemillä ja harhaluuloja 6 itemillä. Mittarin tarkoituksena on siis arvioida subjektiivisia hallusinaatioiden tai harhojen piirteitä. *Positive and Negative Syndrome Scale* -mittari (PANSS; Kay ym., 1987) sen sijaan perustuu 30–45 minuutin mittaiseen haastatteluun, johon kuuluu 30 positiivisiin, negatiivisiin ja yleisiin psykopatologisiin oireisiin liittyvää itemiä. Itemien avulla arvioidaan psykopatologian tasoa seitsemänportaisella asteikolla (1 = puuttuu, 7 = äärimmäinen).

Muita artikkeleissamme käytettyjä skitsofrenisiä tai skitsotyyppisiä oireita tai piirteitä mittaavia mittareita ovat *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* -kyselyn (MMPI) skitsofrenia-asteikko, *Schedule for Schizotypal Personalities* -mittari (SSP; Baron, Asnis & Gruen, 1981) ja *Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences* -itsearviointikysely (Mason ym., 2005). Kahdessa artikkelissa (Hartmann ym., 1987; Najim & Malik, 2003)

käytettiin MMPI -kyselyn skitsofrenia-asteikkoa. Najimin ja Malikin (2003) tutkimuksessa MMPI -asteikko oli standardoitu ja sopeutettu Pakistanin populaatioon. Levinin (1998) käyttämä SSP (Baron, Asnis & Gruen, 1981) on strukturoitu haastattelu, jonka tarkoituksena on arvioida skitsotyyppisiä piirteitä. Se perustuu skitsotyyppisen persoonallisuushäiriön DSM-III diagnoosikriteereihin. Haastattelu koostuu kymmenestä asteikosta, jossa jokainen itemi luokitellaan viisiportaisella asteikolla (0–4). Báthorin ja kumppaneiden (2022) käyttämä *Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences* -kysely (Mason ym., 2005) sisältää 43 kyllä/ei-kysymystä, jotka sijoittuvat neljälle ala-asteikolle. Näistä tutkimukseen sisällytettiin seuraavat kolme: epätavalliset kokemukset (engl. *unusual experiences*), kognitiivinen hajanaisuus (engl. *cognitive disorganization*) ja sisäänpäinkääntynyt anhedonia (engl. *introvertive anhedonia*).

Lisäksi kahdessa artikkelissa (Claridge ym., 1997; Levin, 1998) käytettiin kyselyitä ja asteikkoja, jotka jollain tapaa mittaavat alttiutta tai riskiä sairastua psykoosiin tai skitsofreniaan. Claridgen ja kumppaneiden tutkimuksessa (1997) skitsotyyppillisiä piirteitä mitattiin STAN-kyselyn avulla, joka mittaa psykoosialttiutta. Kyselyyn sisältyy STA-skaala, joka on skitsotyyppillisyyden kognitiivinen mittari. Levin (1998) käytti tutkimuksessaan SSP:n lisäksi seitsemää eri itsearviointiasteikkoa, joiden tarkoituksena on tunnistaa henkilöitä, joilla mahdollisesti on riski sairastua skitsofreniaan. Osallistujat täyttivät asteikkojen seulontaversioita, joissa mukana oli vain korkeimpien ja keskitason arvoja parhaiten erottelevat itemit. Asteikot mittaavat fyysistä anhedoniaa (15 itemiä), havaintohäiriöitä (10 itemiä), ajatushäiriöitä (35 itemiä), maagista ajattelua (10 itemiä), ambivalenssia (10 itemiä), sosiaalista pelkoa (10 itemiä) ja somaattisia oireita (10 itemiä).

3.3 Painajaisten mittausmenetelmät

Neljässä artikkelissa (Hartmann ym., 1987; Levin, 1998; Lusignan ym., 2009; Okorome Mume, 2009) oli erikseen mainittu painajaisen määritelmä. Jokaisessa näistä määritelmistä mainittiin, että painajainen on pelottava uni, joka herättää nukkujan. Báthorin ja kumppaneiden (2022) sekä Claridgen ja kumppaneiden (1997) tutkimuksissa painajaisina puolestaan käsiteltiin niitä unia, jotka aiheuttivat emotionaalista kärsimystä. Kahdestatoista artikkelista yhdeksässä painajaisia mitattiin itsearviointikyselyiden perusteella.

Suurimmassa osassa artikkeleista mitattiin nimenomaan painajaisten määrää. Michels ja kumppanit (2014) käyttivät tutkimuksessaan kahdeksanportaista itsearviointikyselyä painajaisten määrästä (0 = ei yhtään, 1 = alle yksi vuodessa, 2 = noin yksi vuodessa, 3 = noin kahdesta neljään vuodessa, 4 = noin yksi kuukaudessa, 5 = kaksi tai kolme kuukaudessa, 6 = noin yksi viikossa, 7 = useita viikossa). Lusignan ja kumppanit (2009) taas käyttivät tutkimuksessaan laajempaa uniin liittyvää 11 itemin itsearviointikyselyä, jossa pyydettiin osallistujia arvioimaan muun muassa painajaisten määrää. Painajaisten määrää mitattiin asteikolla (0–7) ja kysymällä painajaisten määrää vuodessa.

Okorome Mumen (2009) tutkimuksessa tutkittavia pyydettiin kyselylomakkeella kertomaan, olivatko he kokeneet painajaisia kuluneen vuoden aikana, ja ilmaisemaan kyseisen ajanjakson aikana nähtyjen painajaisten määrää. Levinin (1998) tutkimuksessa osallistujille annettiin kuvaus painajaisista ja niiden eroista muihin unihäiriöihin, jonka jälkeen osallistujat täyttivät itsearviointikyselyn. Koeryhmään valikoituivat henkilöt, joilla oli ollut vähintään yksi painajainen viikossa viimeisen vuoden aikana. Kontrolliryhmään valikoituivat henkilöt, joilla oli ollut korkeintaan yksi painajainen viimeisen vuoden aikana.

Monissa painajaisten määrää mittaavissa tutkimuksissa otettiin huomioon myös muita painajaisten tai unen ominaisuuksia. Najamin ja Malikin (2003) tutkimuksessa tutkittavat seurasivat uniensa sisältöjä ja määrää heti herättyään unipäiväkirjan avulla kolmenkymmenen päivän ajan. Lisäksi he täyttivät kyselylomakkeen unitottumuksistaan ja unien toistuvista sisällöistä. Mahfoudin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa taas käytettiin itsearviointikyselyä, jossa osallistujat arvioivat, kuinka monta painajaista heillä on ollut viimeisen kahden viikon aikana. Jos osallistujilla oli ollut vähintään yksi painajainen, heitä pyydettiin valitsemaan pahin painajainen ja arvioimaan se seitsemänportaisella Likert-asteikolla. Osallistujat arvioivat painajaisen voimakkuutta, elävyyttä ja ahdistavuutta sekä painajaisen toistuvuutta (kyllä tai ei). Lin ja kumppaneiden (2016) artikkelissa käytettiin unikyselyä, jossa kartoitettiin nukkumistottumusten ja univaikeuksien lisäksi elämäntapoja. Tutkimus toteutettiin kahdeksan vuoden mittaisena pitkittäistutkimuksena. Vastaukset univaikeuksista annettiin viisiportaisella asteikolla, nollan viitatessa siihen, että ei ollut univaikeuksia, ja neljän viitatessa vähintään kolmeen univaikeusjaksoon viikossa.

Kolmessa artikkelissa (Chiu ym., 2015; Hartmann ym., 1987; Ortiz-Ordendain ym., 2023) käytettiin itsearviointikyselyiden sijaan muita menetelmiä. Ortiz-Ordendain ja kumppanit

(2023) mittasivat tutkimuksessaan painajaisten määrää keräämällä lääketieteellisestä rekisteristä dataa skitsofreniapotilaiden esioireista sekä heidän oireistaan ensimmäisen sairausjakson ajalta. Kahdessa muussa näistä kolmesta tutkimuksesta taas tarkasteltiin painajaisten määrän lisäksi myös muita painajaisten ominaisuuksia. Hartmannin ja kumppaneiden tutkimuksessa (1987) painajaisia mitattiin kuvailevilla haastatteluilla: tutkittavat osallistuivat 1.5 tunnin mittaisiin videoituihin haastatteluihin psykiatrin kanssa. Chiun ja kumppaneiden (2015) tutkimuksessa painajaisia taas tarkasteltiin sijoittamalla tutkittavat heidän omien toivomustensa mukaan fokusryhmiin (engl. *focus group*) tai järjestämällä heille yksilöhaastatteluja. Kummassakin toteutusmuodossa käytettiin puolistrukturoitua haastattelua univaikeuksien tyypeistä, taustatekijöistä ja vaikutuksista.

Kahdessa artikkelissa tarkasteltiin painajaisten määrän sijaan pelkästään painajaisten tunnesisältöä. Claridgen ja kumppaneiden tutkimuksessa (1997) keskityttiin painajaisten aiheuttamaan emotionaaliseen kärsimykseen, jota mitattiin 5-portaisella itsearviointikyselyllä. Myös Báthorin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2022) painajaisia mitattiin niiden aiheuttaman emotionaalisen kärsimyksen näkökulmasta: tässä artikkelissa käytettiin 13 itemin itsearviointitestiä, jossa arvioitiin painajaisten aiheuttamaa emotionaalista kärsimystä 5-portaisella asteikolla.

3.4 Skitsofreniakirjon ja painajaisten välinen yhteys

Tämän katsauksen tarkoituksena on selvittää, onko skitsofreniakirjon oireiden ja painajaisten välillä havaittavaa yhteyttä. Taulukkoon 2 on listattu mukaan otettujen tutkimusten tuloksia. Kahdestatoista artikkelista seitsemässä oli raportoitu korrelaatio tai se oli mahdollista laskea annettujen arvojen perusteella. Tutkimusten korrelaatiot vaihtelivat .00 ja .89 välillä. Pienin korrelaatio oli Mahfoudin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa, kun tutkittiin painajaisten määrän ja hyvinvoinnin yhteyttä. Suurin korrelaatio oli Okorome Mumen (2009) tutkimuksessa, jossa tutkittiin painajaisten määrää skitsofreniadiagnoosin saaneilla. Katsaukseen sisällytettyjen tutkimusten tulokset vaikuttaisivat viittaavan yhteyteen skitsofreniakirjon oireiden ja painajaisten välillä.

Taulukko 2*Tutkimusten mittarit ja tulokset*

Tutkimus	Skitsofreniakirjon oireiden mittari	Painajaisten mittari	Korrelaatiokerroin	Tulosten kuvaus
Báthori ym. (2022)	Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences -itsearviointikysely	5-portainen itsearviointikysely unten tunnesisällöstä	Ei laskettavissa	Skitsotyypillisyyttä oli yhteydessä unien negatiivisempaan tunnearvoon.
Chiu ym. (2015)	Skitsofreniakirjon häiriön diagnoosi (ei määritelty)	Itseraportti painajaisten sisällöistä (haastattelu tai focus group)	Ei laskettavissa	Painajaisista kärsi 50 % tutkittavista.
Claridge ym. (1997)	STAN-kysely	5-portainen kysely painajaisten aiheuttamasta psyykkisestä kärsimyksestä	$r = .51$	Korrelaatio painajaisten aiheuttaman psyykkisen kärsimyksen ja STA-tuloksen välillä.
Hartmann ym. (1987)	Psykiatrinen arvio DMS-III -diagnoosille, MMPI	Kuvailevat haastattelut	Ei laskettavissa	Painajaisista kärsivillä korkeat pisteet MMPI-testin skitsofreniaskaalalla verrattuna

				vertailuryhmiin. Viisi kahdestatoista painajaisista kärsivästä täytti jonkin skitsofreniakirjon häiriön diagnostiset kriteerit.
Levin (1998)	Itsearviointiasteikko, SSP	Itsearviointikysely painajaisien määrästä	Itsearviointiasteikko: $r = .28$ SSP: $r = .28$	Painajaisista usein kärsivillä oli enemmän skitsotypian oireita.
Li ym. (2016)	Skitsofreniakirjon häiriön diagnoosi (ICD-10)	Kyselylomake unettomuudesta ja painajaisien säännöllisyydestä	Ei laskettavissa	Säännöllisiä painajaisia 9 %:lla tutkittavista.
Lusignan ym. (2009)	Skitsofreniadiagnoosi (DSM-IV-TR)	Itsearviointikysely painajaisien määrästä	Painajaisien määrä asteikolla (0–7): $r = .46$ Painajaisien määrä vuodessa: $r = .32$	Skitsofreniaa sairastavilla oli enemmän ja useammin painajaisia verrattuna kontroleihin.
Mahfoud ym. (2023)	Skitsofreniadiagnoosi (DSM-5), PSYRATS	Itsearviointikysely painajaisien määrästä,	Painajaisien määrä ja hyvinvointi: $r = .00$	Osallistujat, joilla oli toistuvia painajaisia oli jonkin verran

		7-portainen Likert-asteikko pahimmasta painajaisesta	Painajaisten toistuvuus ja hyvinvointi: $r = .24$	heikompi hyvinvointi. Painajaisten määrällä ei ollut yhteyttä hyvinvointiin.
Michels ym. (2014)	Skitsofreniadiagnoosi (ei määritelty), PANSS	8-portainen itsearviointikysely painajaisten määrästä	$r = .17$	Koeryhmällä oli enemmän painajaisia verrattuna kontrolliryhmään.
Najam & Malik (2003)	Skitsofrenia-asteikko (MMPI)	Itsearviot painajaisista ja niiden sisällöistä, unien seuranta kuukauden ajan unipäiväkirjalla	$r = .47$	Enemmän painajaisia skitsofrenia-asteikolla korkeita pisteitä saavilla.
Okorome Mume (2009)	Skitsofreniadiagnoosi (ei määritelty)	Kyselylomakeitsearvio vuoden aikana nähdyistä painajaisista ja niiden määrästä	$r = .89$	Skitsofreniaa sairastavilla painajaisten yleisyys 16.7 %, kontrolliryhmällä 4.9 %.
Ortiz-Orendain ym. (2023)	Skitsofreniadiagnoosi (DSM-5)	Lääketieteellisen rekisteritiedon kerääminen	Ei laskettavissa	Skitsofreniaa sairastavista 3.05 %:lla painajaisia.

ICD = International Classification of Diseases, MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory, SSP = Schedule for Schizotypal Personalities, PSYRATS = Psychotic Symptom Rating Scale, PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale

Skitsofreniakirjon häiriöiden yhteyttä painajaisiin on ensinnäkin mahdollista tutkia selvittämällä kuinka suuri osa potilaista näkee painajaisia. Tämä ei kerro skitsofreniakirjon oireiden ja painajaisten yhteydestä aivan suoraan, mutta painajaisista kärsivien osuus skitsofreniapotilaista voisi viitata säännöllisiin painajaisiin, jotka saattavat vaikuttaa negatiivisesti elämänlaatuun. Kolmessa katsauksen tutkimuksista (Chiu ym., 2015; Li ym., 2016; Ortiz-Orendain ym., 2023) raportoitiin vain painajaisista kärsivien määrä prosentteina. Chiun ja kumppaneiden (2015) tutkimuksessa painajaisista kärsivien skitsofreniakirjon häiriön diagnoosin saaneiden psykiatrisen avo- ja sairaalahoidossa olevien potilaiden prosenttiosuudeksi arvioitiin 50 %. Lin ja kumppaneiden (2016) tutkimuksessa arvioitiin psykiatrisen avohoidon potilaita ja prosenttiluvuksi painajaisista kärsiville skitsofreniakirjon häiriön diagnoosin saaneille arvioitiin 9 %. Ortiz-Orendainin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa tarkasteltiin psykiatrisia potilaita, ja heistä painajaisista kärsi 3.05 %. Vaikuttaisi siis siltä, että painajaisista kärsivien määrä vaihtelee tutkimuksesta riippuen 3 % ja 50 % prosentin välillä.

Painajaisista kärsivien osuuden lisäksi skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten yhteyden selvittämiseksi voi tarkastella painajaisten määrää. Neljässä tutkimuksesta (Lusignan ym., 2009; Mahfoud ym., 2023; Michels ym., 2014; Okorome Mume, 2009) tarkasteltiin painajaisten määrää skitsofreniadiagnoosin saaneilla potilailla. Yksi työryhmä (Lusignan ym., 2009) tutki ensisijaisesti tutkittavien unien sisältöjä, mutta raportoi myös painajaisten määrää. Tutkimuksessa havaittiin, että skitsofreniapotilailla esiintyi enemmän painajaisia terveeseen kontrolliryhmään verrattuna. Tämä koski sekä painajaisten tiheyttä että vuoden aikana nähtyjen painajaisten määrää. Toisessa tutkimuksessa (Mahfoud ym., 2023) tarkasteltiin masennuksen vaikutusta mediaattorina painajaisiin ja hyvinvointiin libanonilaisissa skitsofreniapotilaissa, ja tulokset viittasivat siihen, että noin kolmasosalla osallistujista (34.5 %) oli ollut painajaisia viimeisten kahden viikon aikana ja näistä noin puolella (49 %) oli toistuvia painajaisia. Suoraa painajaisten ja hyvinvoinnin välistä yhteyttä ei havaittu, mutta painajaiset olivat kuitenkin yhteydessä korkeampaan masennuksen pisteilytykseen, joka puolestaan oli yhteydessä heikentyneeseen hyvinvointiin. Michels ja kumppanit (2014) tarkastelivat painajaisten määrää skitsofreniapotilailla. Tutkimuksessa havaittiin, että skitsofreniapotilailla oli enemmän painajaisia verrattuna terveeseen kontrolliryhmään. Korrelaatio skitsofreniaoireiden ja painajaisten määrän välillä oli kuitenkin heikko. Okorome Mumen (2009) tutkimuksessa satunnaisesti valittuja psykiatrisia potilaita pyydettiin täyttämään kyselylomake heidän vuoden aikana näkemiensä painajaisten määrästä.

Skitsofreniadiagnoosin saaneiden henkilöiden tuloksia verrattiin kontrolliryhmään kuuluvien henkilöiden tuloksiin. Tutkimuksessa havaittu yhteys skitsofreniadiagnoosin ja painajaisien määrän välillä oli voimakas. Kaikki neljä tutkimusta havaitsivat siis, että skitsofreniapotilailla on enemmän painajaisia verrattuna terveisiin osallistujiin, vaikka painajaisien ja skitsofrenian välisen yhteyden korrelaatiot olivatkin vaihtelevia.

Kahdessa tutkimuksessa (Hartmann ym., 1987; Najam & Malik, 2003) skitsofreniakirjon yhteyttä painajaisiin selvitettiin tutkimalla skitsofrenian oireita osallistujilla, jotka raportoivat kärsivänsä painajaisista. Hartmann ja kumppanit (1987) keräsivät tutkittavia lehti-ilmoituksella, ja vertailivat tutkimuksessaan painajaisista kärsivää ryhmää, eläväisiä unia näkevää ryhmää ja tavallisten unien ryhmää, jossa ei esiintynyt painajaisia eikä eläväisiä unia. Osallistujat kertoivat unistaan kuvailevassa haastattelussa, minkä lisäksi skitsofreniakirjoa tutkittiin MMPI-testin ja DSM-3 diagnostisen kriteeristön avulla. Tutkimuksessa havaittiin, että painajaisista kärsivä ryhmä sai korkeammat pisteet MMPI-testin skitsofreniaskaalalla vertailuryhmiin nähden. Najamin ja Malikin (2003) tutkimuksessa säännöllisistä painajaisista kärsiviä henkilöitä verrattiin kontrolliryhmään, jolla säännöllisiä painajaisia ei esiintynyt. He täyttivät MMPI-kyselyn skitsofrenia-asteikon ja itsearvion painajaisien määrästä, sekä pitivät unipäiväkirjaa. Tutkimuksessa havaittiin yhteys korkeampien skitsofrenia-asteikon pisteiden ja säännöllisten painajaisien välillä. Molemmissa tutkimuksissa havaittiin siis, että painajaisista kärsivillä osallistujilla oli enemmän skitsofrenian piirteitä.

Skitsofreniakirjon yhteyttä painajaisiin selvitettiin kolmessa tutkimuksessa (Báthori ym., 2022; Claridge ym., 1997; Levin, 1998) tutkimalla persoonallisuushäiriön kaltaisen skitsotypian piirteitä terveillä yliopisto-opiskelijoilla. Báthori ja kumppanit (2022) tarkastelivat skitsotyyppillisyyttä ja unien tunnearvoa opiskelijoilla, jotka raportoivat muistavansa unensa hyvin. Tutkittavat täyttivät päivittäin online-itsearviointikyselyt skitsotyyppillisistä piirteistä sekä muistamiensa unien tunnesisällöstä seitsemän kuukauden jakson ajan. Tutkimuksessa havaittiin, että skitsotyyppisyys oli yhteydessä unien negatiivisempaan tunnearvoon. Claridgen ja kumppaneiden tutkimuksessa (1997) tarkasteltiin skitsotyyppillisyyden ja unien aiheuttaman emotionaalisen kärsimyksen välistä yhteyttä. Tutkimuksessa havaittiin, että skitsotyyppisyyttä kuvaavan STA-skaalan korkea pistemäärä oli yhteydessä painajaisien aiheuttamaan suurempaan emotionaaliseen kärsimykseen. Levin (1998) tutki tutkimuksessaan henkilöitä, jotka olivat psykologian johdantokurssin

opiskelijoita. He olivat valikoituneet suuremmasta aineistosta vapaaehtoisia opiskelijoita heidän itsearvioidun painajaisten määrän perusteella. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, esiintyykö enemmän skitsotypian piirteitä henkilöillä, jotka näkevät enemmän painajaisia. Tuloksissa ilmenee itsearviointiasteikon perusteella, että paljon painajaisia näkevällä ryhmällä oli enemmän skitsotypian piirteitä kuin harvoin painajaisia näkevällä ryhmällä. Myös SSP-mittarilla havaittiin ero ryhmien välillä. Tutkimuksessa havaittiin yhteys itsearviointiasteikolla mitattujen skitsotypian piirteiden ja painajaisten sekä SSP-mittarin ja painajaisten välillä. Jokaisessa tutkimuksessa havaittiin siis yhteys skitsotyypillisten piirteiden ja painajaisten tai tunnearvoltaan negatiivisiin uniin.

4 Pohdinta

Tarkastelimme tässä katsauksessa skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten välistä yhteyttä. Hypoteesimme oli, että skitsofreniakirjon häiriötä sairastavilla esiintyy enemmän painajaisia. Katsauksemme tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten välillä on yhteys. Suurimmassa osassa katsaukseen sisällytetyissä artikkeleissa havaittiin yhteys jonkin skitsofreniakirjon häiriön tai sen oireiden ja jonkin painajaisten piirteen välillä.

Katsaukseemme sisällytetyissä tutkimuksissa oli paljon vaihtelevuutta skitsofreniakirjon häiriöiden arviointimenetelmien suhteen. Tutkimuksissa, joissa tutkittiin jonkin skitsofreniakirjon häiriön diagnoosin saaneita osallistujia, oli hieman vaihtelevat tulokset. Sekä katsauksemme heikoin että voimakkain korrelaatio ovat peräisin tutkimuksista, joissa on tutkittu skitsofreniadiagnoosin saaneita osallistujia. Diagnoosi ei siis näytä olennaisesti vaikuttavan tutkimuksen tulokseen, koska mukana oli sekä voimakkaita korrelaatioita havainneita tutkimuksia että yksi tutkimus (Mahfoud ym., 2023), jossa ei havaittu yhteyttä painajaisten ja hyvinvoinnin välillä skitsofreniadiagnoosin saaneilla osallistujilla. Tämä ei kuitenkaan välttämättä suoraan kerro painajaisten ja skitsofrenian oireiden välisestä yhteydestä, sillä tutkimuksen tarkastelun kohteena ollut hyvinvointi voi viitata myös moniin muihin tekijöihin. Skitsofreniakirjon oireita arvioitiin myös terveillä osallistujilla muutamassa tutkimuksessa. Jokaisessa näistä havaittiin yhteys skitsotyypillisten piirteiden ja painajaisten välillä. Voimme siis olettaa, että erilaiset oire- tai piirrekyselyt ovat informatiivisempia kuin pelkkä diagnoosi.

Myös painajaisten mittausmenetelmissä esiintyi jonkin verran vaihtelevuutta tutkimusten kesken. Vaikka jokaisessa tutkimuksessa painajaisten mittaus perustui itsearvioihin, niissä oli eroja sen suhteen, mitä painajaisen piirrettä tutkittiin. Painajaisten määritelmässä esiintyi myös erilaisia vivahde-eroja, eikä kaikissa tutkimuksissa esitetty erillistä määritelmää painajaisille. Tutkimuksissa, joissa selvitettiin kuinka suuri osuus osallistujista näkee painajaisia, oli suhteellisen paljon vaihtelua tuloksissa, joten se ei välttämättä ole paras menetelmä skitsofreniakirjon ja painajaisten välisen yhteyden arvioimiseen. Ehdottomasti suurimmassa osassa tutkimuksista, joissa mitattiin painajaisten määrää tai painajaisten aiheuttamia tunteita tai kärsimystä, havaittiin yhteys. Voimme siis päätellä, että painajaisten määritelmästä tai mitattavasta piirteestä riippumatta skitsofreniakirjon ja painajaisten välillä on yhteys.

Mittareiden lisäksi katsauksemme tutkimukset olivat hyvin heterogeenisiä myös muilta osin. Vaihtelevuutta oli esimerkiksi tutkimusten näkökulmien ja tutkimusasetelmien suhteen. Osassa tutkimuksista tarkastelemamme tekijät olivat keskiössä, kun taas osassa vain yhtenä osana laajempaa kokonaisuutta, josta poimimme mukaan aiheitamme koskevat tulokset. Tutkimusasetelmissa oli myös vaihtelevuutta. Osassa tutkimuksista ei esimerkiksi ollut mukana kontrolli- tai vertailuryhmää, vaan sen sijaan niissä tutkittiin ainoastaan esimerkiksi skitsofreniadiagnoosin saaneita henkilöitä. Myös julkaisuajan suhteen tutkimuksissa oli vaihtelevuutta. Vanhin katsauksemme sisällytetty tutkimus on julkaistu vuonna 1987, kun taas uusimmat 2023. Skitsofreniakirjon häiriöiden yhteyttä painajaisiin on siis tutkittu kauan ja monilla eri tavoin, ja tutkimusten heterogeenisyydestä riippumatta vaikuttaisi siltä, että skitsofreniakirjon piirteet ovat jossain määrin yhteydessä painajaisiin.

Katsauksemme tulokset viittaavat siihen, että skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten välillä on yhteys. Painajaisten esiintyvyys skitsofreniadiagnoosin saaneilla potilailla on vaihtelevaa, 3–50 % tutkimuksesta riippuen (Chiu ym., 2015; Li ym., 2016; Ortiz-Orendain ym., 2023), eikä tämän vuoksi voida vetää suoria johtopäätöksiä esiintyvyyden suhteen. Yhteys oli erityisen voimakas ($r > .50$) tutkimuksissa, joissa tutkittiin skitsofrenian ja painajaisten määrän välistä yhteyttä (Okorome Mume, 2009) sekä skitsotyyppillisyyden piirteiden ja painajaisten aiheuttaman kärsimyksen välistä yhteyttä (Claridge ym., 1997). Vain yhdessä korrelatiivisessa tutkimuksessa (Mahfoud ym., 2023) ei havaittu skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten välistä yhteyttä. Kyseisessä tutkimuksessa ei kuitenkaan tutkittu yhteyttä suoraan, vaan sitä tutkittiin hyvinvoinnin kautta. Yhtä lukuun

ottamatta kaikissa jotain muuta kuin prosentuaalista esiintyvyyttä tarkastelleissa tutkimuksissa havaittiin yhteys jonkin skitsofreniakirjon häiriön tai sen oireiden ja jonkin painajaisten piirteen välillä. Näin ollen hypotesimme skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten välisestä yhteydestä saa selvää tukea.

4.1 Katsauksen vahvuudet ja rajoitukset

Skitsofreniakirjon häiriöiden ja niiden piirteiden suhteen laajat sisäänottokriteerit ovat katsauksemme vahvuus. Sekä erilaisten skitsofreniakirjon häiriöiden että piirteenä mitatun skitsotyypillisyyden sisällyttäminen katsaukseen mahdollistaa sen, että katsauksemme kykenee tarkastelemaan skitsofreniakirjoja laajempänä ilmiönä ja tavoittamaan eriasteista ja erilaista siihen sisältyvää oireilua. Näin ilmiöstä voidaan saada kattavampi ja kokonaisvaltaisempi kuva kuin silloin, jos tarkasteltaisiin vain tietyt diagnostiset kriteerit täyttäviä tapauksia.

Etnisestä näkökulmasta katsauksessamme on mukana suhteellisen laajalti tutkimuksia eri puolilta maailmaa, mikä parantaa katsauksemme tulosten yleistettävyyttä koko väestöön. Mukana olevat tutkimukset sijoittuvat viiteen eri maanosaan: Pohjois-Amerikkaan, Eurooppaan, Aasiaan, Australiaan ja Afrikkaan. Näiden tulosten yhtenäisyys viittaa siihen, että tarkastelemamme ilmiö ei ole kulttuurisidonnainen.

Katsaukseemme liittyy kuitenkin myös useita rajoituksia. Katsauksessamme on perusteellisista tietokantahauista huolimatta mukana vain 12 tutkimusartikkelia, joten tutkimusten pieni kokonaisuus heikentää katsauksemme yleistettävyyttä. Laajat sisäänottokriteerit johtivat myös tutkimusten merkittävään heterogeenisyyteen. Vaikka yhteys skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten välillä havaittiin tutkimusten heterogeenisyydestä huolimatta, se kuitenkin vaikeuttaa tutkimusten vertailua keskenään. Tämän lisäksi tutkimusten puutteet tutkimusasetelmissa tai tulosten raportoinnissa, kuten vertailuryhmän puute tai korrelaatiokertoimen raportoimatta jättäminen, heikentävät näiden tutkimusten pohjalta tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta.

On mahdollista, että saamiemme tuloksia voitaisiin selittää myös toisin. Sekä skitsofreniakirjo että painajaiset ovat monipuolisia ilmiöitä, joten on todennäköistä, että niiden välinen yhteys ei kaikissa tapauksissa ole suoraviivainen, vaan välissä vaikuttaa

erilaisia kolmansia muuttujia. Tällaisia tekijöitä voisivat olla esimerkiksi erilaiset lääkitykset, mahdolliset muut psykiatriset häiriöt sekä pähteiden käyttö. Olemme pyrkineet sisäänottokriteeriemme avulla sulkemaan pois sellaiset tutkimukset, joissa nämä tekijät olisivat olleet erityisen tarkastelun kohteena, mutta on silti mahdollista, että osassa mukana olevista tutkimuksista tällaisia asioita ei ole mainittu, tunnettu tai kontrolloitu.

4.2 Jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset

Skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten välisestä yhteydestä kaivattaisiin enemmän tuoreempaa ja metodologisesti pitävämpää tutkimusta. Olisi tärkeää ottaa huomioon tutkimusmenetelmien yhtenäisyys esimerkiksi toimiviksi todettujen ja standardoitujen mittareiden avulla. Kontrolli- tai vertailuryhmät tuovat tutkimuksiin paljon lisäarvoa, joten haluamme erityisesti painottaa sitä, kuinka tärkeää olisi sisällyttää ne tuleviin tutkimuksiin. Ilmiöön liittyvien määritelmien tulisi olla yhtenäisiä ja tarkkoja. Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista myös verrata skitsofreniakirjon häiriöitä muihin mielenterveyden häiriöiden ryhmiin, jotta selviäisi, ovatko painajaiset erityisesti skitsofreniakirjon häiriöiden oire. Myös ilmiön syy-seuraussuhdetta olisi tärkeää tutkia lisää. Pitkittäistutkimusten avulla olisi myös mahdollista selvittää miten painajaiset ilmenevät eri vaiheissa häiriön kulkua.

Koska tutkimuksemme tulokset tukevat ajatusta skitsofreniakirjon häiriöiden ja painajaisten välillä vallitsevasta yhteydestä, tarjoavat ne tukea myös useille tätä yhteyttä selittäville teorioille. Nämä teoriat tarjoavat niin kognitiivisia kuin biologisiakin selityksiä muiden unihäiriöiden ja painajaisten aiheuttaman unen puutteellisuuden näkökulmasta (Reeves ym. 2015), minkä lisäksi esiin nousee esimerkiksi painajaisunien ja psykoottisten oireiden fenomenologinen samankaltaisuus (Mason & Wakerley, 2012). Sekä painajaisunissa että psykoottisessa oireilussa on kyse mielen sisäisesti luoduista, mutta todentuntuisista kokemuksista: unissa esiintyy enemmän esimerkiksi harhaluuloja ja aistiharhoja muistuttavia ajattelun vääristymiä kuin valveen aikana.

4.3 Lopuksi

Katsauksessamme havaittiin skitsofreniakirjon häiriöiden ja niiden oireiden sekä painajaisten välinen yhteys. Jotta ilmiöstä saisi laajemman käsityksen, esimerkiksi syy-seuraussuhteen kannalta, olisi hyvä tehdä lisää laadukkaita tutkimuksia aiheesta. Vaikka kausaaliyhteyttä ei voitaisikaan todeta tulevissa tutkimuksissa, univaikeudet ja painajaiset ovat kuitenkin

merkittäviä, elämänlaatuun vaikuttavia oireita skitsofreniakirjon potilailla (Reeve ym., 2015). Täten kliinisissä palveluissa olisi tärkeää keskittyä myös painajaisten ja univaikeuksien suureen esiintyvyyteen tällä potilasryhmällä. Joka tapauksessa varhainen diagnosointi ja hoito skitsofreniakirjon häiriöissä on äärimmäisen tärkeää, johtuen niiden olennaisesta vaikutuksesta potilaan elämänlaatuun (APA, 2015).

Lähteet

* Systemaattiseen katsaukseen sisällytetyt artikkelit

Ambar Akkaoui, M., Lejoyeux, M., d'Ortho, M-P. & Geoffroy, P. A. (2020). Nightmares in Patients with Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, and Psychotic Disorders: A Systematic Review. *J. Clin. Med.*, 9(12), 3990. <https://doi.org/10.3390/jcm9123990>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2015). *Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders: DSM-5 selections*. American Psychiatric Publishing.

Baron, M., Asnis, L., & Gruen, R. (1981). The Schedule for Schizotypal Personalities (SSP): A diagnostic interview for schizotypal features. *Psychiatry Research*, 4(2), 213–228. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(81\)90024-X](https://doi.org/10.1016/0165-1781(81)90024-X)

* Báthori, N., Polner, B., Simor, P. (2022). Schizotypy unfolding into the night? Schizotypal traits and daytime psychotic-like experiences predict negative and salient dreams. *Schizophrenia Research*, 246, 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.05.020>

* Chiu, V. W., Ree, M., Janca, A., & Waters, F. (2016). Sleep in Schizophrenia: Exploring Subjective Experiences of Sleep Problems, and Implications for Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 633–648. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9415-x>

* Claridge, G., Clark, K. & Davis, C. (1997). Nightmares, dreams and schizotypy. *British journal of Clinical Psychology*, 36, 377-386. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01245.x>

Clarke, L., Chisholm, K., Cappuccio, F. P., Tang, N. K. Y., Miller, M. A., Elahi, F. & Thompson, A. D. (2021). Sleep disturbances and the At Risk Mental State: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 227, 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.06.027>

Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4), 879–889. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008661>

* Hartmann, E., Russ, D., Oldfield, M., Sivan, I., Cooper, S. (1987). Who Has Nightmares? The Personality of the Lifelong Nightmare Sufferer. *Arch Gen Psychiatry*, 44(1), 49–56. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800130053008>

- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Lemyre, A., Bastien, C. & Vallières, A. (2019). Nightmares in Mental Disorders: A Review. *Dreaming*, *29*(2), 144–166. <http://dx.doi.org/10.1037/drm0000103>
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2022). *Computation of effect sizes*. Psychometrica. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17823.92329>
- * Levin, R. (1998). Nightmares and schizotypy. *Psychiatry*, *61*(3), 206–16. <http://dx.doi.org/10.1080/00332747.1998.11024832>
- * Li, S. X., Lam, S. P., Zhang, J., Yu, M. W., Chan, J. W., Chan, C. S., Espie, C. A., Freeman, D., Mason, O., & Wing, Y. K. (2016). Sleep Disturbances and Suicide Risk in an 8-Year Longitudinal Study of Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Sleep*, *39*(6), 1275–1282. <https://doi.org/10.5665/sleep.5852>
- * Lusignan, F.-A., Zadra, A., Dubuc, M.-J., Daoust, A.-M., Mottard, J.-P., & Godbout, R. (2009). Dream content in chronically-treated persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *112*(1), 164–173. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.032>
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T., Aalberg, V., & Seppälä, O. (2023). *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.
- * Mahfoud, D., El Ahdab, J., Helwe, S., Topalian, M., Tarabay, C., Rifi, K., Haddad, G., Obeid, S. & Hallit, S. (2023). The Indirect Effect of Depression between Nightmares and Well-Being in Lebanese Patients with Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, *2023*(1). <https://doi.org/10.1155/2023/5511158>
- Mason, O., Linney, Y., Claridge, G. (2005). Short scales for measuring schizotypy. *Schizophrenia Research*, *78*(2–3), 293-296. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.06.020>
- Mason, O., & Wakerley, D. (2012). The Psychotomimetic Nature of Dreams: An Experimental Study. *Schizophrenia Research and Treatment*, *2012*, 1–4. <https://doi.org/10.1155/2012/872307>
- * Michels, F., Schilling, C., Rausch, F., Eifler, S., Zink, M., Meyer-Lindenberg, A., & Schredl, M. (2014). Nightmare frequency in schizophrenic patients, healthy relatives of schizophrenic patients, patients at high risk states for psychosis, and healthy controls. *International Journal of Dream Research*, *7*(1), 9–13.

- * Najam, N., & Malik, I. (2003). Psychological Problems and Dream Content of Nightmare Sufferers in Pakistan. *Dreaming*, 13(3), 135–143. <https://doi.org/10.1023/A:1025317327743>
- * Okorome Mume, C. (2009). Nightmare in schizophrenic and depressed patients. *The European Journal of Psychiatry*, 23(3), 177–183. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632009000300006>
- * Ortiz-Orendain, J., Gardea-Resendez, M., Castiello-de Obeso, S., Golebiowski, R., Coombes, B., Gruhlke, P. M., Michel, I., Bostwick, J. M., Morgan, R. J., Ozerdem, A., Frye, M. A., McKean, A. J. (2023). Antecedents to first episode psychosis and mania: Comparing the initial prodromes of schizophrenia and bipolar disorder in a retrospective population cohort. *Journal of Affective Disorders*, 340, 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.106>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5, 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Reeve, S., Sheaves, B. & Freeman, D. (2015). The role of sleep dysfunction in the occurrence of delusions and hallucinations: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 42, 96–115. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.001>
- Sandman, N. (2019). Painajaiset - psyykkinen yleisoire. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 135(21).
- Schredl, M. & Göritz, A.S. (2018). Nightmare Themes: An Online Study of Most Recent Nightmares and Childhood Nightmares. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(03). <https://doi.org/10.5664/jcsm.7002>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja – Suomalaisen Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit* (2. painos). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.