

# Perheen tunneilmapiiri ensipsykoosi- ja psykoosiriskipotilailla

Turun yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Psykiatria

Laatija: Iida Henriksson

25.02.2026

Turku

## Syventävät opinnot

**Oppiaine:** Psykiatria, Lääketiede

**Tekijä:** Iida Henriksson

**Otsikko:** Perheen tunneilmapiiri ensipsykoosi- ja psykoosiriskipotilailla

**Ohjaajat:** Jarmo Hietala, Raimo Salokangas

**Sivumäärä:** 22 sivua

**Päivämäärä:** 25.02.2026

Psykoosisairaudet ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä, joiden etiologia on yhä osittain avoin, hoitomuodot epätäydellisiä ja ennuste heikko. Viime vuosikymmeninä onkin alettu tutkia mahdollisuutta psykoosin puhkeamisen ennaltaehkäisemiseksi ja pyritty löytämään keinoja tunnistaa psykoosiriskissä olevia. Potilaan ajatellaan olevan psykoosiriskissä, mikäli lievät psykoottistyyppiset oireet alkavat esiintyä tihenevästi ja toimintakykyä laskevasti. Osa psykoosiriskipotilaista sairastuu myöhemmin psykoosiin, mutta nyky menetelmin sairastumista ei voida vielä luotettavasti ennustaa.

Tämän syventävän työn tavoitteena oli tarkastella ensipsykoosi- ja psykoosiriskipotilaiden perheen tunneilmapiirin eroja terveisiin verrattuna ja sitä, vaikuttivatko masennusoireet siihen, miten potilaat raportoivat kokemaansa tunneilmapiiriä. Perheen tunneilmapiiriä kartoitettiin Level of expressed emotion-mittarilla (LEE), joka sisältää neljä tunneilmapiirin osa-aluetta: 1) läheisen ärtyvyys, 2) tungettelevuus, 3) kriittiset kommentit sekä 4) emotionaalisen tuen puute.

Tutkimusprojektissa käytettiin aineistoa VAMI-tutkimuksesta (Vakavien mielenterveyshäiriöiden etiologia ja hoito -tutkimusohjelma). Tutkimuksessa oli mukana ensipsykoosipotilaita, psykoosiriskipotilaita ja kliinikon arvioimana kliinisesti psykoosiriskissä olevia. Terveet verrokkit toimivat kontrolliryhmänä. Tutkimuksen potilailta kartoitettiin perheen tunneilmapiirin kokemusta LEE-38 itsearviointimittarilla ja masennusoireita BDI-kyselyllä. Tutkimusryhmien välisiä eroja taustatiedoissa analysoitiin ristiintaulukointiin perustuvien testien avulla. LEE-pisteet eivät olleet normaalisti jakautuneet, joten jatkoanalyysit toteutettiin non-parametrisin menetelmin. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin p-arvoa alle 0,05.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että psykoosiriskipotilaiden kokemassa perheen tunneilmapiirissä todetaan muutoksia hyvin samantyyppisesti kuin ensipsykoosin sairastaneilla, jo ennen mahdollista psykoosijaksoa. Psykoosiriskipotilailla esiintyi enemmän masennusoireita kuin ensipsykoosin sairastaneilla ja masennusoireilla oli riskipotilailla merkittävämpi rooli perheen tunneilmapiirin tulkitsemisessa kuin ensipsykoosipotilailla.

Psykoosisairauksien luonteeseen kuuluvat relapsit, eli akuuttien psykoosien toistuminen. Perheen epäsuotuisan tunneilmapiirin, erityisesti kriittisyyden, on todettu merkittävästi lisäävän relapsiriskiä ja heikentävän ennustetta psykoosisairauksissa ja depressiossa. Perheinterventio voidaan parantaa perheen tunneilmapiiriä ja siten pienentää relapsiriskiä niin psykoosisairauksissa kuin mielialahäiriöissäkin. Psykoosiriskipotilailla tutkimusnäyttö psykoosin puhkeamiseen ja ennusteeseen vaikuttavista tekijöistä on rajallista, minkä vuoksi tutkimus tässä potilasryhmässä on tarpeen psykoosiin sairastumisen ennakkoinnin ja hoitomuotojen kehittämiseksi.

**Avainsanat:** ensipsykoosi, psykoosiriski, depressio, perheen tunneilmapiiri, LEE-asteikko

## **Sisällysluettelo**

<b>1. Johdanto</b>	<b>4</b>
<b>2. Psykoosisairauksien epidemiologiset - ja taustatekijät</b>	<b>5</b>
<b>3. Psykoosisairauksien olemus</b>	<b>6</b>
<b>4. Psykoosien hoidon pääpiirteet</b>	<b>8</b>
<b>5. Sairaudentaku ja ennuste</b>	<b>9</b>
<i>5.1 Sairaudentaku</i>	<i>9</i>
<i>5.1 Ennuste</i>	<i>10</i>
<b>6. Tunneilmapiiri eli Expressed emotion - käsite</b>	<b>10</b>
<b>7. Empiirinen osa (tutkimusprojekti)</b>	<b>13</b>
<i>7.1 Metodit</i>	<i>13</i>
<i>7.2 Tulokset</i>	<i>15</i>
<i>7.3 Pohdinta</i>	<i>17</i>
<b>Lähteet</b>	<b>20</b>

## 1. Johdanto

Psykoosi on vakava mielenterveyden häiriö, jossa todellisuudentaju hämärtyy, oman käyttäytymisen säätely vaikeutuu ja toimintakyky heikkenee. Usein toimintakyky palautuu ainakin osittain psykoosijaksojen välillä, mutta voi myös heikentyä pysyvästi, kuten toistuvissa ja pitkäkestoisissa psykooseissa. Varsinaiset psykoosisairaudet ovat pitkäaikaisia ja haastavia oireyhtymiä, jotka vaihtelevat ennusteeltaan ja taudinkuvaltaan. Psykoosien taustatekijöitä tutkitaan enenevässä määrin ja nykytiedon valossa etiologia on monitekijäinen.<sup>1</sup>

Psykoosisairauksien taudinkulku on hyvin yksilöllinen ja vaihteleva, minkä vuoksi sitä on vaikea ennustaa. Psykoosin taudinkulussa voidaan erotella ennakko-oirevaihe, akuutti psykoosi sekä toipumisvaihe, jonka aikana potilas voi kokea relapseja. Ennusteen kannalta oleellisten tekijöiden, kuten oirekuvan, hoidon tehokkuuden ja työkyvyn, lisäksi merkittävä rooli on potilaan sosiaalisella verkostolla ja sosiaalisella toimintakyvyllä.<sup>2</sup> Aiemman tutkimustiedon valossa psykoosipotilaat, joiden perheilmapiiri on epäsuotuisa, kokevat useampia relapseja.<sup>3</sup> Relapsilla tarkoitetaan tässä yhteydessä akuutin psykoosin toistumista. Epäsuotuisa perheilmapiiri tarkoittaa negatiivissävytteistä tunteidenilmaisua läheisimmäksi koetun henkilön ja potilaan välillä. Aiemman tutkimustiedon valossa perheinterventioilla on todettu olevan suotuisa vaikutus potilaan taudinkululle vähentämällä relapsiriskiä ja sairaalahoitoon joutumista.<sup>4</sup>

Perheen tunneilmapiirin kartoittamiseen on kehitetty asteikko, joka kuvastaa sitä, minkälaiseksi potilas kokee perheen tai läheisimmän henkilön kanssa jaetun tunneilmapiirin. Asteikon nimi on Level of expressed emotion-indeksi ja se sisältää eri osa-alueita tunneilmapiirin kokemuksesta.<sup>3,5-7</sup> Tässä tutkimuksessa käytetty LEE-kysely sisältää neljä osa-aluetta: kriittisyys, tungettelevuus, ärtyvyys ja emotionaalisen tuen puute. Useissa eri kulttuureissa ja jo vuosikymmenien ajan tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että lähimmäisten korostunut tunteiden ilmaisu on yksi suurimpia relapsiriskiä kasvattavia tekijöitä<sup>3,6,8</sup>. Aihetta on tärkeää tutkia muuttuvassa yhteiskunnassa, jossa perherakenteet ovat monimuotoisemmat ja yhä useampi asuu yksin. Aihetta on tärkeää myös tutkia ensipsykoosi- ja psykoosiriskipotilailla, koska tähän mennessä vahvin tutkimusnäyttö on saatu skitsofreniapotilaiden osalta. Psykoosipotilailla ja erityisesti riskipotilailla esiintyy usein masennusta, minkä vuoksi on olennaista pohtia masennuksen vaikutusta tunneilmapiirin raportoimiseen. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella ensipsykoosi- ja psykoosiriskipotilaiden kokemaa perheen tunneilmapiiriä ja depression vaikutusta tunneilmapiirin raportointiin.

## 2. Psykoosisairauksien epidemiologiset – ja taustatekijät

Kaikkien psykoosien elämänaikainen arvioitu esiintyvyys Suomessa on Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan noin 3,5 prosenttia. Yleisin psykoosisairaus on skitsofrenia, ja sen esiintyvyys väestössä on noin 1 prosentti.<sup>9</sup> Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen mukaan Suomen väestöstä 0,5-1,5 prosenttia sairastaa skitsofreniaa.<sup>1</sup> Ensipsykoosiin sairastutaan tyypillisesti nuoruudessa tai varhaisessa aikuisuudessa. Psykoosien esiintyvyys on hieman suurempaa miessukupuolisilla.<sup>2</sup> Psykoosin puhkeamisen taustalta on tunnistettu riskitekijöitä kuten geneettinen alttius, raskaudenaikaiset tekijät, keskushermoston muovautuminen, elämänaikaiset ympäristön stressitekijät ja traumakokemukset, joiden yhteisvaikutuksen seurauksena yksilö sairastuu.<sup>10</sup> Psykoosipotilaiden keskimääräinen elinajanodote on 10-15 vuotta lyhyempi kuin väestössä keskimäärin johtuen nimenomaan sydän- ja verisuonisairauksista ja metabolisista ongelmista.<sup>11</sup> Itsemurhan riski on olemassa erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa, mutta sen vaikutus elinajanodotteessa on suhteellisesti pienempi kuin somaattisten sairauksien.<sup>12</sup> Psykoosipotilailla on muuta väestöä enemmän vaikeuksia huolehtia itsestään arjessa, kodinhoidossa, ruuanlaitossa ja kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa. Psykoosipotilailla työllistymisen ennuste on valtaväestöä heikompi ja psykoosisairaudet voivat johtaa pysyvään työkyvyttömyyteen.<sup>13</sup>

Koska skitsofrenia on yleisin psykoosisairaus, on valtaosa aiemmista tutkimuksista kohdistunut skitsofreniapotilaisiin, joten kirjallisuuskatsaukseen on sisällytetty myös skitsofreniaa käsittelevää tutkimustietoa. Empiirisessä osiossa on kuitenkin mukana ensipsykoosipotilaita, psykoosiriskipotilaita sekä klinikon arvioimana kliinisesti psykoosiriskissä olevia. Psykoosiriskissä olevat potilaat eivät täytä skitsofrenian diagnostisia kriteereitä, mutta osa sairastuu seurannassa psykoosisairauteen.

Viimeisten vuosikymmenien aikana on tutkittu yhä enemmän myös psykoosia edeltävää oireilua. Erään sveitsiläisen väestöpohjaisen tutkimuksen mukaan 14 % osallistujista raportoiti psykoosinkaltaisia oireita, mutta vain 2,4 % täytti psykoosiriskioireyhtymän kriteerit<sup>14</sup> ja samankaltaisia lukemia on saatu myös muissa tutkimuksissa. Aiempien tutkimusten mukaan noin 20 prosenttia psykoosiriskioireyhtymän kriteerit täyttävistä sairastuu psykoosiin kahden vuoden kuluessa<sup>10,11</sup>, luvun noustessa noin 25 prosenttiin kolmen vuoden kuluessa.<sup>15</sup> Ensipsykoosin sairastaneista 40-70 prosentille kehittyy aiempien tutkimusten mukaan myöhemmin skitsofrenia.<sup>16</sup> Havaintojen perusteella siis vain pieni osa psykoosinkaltaisia oireita kokevista sairastuu psykoosiin

ajan kuluessa. Toisaalta ensipsykoosia ei kaikissa tapauksissa edellä prodromaalivaihe vaikka useimmilla potilailla sellainen voidaan todeta.<sup>17</sup>

Sekä psykoosia edeltävänä ajanjaksona että psykoosisairauden aikana potilailla esiintyy yleisinä komorbiditeetteina ahdistuneisuus- ja mielialaoireilua sekä päihteiden väärinkäyttöä.<sup>18,19</sup> Joidenkin lähteiden mukaan jopa yli puolella psykoosipotilaista on masennus ja toisaalta masennusta sairastavalla on suurentunut riski sairastua psykoosiin<sup>19</sup>. Masennuksen esiintyvyys pysyy koholla, vaikka henkilö ei koskaan sairastuisikaan psykoosiin.<sup>15</sup> Osaltaan psykoosin negatiiviset oireet ovat päällekkäisiä masennusoireiden kanssa, mikä voi vaikeuttaa erotusdiagnoosiikkaa.

Psykoosiriskipotilailla on todettu matalampi toiminnallinen ja sosiaalinen toimintakyky kuin muulla väestöllä, kuitenkin lievempänä kuin jo psykoosin sairastaneilla.<sup>17</sup>

### 3. Psykoosisairauksien olemus

Psykoosit ovat eräänlainen oireiden jatkumo, jossa oireiden intensiivisyys, esiintymistiheys ja kuormittavuus vaihtelevat suuresti.<sup>10</sup> Psykoosioireet voivat olla lievimmillään ohimeneviä ja potilas voi tunnistaa kokemukset epätodellisiksi, mutta varsinaisessa psykoosissa potilas ei enää tunnista oireiden epätodennäköisyyttä. Psykoosioireet voivat esiintyä jaksoissa tai jatkuvina.<sup>2</sup>

Varsinaisessa psykoosissa todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt, mikä voi ilmetä positiivisten oireiden muodossa: harhaluulot, aistiharhat sekä hajanaisuus. Puheen hajanaisuus tarkoittaa epäloogista puhetta, jonka päämäärää tai sisältöä ulkopuolisen on vaikea ymmärtää. Käytöksen hajanaisuudella tarkoitetaan omituista käyttäytymistä tilanteeseen nähden kuten epäsovivaa tunneilmaisua tai yhtäkkiä kiihtyneisyyttä. Yleisimpiin ja eniten toimintakykyyn vaikuttaviin oireisiin lukeutuvat hajanaisuus sekä negatiiviset oireet: tunteiden latistuminen, anhedonia (kyvyttömyys tuntea mielihyvää) ja tahdottomuus (aloitekyvyn ja motivaation puuttuminen). Kaikissa psykooseissa voi esiintyä myös katatoniaa eli jähmettymistä, erikoisia maneeereja tai puhumattomuutta. Neurokognitiiviset ongelmat kuten muistin ja toiminnanohjauksen vaikeudet ovat myös yleisiä ja usein merkittävästi elämän eri osa-alueita haittaavia.<sup>2</sup>

Usein psykoosin puhkeamista edeltää jopa vuosia kestävä lievien positiivisten, negatiivisten ja kognitiivisten oireiden, eli psykoottistyyppisten oireiden, sävyttämä ennako-oirevaihe.<sup>1,2,10</sup> Oireet eivät vastaa varsinaista psykoosia tiheydeltään ja voimakkuudeltaan.<sup>10</sup> Ennako-oireisiin lukeutuvat myös esimerkiksi uni- ja käytöshäiriöt, masennus- ja ahdistuneisuusoireilu, kognitiiviset häiriöt, oudot subjektiiviset kokemukset ja tunne siitä, että jokin omassa ympäristössä on muuttunut.<sup>2,18</sup>

Masennus -ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimmin tavattuja komorbiditeetteja psykoosiriskipotilailla ja he usein hakeutuvat hoitoon juuri näiden oireiden, eivätkä psykoottistyyppisten oireiden vuoksi.<sup>2,20</sup>

Kirjallisuudessa ensipsykoosista käytetään termiä FEP (first episode psychosis). Määritelmää käytetään, kun psykoottiset oireet vaikeutuvat, esiintyvät säännöllisesti ja alkavat vaikuttaa henkilön toimintakykyyn merkittävästi siten, että ne täyttävät psykoosin diagnostiset kriteerit.

Psykoosiriskioireyhtymästä käytetään kirjallisuudessa termejä CHR-P (clinical high risk for psychosis), ARMS (At risk mental state) ja UHR (Ultra high risk for psychosis). Oireyhtymät voidaan jakaa oireiden vakavuuden, keston ja geneettisen alttiuden mukaan kolmeen ryhmään. Vaimentunut psykoosiriskioireyhtymä (Attenuated psychotic syndrome, APS) käsittää lievät psykoosinkaltaiset oireet, kuten epätavalliset uskomukset, joissa todellisuudentaju on vielä säilynyt. Lyhytkestoinen ohimenevä psykoottinen oireyhtymä (Brief limited psychotic syndrome, BLIPS) käsittää psykoottistasoiset oireet, jotka kuitenkin ohittuvat ilman hoitoa alle viikossa. Geneettinen riski ja toimintakyvyn heikkeneminen -oireyhtymä (Genetic risk and functional decline, GRD) käsittää henkilöt, joiden toimintakyky on laskenut merkittävästi, ja joiden ensimmäisen asteen sukulaisella on psykoottinen oireyhtymä. Psykoosiriskiä havainnollistetaan myös perusoireiden (basic symptoms) kautta, joihin lukeutuvat subjektiiviset muutokset puheessa, ajattelussa, stressinsietokyvyssä, aloitekyvyssä ja motorisissa toiminnoissa.<sup>21</sup>

Psykoosiriskioireyhtymän mahdollisuutta tulisi epäillä, mikäli potilaan toimintakyky heikkenee pitkäaikaisesti psykkisen oireilun vuoksi ja myös mikäli toimintakyvyn laskun lisäksi potilaan ensimmäisen asteen sukulaisella on psykoottinen oireyhtymä. Suomessa psykoosiriskin seulonta on kohdistettu hoitoon hakeutuviin henkilöihin ja ennako-oireita voidaan seuloa Suomessa kehitetyn PROD-kyselyn avulla perusterveydenhuollossa. Tarkempi selvittely psykoosiriskin suhteen tapahtuu puolistrukturoiduin menetelmin esimerkiksi SIPS (Structured interview for prodromal syndromes) haastattelun avulla psykoosisairauksiin erikoistuneessa yksikössä. Haastattelussa otetaan huomioon positiiviset ja negatiiviset oireet, käytösoireet ja yleisoireet kuten unen häiriöt. Psykoosiriskioireyhtymän määritelmää käytetään, kun psykoosiriskioireyhtymän kriteerit täyttyvät SIPS haastattelussa. Psykoosiriskioireyhtymä ei ole virallinen kliininen diagnoosi, vaan sen tarkoituksena on tunnistaa kohonneen psykoosiriskin yksilö ja havaita lisäksi muita mielenterveyden häiriöitä seulotuilta potilailta, koska heillä esiintyy usein vakavaakin masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä, joiden vuoksi he ovat avun tarpeessa.<sup>2</sup>

## 4. Psykoosien hoidon pääpiirteet

Skitsofrenian Käypä hoidon mukaan ensipsykoosin sairastaneen sekä skitsofreniaa sairastavan potilaan hoito perustuu pitkäaikaiseen psykoosilääkitykseen, potilaan ja läheisten psykoedukaatioon sekä yksilölliseen, toimintakykyä tukevaan psykososiaaliseen hoitoon ja kuntoutukseen.<sup>1</sup>

Perheinterventiot ovat osana psykoosipotilaan hoitopolkua. Tutkimusten mukaan perheinterventiot vähentävät relapseja sekä psykoosi- että psykoosiriskipotilailla yhdessä lääkehoitoon sitoutumisen kanssa, mutta vain niin kauan kuin interventio kestää.<sup>4,10</sup>

Antipsykoottinen lääkitys kuuluu olennaisesti psykoosipotilaan hoitoon ja sen on todettu pienentävän riskiä toistuville sairaalajaksoille sekä vähentävän kuolleisuutta.<sup>1</sup> Antipsykoottien vaikutus kohdistuu pääosin psykoosin positiivisiin oireisiin, mutta negatiivisten ja kognitiivisten oireiden osalta vaikutus jää heikoksi. Antipsykoottit voidaan jaotella uuden ja vanhan polven lääkkeisiin. Vanhan polven lääkkeet vaikuttavat pääasiassa dopamiinireseptoreita salpaamalla ja niihin lukeutuvat esimerkiksi haloperidoli ja klooripromatsiini. Psykoosilääkkeiden käyttö painottuu nykyään ns. uuden polven lääkkeisiin, joiden vaikutusmekanismi välittyy dopaminergisten reseptoreiden lisäksi useaa muuta reittiä pitkin, esimerkiksi serotoniinireseptoreiden kautta. Uuden polven lääkkeitä ovat esimerkiksi olantsapiini, risperidoni ja klotsapiini. Klotsapiini on todettu tutkimuksissa muita antipsykootteja tehokkaammaksi ns. lääkeresistentissä skitsofreniassa, mutta klotsapiinin vaikutusmekanismi on edelleen pääosin tuntematon. Antipsykoottinen lääkitys on aina yksilöllinen, sillä haitat ja hyödyt voivat vaihdella runsaasti potilaiden välillä.<sup>22</sup>

Psykoosipotilailla on geneettistä alttiutta kardiometabolisille haitoille, mutta myös erityisesti uuden polven lääkkeisiin liittyä metabolisia haittoja kuten painonnousua, dyslipidemiaa ja insuliiniresistenssiä. Tästä syystä metabolisia riskejä tulisi arvioida säännöllisesti lääkehoidon aikana.<sup>23</sup> Lääkkeiden yleisenä haittana ilmenee myös väsymystä ja vanhan polven antipsykoottien erityisenä haittana ovat ekstrapyramidaalioireet. Klotsapiiniin liittyy agranulosytoosin riski, mikä rajaa sen käyttöä.<sup>22</sup>

Psykoosiriskissä olevan potilaan hoidon tavoitteena on estää psykoosin puhkeaminen sekä toimintakyvyn heikkeneminen elämän eri osa-alueilla. Psykoosiriskipotilaan masennuksen ja ahdistuksen tehokas hoito on tärkeää. Osassa meta-analyyseistä kognitiivinen käyttäytymisterapia ja mahdollisesti psykoosilääkehoito ovat osoittautuneet tehokkaiksi hoitomuodoiksi myös riskipotilailla.<sup>1,24</sup> Antipsykoottinen lääkitys ei kuitenkaan ole ensilinjan hoitomuoto kaikille psykoosiriskissä oleville, koska näyttö siitä, että se estäisi psykoosin puhkeamisen on puutteellista

ja riittävää näyttöä hyödyn suhteesta haittoihin ei ole.<sup>10,21</sup> Psykoosiriskipotilaiden hoitomuodoista tarvitaan vielä lisää tutkimustietoa.

## 5. Sairaudentulo ja ennuste

### 5.1 Sairaudentulo

Psykoosin sairaudentulussa voidaan erotella prodromaalivaihe eli ennako-oirevaihe, akuutti psykoosi sekä toipumis- ja kuntoutumisvaiheet, joiden aikana potilas usein kokee relapseja.<sup>2</sup> Relapsilla tarkoitetaan tässä kontekstissa akuutin psykoosin toistumista. Akuuttien psykoosien välissä potilaalla usein esiintyy negatiivisia oireita ja mielialaoireita, jotka voivat olla yksilölle vähintään yhtä kuormittavia kuin akuutin psykoosin oireet. Eri psykoosisairaudet ilmenevät monin eri tavoin ja sama psykoosisairaus voi näyttäytyä erilaisena yksilöiden välillä, minkä vuoksi taudintuloa on vaikea ennustaa.

Psykoosisairauden taudintuloon vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa oirekuvan vaikeusaste, motivaatio hoitoon, sairaudentunto sekä perheen ja ympäristön tuki ja asenne potilasta kohtaan.<sup>2</sup> Toistuvat relapsit ovat tyypillisiä skitsofrenialle ja muille psykoosisairauksille. Usein oireilun paheneminen liittyy lähiaikoina tapahtuneisiin muutoksiin potilaan sosiaalisessa ympäristössä.<sup>7</sup> Muita relapsiriskiä lisääviä tekijöitä ovat aiempien tutkimusten mukaan päihteidenkäyttö ja heikko sairaudentunto.<sup>16</sup>

Psykoosiriskipotilaan sairaudentulo on myös hyvin yksilöllinen ja vaikeasti ennustettavissa. Sairastumisriskiä ennen ensipsykoosia voidaan pyrkiä ennustamaan kartoittamalla psyykkisiä oireita kyselyiden avulla, kuten aiemmissa kappaleissa on kuvattu. Neuropsykologisten -ja fysiologisten tutkimusten tai aivojen kuvantamisen perusteella ei kuitenkaan vielä nykytiedon valossa voida luotettavasti ennustaa psykoosin puhkeamista.<sup>18</sup> Ennako-oireiden tihenevän ja toimintakykyä yhä enemmän häiritsevän esiintymisen perusteella potilaalla voidaan todeta olevan kohonnut riski sairastua psykoosiin lähiaikoina.<sup>25</sup> Todennäköisyys sairastua varsinaiseen psykoosiin on todettu suuremmaksi, mitä voimakkaampina psykoottistyyppiset oireet esiintyvät.<sup>17</sup>

Lyhytkestoisen ohittuvan psykoottisen oireyhtymän (BLIPS) on todettu johtavan useammin varsinaiseen psykoosisairauteen kuin vaimentuneen (APS) tai geneettisen riskin (GRD) oireyhtymän.<sup>17</sup> On kuitenkin tärkeää huomioida, että psykoottistyyppiset oireet voivat myös lievitä itsestään ilman psykoosin puhkeamista. Sairaanhoidon haasteena on löytää ne potilaat, jotka tulevat ennako-oireilun myötä jatkossa todella sairastumaan psykoosisairauteen.<sup>25</sup>

## 5.2 Ennuste

Psykoosien etiologiaa ei ole vielä täysin kyetty selvittämään, minkä vuoksi myös hoitomenetelmät ovat yhä epätäydellisiä ja psykoosisairauksien ennuste vaihtelee.<sup>2</sup> Aiemman tutkimustiedon valossa psykoosin varhainen tunnistaminen ja varhain aloitettu hoito parantaa ennustetta<sup>1</sup>, minkä vuoksi tutkimus psykoosin mahdollisimman varhaisesta tunnistamisesta ja jopa sairastumisen ehkäisystä on tärkeää.

Ensimmäiset 2-4 vuotta ensipsykoosin jälkeen ovat keskeiset myöhemmän ennusteen kannalta, ja mitä pidempään psykoosi pysyy hoitamattomana, sen huonompi ennuste siihen liittyy.<sup>11,16</sup> Huonoon ennusteeseen ensipsykoosin jälkeen liitetään heikko sairautentunto ja lääkehoitoon sitoutuminen, miessukupuoli, runsaat negatiiviset oireet ja päihteiden, erityisesti kannabiksen, käyttö.<sup>16</sup>

Psykoosiriskipotilaiden ennuste on siinä mielessä hyvä, että valtaosa ei koskaan sairastu psykoosiin vaan pystyy kompensoimaan psykoosiriskin. Toisaalta riskipotilailla on usein masennusta tai ahdistusta, joiden vuoksi heidän ennusteensa on heikompi valtaväestöön verrattuna. Toimintakyvyn ennusteen on todettu aiemmissa tutkimuksissa olevan samaa luokkaa kuin psykoosin sairastaneilla. Huonoon ennusteeseen liitettyjä tekijöitä ensipsykoosi- ja psykoosiriskipotilailla aiemmissa tutkimuksissa ovat lapsuuden heikko koulumenestys ja runsaslukuiset negatiiviset oireet kuten tunneköyhyys ja hajanaisuus.<sup>11</sup>

Tutkimusten mukaan skitsofrenian ennuste on heikompi kuin muissa psykoottisissa häiriöissä. Huonoon ennusteeseen skitsofreniassa liitetyt tekijät aiemman tutkimuksen valossa ovat heikko psykososiaalinen kehitys ennen ensipsykoosia, nuori sairastumisikä, päihteidenkäyttö, miessukupuoli, sosiaalisen verkoston puuttuminen, heikko tai ainoastaan osittainen remissio ensimmäisen psykoosin jälkeen, runsaslukuiset negatiiviset oireet sekä yksin asuminen.<sup>26,27</sup>

Aiemmissa tutkimuksissa heikko työllisyys yhdistyy myös huonompaan ennusteeseen ensipsykoosi- ja skitsofreniapotilailla<sup>11,27</sup> sekä myös psykoosiriskipotilailla.<sup>11</sup> Tämä puoltaa lisätarvetta kuntouttaville toimille työhön paluun mahdollistamiseksi jo sairauden varhaisessa vaiheessa, jolloin ammatillinen kuntoutuminen voi olla merkittävämpää.

## 6. Tunneilmapiiri eli Expressed emotion - käsite

Expressed emotion (EE) on George Brownin 1960-luvulla kehittämä ja luotettavaksi todettu mittari psykoosi- ja psykoosiriskipotilaan perheilmapiirin vaikutuksesta relapsiriskiä. Mittari arvioi läheisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta viiden osa-alueen kautta: kriittiset kommentit,

vihamielisyyttä, liiallinen tunteellisuus, lämminhenkisyys sekä positiiviset kommentit. Kriittiset kommentit ovat tutkimuksissa psykoosipotilailla olleet eniten relapsiriskiä kasvattava osa-alue. Kriittiset kommentit osa-alue kuvaa potilaan ja perheen välistä, vastavuoroista negatiivisävytteistä ilmapiiriä eli ei ole täysin riippuvainen läheisen ominaisuuksista. Expressed emotion -käsitteen ja relapsin vaikutusmekanismia on selitetty siten, että epäsuotuisa ja kriittinen vuorovaikutus perheessä aiheuttavat ylimääräistä stressiä jo valmiiksi haavoittuvalle yksilölle, mikä lisää yksilön oireilua ja heikentää entisestään itsesäätelykykyä. Tämänkaltaisen vuorovaikutustyyli ja suhtautuminen voi johtaa herkemmin relapsiin eli sairauden oireiden pahenemiseen.<sup>3,7,8</sup>

Osassa aiemmista tutkimuksista on havaittu, että potilailla, jotka asuvat runsaasti negatiivisävytteisiä tunteita ilmaisevissa perheissä, on jopa kolminkertaisesti kohonnut relapsiriski.<sup>3</sup> Toisaalta kannustavan ja lämminhenkisen ilmapiirin on todettu suojaavan relapseilta.<sup>8</sup> EE-mittaria käytetään psykoosisairauksien lisäksi muun muassa päihdeongelmien, syömishäiriöiden ja ahdistuneisuushäiriöiden relapsiriskin ennustamiseen.<sup>6,8</sup> Ennustenyttö relapsin suhteen on erityisen vahva unipolaarisessa depressiossa ja syömishäiriöissä.<sup>3</sup> Skitsofreniassa tutkimusnäyttö EE-mittarin käytöstä on myös vahva ja sitä on käytetty relapsien ennustamiseen jo vuosikymmenien ajan. Vahvin näyttö on saatu potilaista, jotka ovat sairastaneet skitsofreniaa pidemmän aikaa.<sup>3</sup>

Useat tutkimukset osoittavat EE:n olevan merkittävä tekijä myös ensipsykoosien jälkeisissä relapseissa, mutta tutkimusnäyttö ei ole yhtä laajaa kuin pitkäaikaisissa psykoosisairauksissa. Osassa tutkimuksista kriittisyys on noussut merkittävimmäksi osa-alueeksi myös ensipsykoosissa<sup>28</sup>, kun taas osassa tungettelevuudella on ollut suurempi merkitys.<sup>29</sup> EE-mittarin merkittävyyydestä psykoosiriskipotilaiden ennusteen kannalta on vaihtelevasti tutkimusnäyttöä. Eräissä tutkimuksissa psykoosiriskissä olevilla kriittisyyden ja vihamielisyyden on todettu lisäävän oireilua ja heikentävän toimintakykyä seurannassa.<sup>30</sup> Alustavaa tutkimusnäyttöä siitä, että epäsuotuisa perheilmapiiri lisääisi riskipotilaalla psykoosin puhkeamisen riskiä, on saatu joissain pitkittäistutkimuksissa.<sup>31,32</sup> Toisessa näistä tutkimuksista potilaan kokema ärtyvyys ennusti psykoosin puhkeamista.<sup>32</sup> Tutkimusnäyttö on kuitenkin vielä rajallista vahvojen johtopäätösten tekemiseen ja lisätutkimus tässä potilasryhmässä on tarpeen.

Alun perin Brownin käytännön mukaan perheilmapiiriä on kartoitettu haastattelemalla perheenjäsentä ilman potilaan läsnäoloa (Camberwell family interview, CFI), mutta myöhemmin on kehitetty vähemmän aikaa vieviä ja enemmän potilaan omaan kokemukseen perustuvia menetelmiä kuten 60-kysymyksen Level of Expressed Emotion (LEE). LEE on 1980-luvulla kehitetty asteikko, joka perustuu sekä potilaan että läheisen raporttiin koetusta tunneilmapiiristä. Kyseinen LEE-

asteikko sisältää 60 kysymystä jaoteltuna neljään osa-alueeseen läheisen asenteelle tutkittavaa kohtaan: tungettelevuus, liiallinen tunteellisuus, suhtautuminen sairauteen ja odotukset sekä suvaitsevaisuus tutkittavaa kohtaan. <sup>5</sup>

LEE-mittarista on kehitetty myöhemmin yhä tiiviimpi 38-kysymyksen potilaan itsearvioon perustuva versio. Kyseistä mittaria on hyödynnetty tämän työn empiirisessä osiossa. Mittari perustuu potilaan raportoimaan ilmapiiriin läheisimmäksi koetun henkilön kanssa kuluneen kolmen kuukauden osalta. Lähimmäisin on yleensä ensisijaisesti se henkilö, jonka kanssa potilas asuu: vanhempi, puoliso tai muu. Potilas myös raportoi, paljonko henkilön kanssa on ollut tekemisissä viikkotasolla. Kyselyssä potilas vastaa 38 väittämään siitä, miten lähimmäisin henkilö on potilaan kokemuksen mukaan potilasta kohtaan käyttäytynyt. Kysymykset käsittävät neljä tunneilmapiirin osa-aluetta: 1) läheisen ärtyvyys, 2) tungettelevuus, 3) kriittiset kommentit sekä 4) emotionaalisen tuen puute. Kriittisyyttä käsittelevät kysymykset koskevat esimerkiksi sitä, miten helposti potilas kokee lähimmäisen osalta syylistystä, moittimista ja arvostelua. Ärtyvyysosiossa kartoitetaan sitä, miten helposti läheinen menettää malttinsa ja miten hyvin hän hallitsee stressaavat tilanteet. Tunkeilevuutta koskevat kysymykset liittyvät läheisen ymmärrykseen potilaan rajoista ja itsenäisyydestä. Emotionaalisen tuen puutetta koskevassa osiossa kartoitetaan potilaan kokemusta siitä, tuetaanko, kuunnellaanko ja ymmärretäänkö häntä ja osoitetaanko häntä kohtaan välittämistä. Väittämiin vastataan tosi, jokseenkin tosi tai epätosi, epätosi. Suurempi pistemäärä viittaa korkeampaan koettuun epäsuotuisaan tunneilmaisuun. Kokonaispisteiden lisäksi lasketaan alakategorioiden pisteet.

## 7. Empiirinen osa (tutkimusprojekti)

### 7.1 *Metodit*

Tässä syventävässä työssä käytettiin aineistoa VAMI-tutkimuksesta (Vakavien mielenterveyshäiriöiden etiologia ja hoito -tutkimusohjelma). Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella, miten psykoosiriskipotilaiden ja ensipsykoosipotilaiden perhetunneilmapiiri erosi terveistä ja miten tunneilmapiirin raportointi yhdistyi masennusoireiden määrään lähtötasolla.

**Potilasaineisto.** Tutkimuksessa oli mukana 352 osallistujaa, joista ensipsykoosipotilaita (FEP) oli 130, psykoosiriskissä olevia (CHR-P ja CHR-N) 107 ja terveitä verrokkeja (HC) 115. Osallistujien ikä vaihteli välillä 18–49 vuotta, ja suurin osa sijoittui 20–35 vuoden ikähaarukkaan. Tutkimuksessa oli mukana naisia 164 ja miehiä 188.

Tutkimukseen otettiin mukaan psykoosiin ensimmäistä kertaa sairastuneita (FEP), joista suurin osa oli ei-affektiiviseen psykoosiin sairastuneita (skitsofreniaspektri) ja pieni osa affektiiviseen psykoosiin sairastuneita (esim. kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen jakso). Tutkimukseen sisällytettiin myös psykoosiriskissä olevia, jotka eivät täyttäneet psykoosisairauksien diagnostisia edellytyksiä, mutta täyttivät SIPS/SOPS asteikon määrittelemät psykoosiriskin kriteerit (CHR-P). Lisäksi psykoosiriski-ryhmään otettiin potilaita, joilla oli klinikon arvion perusteella kohonnut psykoosiriski, mutta jotka eivät täyttäneet edellä mainittuja kriteereitä (CHR-N). Kontrolliryhmänä toimivat terveet verrokkit (HC).

Tutkimukseen osallistuneesta 352 potilaasta 297:lle tehtiin LEE-arviointi ja BDI-kysely lähtötilanteessa. Ainoastaan LEE ja BDI-kyselyihin vastanneet potilaat otettiin mukaan analyysiin.

**Menetelmät.** Osallistujille tehtiin alkuvaiheen (T0) jälkeen seurantatutkimus 12 kuukauden kuluttua (T1). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ainoastaan lähtötason arvoja. Tässä tutkimuksessa CHR-N ja CHR-P ryhmät yhdistettiin yhdeksi ryhmäksi ryhmäkokojen yhtenäistämiseksi, koska ryhmien välisessä tilastollisessa parivertailussa ei todettu ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevää eroa. Lähimmäisen henkilön tai perheenjäsenen kanssa koettua tunneilmapiiriä kartoitettiin LEE-38 itsearviointimittarilla. LEE-pisteytykset laskettiin kokonaispisteiden lisäksi erikseen kustakin asteikon neljästä alaosiosta. Mielialaoireiden kartoitukseen käytettiin BDI (Beck depression inventory) kyselyä. Aineistoon kerättiin tutkittavista taustatietoja, kuten ikä, sukupuoli, siviilisäätö ja koulutustaso, mutta keskeisenä kysymyksenä tutkimuksen tässä osassa oli LEE-pisteiden ero

tutkimusryhmien välillä ja toisaalta se, vaikuttavatko masennusoireet siihen, miten potilaat raportoivat kokemaansa tunneilmapiiriä suhteessa läheisiin.

**Tilastolliset menetelmät.** Aluksi potilasaineiston taustatiedot ristiintaulukoitiin tutkittavan ryhmän perusteella ja tutkittavia ryhmiä verrattiin toisiinsa nominaalisten taustamuuttujien osalta Khiin neliötestillä ja ordinaalisten taustamuuttujien osalta Linear by linear-association testillä. LEE-pisteiden normaalijakaumaa tarkasteltiin Shapiro-Wilk testillä, jossa havaittiin, etteivät LEE-pisteet olleet normaalisti jakautuneet. Siksi jatkoanalyysit LEE-arvojen osalta tehtiin non-parametrisilla tilastomenetelmillä kuten LEE-alaosoiden raakapisteiden erot Kruskal-Wallis testillä ja ryhmien väliset erot Mann-Whitney'n testillä. Lopuksi depression vaikutusta itse raportoituihin LEE-pisteisiin tarkasteltiin Quaden nonparametrisellä kovarianssianalyysillä.

Datan analysointiin käytettiin tilastomenetelmällistä ohjelmaa Statistical Program for the Social Sciences (SPSS) versiota 30.0 ja 31.0 ja analyyseissä tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin ( $p < 0.05$ ).

## 7.2 Tulokset

**Taulukko 1. Aineiston sosiodemografiset tiedot**

Diagnoosiryhmä n = 297	FEP n = 105	CHR n = 87	HC n = 105	p-arvo
Sukupuoli (n, %) nainen mies	n=56 (46,7 %) n=49 (53,3 %)	n=44 (50,6 %) n=43 (49,4 %)	n=50 (47,6 %) n=55 (52,4 %)	0,71
Ikä (vuosia) 18–22 23–26 27–49 Keskiarvo ± SD	n=30 (28,6 %) n=30 (28,6 %) n=45 (42,9 %) 26,7 ± 5,9	n=33 (37,9 %) n=20 (23,0 %) n=34 (39,1 %) 26,5 ± 7,2	n=18 (17,1 %) n=36 (34,3 %) n=51 (48,6 %) 27,7 ± 5,7	0,054
Koulutus Ei mitään Ammatillinen Korkeakoulu	* n=46 (43,8 %) n=42 (40,0 %) n=17 (16,2 %)	* n=35 (40,2 %) n=40 (46,0 %) n=12 (13,8 %)	n=28 (26,7 %) n=28 (26,7 %) n=49 (46,7 %)	<0,001
Siviilisäätö Parisuhteessa Ei-parisuhteessa	* n=32 (30,5 %) n=73 (69,5 %)	* n=33 (37,9 %) n=54 (62,1 %)	n=74 (70,5 %) n=31 (29,5 %)	<0,001
Depression aste 1 Vähäinen 2 Lievä 3 Keskipainainen 4 Vaikea	* n=52 (49,5 %) n=20 (19,0 %) n=21 (20,0 %) n=12 (11,4 %)	*,** n=20 (23,0 %) n=16 (18,4 %) n=28 (32,2 %) n=23 (26,4 %)	n=99 (94,3 %) n=5 (4,8 %) n=1 (1,0 %) n=0 (0,0 %)	<0,001

\*=p<0,001 suhteessa kontrolliryhmään

\*\*=p<0,001 ero FEP ryhmään

**Taulukossa 1.** on esitetty tutkittavien taustatiedot ja depression aste tutkittavan ryhmän mukaan. P-arvot tilastollisista testeistä on merkitty taulukkoon oikealle. Tilastollisesti merkitsevät erot ryhmien välillä on merkitty tähdin, joiden merkitsevyys ja selitys löytyy taulukon alapuolelta.

Potilasryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi kontrolliryhmästä koulutuksessa, siviilisäädystä ja depression asteesta. Potilasryhmien välillä tilastollinen ero havaittiin ainoastaan depression asteesta. Mitkään tutkittavat ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi ikä- tai sukupuolijakauman suhteen. Psykoosiriski- ja ensipsykoosipotilailla oli odotetusti matalampi koulutustaso kuin kontrolliryhmällä, joista lähes puolet oli korkeasti koulutettuja. Potilasryhmistä yli puolet eivät olleet parisuhteessa, kun taas kontrolliryhmästä valtaosa oli parisuhteessa.

LEE-kokonaispisteet olivat molemmilla potilasryhmillä tilastollisesti merkitsevästi suuremmat kuin kontrolliryhmällä. LEE-pisteet olivat jopa hieman suuremmat psykoosiriskipotilailla, mutta potilasryhmien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa (**Taulukko 2.**). Depression asteessa havaittiin tilastollisesti merkitsevä ero kaikkien tutkittavien ryhmien välillä. Kontrolliryhmästä valtaosalla oli vähäinen depression aste eikä lainkaan vaikeaa depressiota. Lähes puolella ensipsykoosipotilaista esiintyi ainoastaan vähäistä depressiota, kun taas psykoosiriskipotilaista vain neljäsosalla oli vähäinen depression aste. Psykoosiriskipotilaista yli puolella esiintyi keskivaikeaa tai vaikeaa depressiota.

**Taulukko 2. Level of expressed emotion -pisteet tutkimusryhmissä**

Diagnoosiryhmä Kaikki, n = 297	FEP n = 105	CHR n = 87	HC n = 105	p-arvo K-W testi
LEE kokonaispisteet Keskiarvo ± SD	32,5 ± 17,9 <sup>a</sup>	36,6 ± 18,9 <sup>a</sup>	22,5 ± 14,3	<0,001
Kritiikki Keskiarvo ± SD	4,2 ± 2,8 <sup>a</sup>	4,1 ± 3,0 <sup>a</sup>	2,4 ± 2,0	<0,001
Tungettelevuus Keskiarvo ± SD	8,7 ± 5,6 <sup>a</sup>	8,1 ± 5,4	6,5 ± 4,7	0,007
Emotion. tuen puute Keskiarvo ± SD	14,5 ± 10,2 <sup>a</sup>	18,2 ± 10,6 <sup>a, b</sup>	9,1 ± 7,8	<0,001
Ärtyvyys Keskiarvo ± SD	5,2 ± 3,4	6,2 ± 3,9 <sup>a</sup>	4,5 ± 3,6	0,006

a) = merkitsevä ero kontrolleihin nähden

b) = merkitsevä ero potilasryhmien välillä

**Taulukossa 2.** on esitetty ryhmittäin LEE-alaosoiden raakapisteiden keskiarvo ja keskihajonta tutkittavan ryhmän mukaan. P-arvot tilastollisista testeistä on merkitty taulukkoon oikealle. Ryhmien välisten parivertailuiden tulokset on merkitty kirjaimin ja selitys merkitty taulukon alle.

Taulukosta nähdään, että potilasryhmät erosivat merkitsevästi toisistaan ainoastaan emotionaalisen tuen puutteessa. Psykoosiriskipotilaat kokivat enemmän emotionaalisen tuen puutetta kuin ensipsykoosipotilaat. Molemmat potilasryhmät erosivat kontrolliryhmästä merkitsevästi kokonaispisteissä, kriittisyydessä ja emotionaalisen tuen puutteessa. Tungettelevuudessa vain ensipsykoosipotilaat ja ärtyvyudessa vain psykoosiriskipotilaat erosivat kontrolliryhmästä.

Kun analyysieihin lisättiin depression aste kovariaatiksi, tutkimustulokset muuttuivat osittain. Potilasryhmien välinen merkitsevä ero emotionaalisen tuen puutteessa ei ollut enää havaittavissa ( $p=0,240$ ). Emotionaalisen tuen puutteessa psykoosiriskipotilaiden ja kontrollien välillä oli edelleen merkitsevä ero ( $p=0,002$ ), samoin ensipsykoosipotilaiden ja kontrollien välillä ( $p=0,049$ ). Kriittisyydessä havaittu ero psykoosiriskipotilaiden ja kontrollien välillä ei ollut enää havaittavissa ( $p=0,211$ ). Ensipsykoosipotilaat erosivat kritiikin kokemuksessa edelleen merkitsevästi kontrolliryhmästä ( $p=0,001$ ). Kokonaispisteissä molemmat potilasryhmät erosivat edelleen kontrolleista merkitsevästi ( $p=0,049$ ). Tungettelevuudessa ( $p=0,10$ ) ja ärtyvyydessä ( $p=0,50$ ) tutkittavien ryhmien välillä ei ollut havaittavissa enää merkitsevää eroa.

### 7.3 *Pohdinta*

Tutkimuksessa selvisi, että ensipsykoosin sairastaneiden ja psykoosiriskissä olevien kokemukset perheen tunneilmapiiristä olivat keskenään samankaltaiset, mutta erosivat molemmilla potilasryhmillä merkitsevästi kontrolleista kokonaispisteissä, emotionaalisen tuen puutteessa ja kriittisyydessä. Ainoa potilasryhmien välinen merkitsevä ero todettiin emotionaalisen tuen puutteessa, jota psykoosiriskissä olevat kokivat enemmän. Tämä ero kuitenkin selittyi depressiolla, jonka vaikeusaste oli riskipotilailla suurempi. Havainnon perusteella voidaan todeta, että psykoosiriskipotilaiden kokemassa perheen tunneilmapiirissä todetaan muutoksia hyvin samantyyppisesti kuin ensipsykoosin sairastaneilla jo ennen mahdollista psykoosijaksoa, mutta psykoosiriskipotilailla masennusoireilla on suurempi rooli tunneilmapiirin tulkitsemisessä.

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että depressiota esiintyi sekä psykoosiriski- että ensipsykoosipotilailla kontrolleja enemmän. Psykoosiriskipotilailla esiintyi depressiota jopa suuremmassa määrin kuin ensipsykoosin sairastaneilla, mikä on myös havaittu aiemmissä tutkimuksissa.<sup>20</sup> Sen voi ajatella liittyvän sairauden vaiheeseen, psykoosiriskivaiheessa potilailla on usein pitkäaikaissairastavuutta depression ja ahdistuneisuushäiriöiden osalta ennen varsinaisten psykoottisten oireiden alkua. Ensipsykoosipotilailla psykoosin oireet usein voivat peittää alleen muita oireita, kuten depressio- tai ahdistusoireita.

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että psykoosiriskipotilaat erosivat kontrolleista kriittisyydessä, emotionaalisen tuen puutteessa ja ärtyvyydessä. Depression kontrolloinnin jälkeen riskipotilaat erosivat kontrolleista enää emotionaalisen tuen puutteessa. Riskipotilailla ärtyvyys ja kriittisyys verrattuna kontrolleihin siis selittyivät depressiolla.

Ensipsykoosipotilaat erosivat kontrolleista kriittisyydessä, emotionaalisen tuen puutteessa ja tungettelevuudessa. Depression kontrolloinnin jälkeen ensipsykoosipotilaat erosivat kontrolleista kriittisyydessä ja emotionaalisen tuen puutteessa. Ensipsykoosipotilailla tungettelevuus kontrolleihin verrattuna selittyi depressiolla.

Kummallakaan ryhmällä depressio ei selittänyt emotionaalisen tuen puutetta kontrolleihin verrattuna ja ensipsykoosipotilailla depressio ei selittänyt kritiikkiä kontrolleihin verrattuna. Emotionaalisen tuen puutteen taustalla molemmilla ryhmillä on siis todennäköisesti myös muita syitä kuin depressio-oireet, kuten perheen sisäinen vuorovaikutustapa. Ensipsykoosipotilaiden kokema kriittisyys ei myöskään selittynyt täysin depressiolla vaan taustalla voi olla muita syitä kuten perhedynamiikka tai ennemmin psykoottisten oireiden kuin masennuksen vaikutus kriittisyyden kokemukseen. Potilasryhmien välinen ero emotionaalisen tuen puutteessa selittyi depressiolla, mistä voisi päätellä riskiryhmän suuremman emotionaalisen tuen puutteen raportoinnin liittyvän ainakin osittain siihen, että heillä oli runsaslukuisemmat masennusoireet.

Aiemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu ensipsykoosi- ja psykoosiriskipotilaiden perheiden tunneilmapiiriä. Ensipsykoosipotilailla kriittisyys on yhdistynyt voimakkaimmin relapsiin.<sup>28</sup> Osassa aiemmista tutkimuksista psykoosiriskipotilaan ensipsykoosia ovat ennustaneet yleinen epäsuotuisa ilmapiiri ja koettu ärtyvyys perheessä<sup>31,32</sup> ja huonompaan ennusteeseen ovat yhdistyneet kriittisyys ja vihamielisyys perheessä.<sup>30</sup> Eräässä systemaattisen katsauksen tutkimuksessa riskipotilaat kokivat jopa enemmän kriittisyyttä kuin ensipsykoosipotilaat<sup>30</sup>, mikä ei ollut tässä tutkimuksessa havaittavissa. Erään tutkimuksen mukaan riskipotilaan epäsuotuisa perheilmapiiri yhdistyi runsaampaan masennusoireiluun seurannassa.<sup>31</sup> On tärkeää huomioida, että monessa aiemmista tutkimuksista on käytetty viiden osa-alueen LEE-asteikkoa ja potilaan lisäksi on haastateltu myös läheistä, toisin kuin tässä tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa ei myöskään tarkasteltu potilaita seurannassa. Tämän tutkimuksen rajoitteena voidaan pitää erityisesti sitä, että tutkimuksessa käytetty LEE-38 mittari perustuu potilaan subjektiiviseen kokemukseen perheen vuorovaikutussuhteista. Potilaan oma kokemus on tärkeää asettaa etusijalle, mutta toisaalta läheisen kokemus voi tuoda arvokasta lisätietoa tilanteesta. Lähimmäisen kokemus tunneilmapiiristä voi poiketa potilaan näkökulmasta. Ilman lähimmäisen läsnäoloa haastattelijan ei ole mahdollista havainnoida ulkopuolisen silmin vuorovaikutusta. Eri EE-mittareiden vahvuuksia ja heikkouksia on pohdittu aiemmin esimerkiksi Hooleyn ja Parkerin tutkimuksessa.<sup>6</sup>

Aiempien tutkimusten perusteella perheen tunneilmapiirillä on merkittävä vaikutus psykoosipotilaan ennusteelle. Kannustava ja lämminhenkinen ilmapiiri parantaa ennustetta, kun taas epäsuotuisa ja kriittinen ilmapiiri heikentää ennustetta. Perheinterventioilla voidaan pyrkiä parantamaan tunneilmapiiriä.<sup>3,4,7</sup> Perheinterventiot ovat psykiatrian alalla käytössä monien häiriöiden hoidossa, esimerkiksi bipolaarihäiriöissä ja skitsofreniassa. Näyttö siitä, että depressiossa epäsuotuisa perheen tunneilmapiiri ja erityisesti kriittisyys lisää relapsiriskiä, on vahva.<sup>3</sup> Psykoosiriskipotilailla esiintyy paljon masennusta, joten he hyötyvät todennäköisesti perheinterventiosta riippumatta siitä, sairastuivatko psykoosiin tai eivät. Skitsofrenian Käypä hoidon mukaan psykoosiriskipotilaan hoidon tavoitteena on ennaltaehkäistä psykoosin puhkeaminen ja estää potilaan toimintakyvyn heikkeneminen. Meta-analyysien mukaan erityisesti kognitiivinen käyttäytymisterapia ja psykoosilääkehoito ovat osoittautuneet tehokkaiksi, mutta myös perheinterventiolla on voitu parantaa vuorovaikutusta ja vähentää psykoottisia oireita. Lisäksi depression ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitosuosituksen mukainen hoito ja ovat tärkeässä osassa psykoosiriskipotilaan hoitoa.<sup>1</sup>

Perheinterventioiden tarkoituksena on pyrkiä parantamaan perheen sisäistä kommunikaatiota, harjoittelemalla kuuntelutaitoja ja vähentämällä kriittisiä kommentteja. Tavoitteena on myös parantaa perheen ongelmanratkaisutaitoja. Joskus perheissä voi esiintyä liiallista holhoamista ja vähäistä uskoa sairastuneen pärjäämiseen ja tällöin tavoitteena on lisätä potilaan autonomiaa ja harjoitella rajojen asettamista. Interventioihin sisältyy psykoedukaatiota, jonka avulla pyritään vähentämään väärinkäsityksiä osapuolten välillä sekä vähentämään syyllistämistä ja pelkoa. Läheiset eivät aina ymmärrä esimerkiksi potilaan vetäytymisen ja aloitekyvyttömyyden johtuvan sairaudesta ja voivat näin ollen kritisoida potilasta saamattomuudesta. Perheintervention tavoitteena ei ole moittia tai syyllistää lähimmäisiä henkilöitä heidän käytöksestään vaan auttaa löytämään uusia, parempia toimintatapoja ja pyrkiä lisäämään läheisten ja potilaan kykyä erottaa sairaus ja ihminen toisistaan.<sup>4</sup> Nykypsykiatriassa keskitytään yhä enemmän yksilön hoitamiseen, mutta perhelähtöistä lähestymistapaa ei pidä unohtaa, ja se osaltaan vaikuttaa suotuisasti potilaan ennusteeseen sekä vähentää riskiä uusiin sairausepisodeihin niin psykoosisairauksissa kuin monessa muussakin mielenterveyden häiriössä kuten mielialahäiriöissä.

Tässä työssä on käytetty apuna ChatGPT 5.2. kirjallisuuskatsauksen aihepiirin kartoittamiseen.

## Lähteet

1. Tuominen L., et al. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024. Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
2. Suvisaari, J., Hietala J., et al, 2023. Skitsofrenia. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Oppiportti. Artikkelin tunnus pkr00054. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppoportti.fi/oppikirjat/pkr00054>
3. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(6):547-552. doi:10.1001/archpsyc.55.6.547
4. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD000088. doi:10.1002/14651858.CD000088.pub2
5. Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol*. 1988;44(3):392-397. doi:10.1002/1097-4679(198805)44:3%3C392::AID-JCLP2270440313%3E3.0.CO;2-3
6. Hooley JM, Parker HA. Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43*. 2006;20(3):386-396. doi:10.1037/0893-3200.20.3.386
7. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1972;121(562):241-258. doi:10.1192/bjp.121.3.241
8. Ma CF, Chan SKW, Chung YL, et al. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med*. 2021;51(3):365-375. doi:10.1017/S0033291721000209
9. Suvisaari J., et al. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Lääkärilehti.fi*. 9/2012 vsk 67 s. 677 - 683
10. Penttilä M., et al. Psykoosin ehkäisyn mahdollisuudet. *Aikakauskirja Duodecim* 2017;133(22):2117-23
11. Salokangas RKR., et al. Psykoosipotilaiden toimintakyvyn ennuste ja sitä ennustavat tekijät. *Aikakauskirja Duodecim* 2022;138(20):1817-26
12. Cohen S, Goldsmith DR, Ning CS, et al. Sleep disturbance, suicidal ideation and psychosis-risk symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychiatry Res*. 2024;341:116147. doi:10.1016/j.psychres.2024.116147
13. Viertiö S., et al. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. *Lääkärilehti.fi*. 11/2012 vsk 67 s. 863 - 869
14. Schultze-Lutter F, Michel C, Ruhrmann S, Schimmelmann BG. Prevalence and clinical relevance of interview-assessed psychosis-risk symptoms in the young adult community. *Psychol Med*. 2018;48(7):1167-1178. doi:10.1017/S0033291717002586

15. Salazar de Pablo G, Radua J, Pereira J, et al. Probability of Transition to Psychosis in Individuals at Clinical High Risk. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(9):1-9. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0830
16. Bergé D, Mané A, Salgado P, et al. Predictors of Relapse and Functioning in First-Episode Psychosis: A Two-Year Follow-Up Study. *Psychiatr Serv*. 2016;67(2):227-233. doi:10.1176/appi.ps.201400316
17. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU, et al. Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(7):755-765. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.4779
18. Suomela T., Salokangas RKR. Psykoosia edeltävä oireilu. Aikauskirja Duodecim 2004;120(15):1827-30
19. Samsom JN, Wong AHC. Schizophrenia and Depression Co-Morbidity: What We have Learned from Animal Models. *Front Psychiatry*. 2015;6:13. doi:10.3389/fpsyt.2015.00013
20. Solmi M, Soardo L, Kaur S, et al. Meta-analytic prevalence of comorbid mental disorders in individuals at clinical high risk of psychosis: the case for transdiagnostic assessment. *Mol Psychiatry*. 2023;28(6):2291-2300. doi:10.1038/s41380-023-02029-8
21. Lundin NB, Blouin AM, Cowan HR, Moe AM, Wastler HM, Breitborde NJ. Identification of Psychosis Risk and Diagnosis of First-Episode Psychosis: Advice for Clinicians. *Psychol Res Behav Manag*. 2024;17:1365-1383. doi:10.2147/PRBM.S423865
22. Socada L. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Duodecim Terveyskirjasto. June 6, 2023 (Viitattu 07.01.2026). Saatavilla internetissä: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01338>
23. Eskelinen S., Talaslahti T., Koponen H. Psykoosilääkkeiden metabolisia haittoja voidaan vähentää. *Lääkärilehti.fi*. 2022;77:e34431
24. Chan V. Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017;26(2):341-366. doi:10.1016/j.chc.2016.12.014
25. Suvisaari, J., et al. 2023. Psykoosiriskioireyhtymä. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria. Oppiportti*. Artikkelin tunnus pkr00069. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/pkr00069>
26. Salokangas RKR, From T, Ilonen T, et al. Short-term functional outcome in psychotic patients: results of the Turku early psychosis study (TEPS). *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):602. doi:10.1186/s12888-021-03516-4
27. Ajnakina O, Stubbs B, Francis E, et al. Employment and relationship outcomes in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*. 2021;231:122-133. doi:10.1016/j.schres.2021.03.013
28. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*. 2012;139(1):116-128. doi:10.1016/j.schres.2012.05.007

29. Keegan C, Brown K, Gaynor K. A Systematic Review Exploring the Relationship Between Family Factors and Symptom Severity, Relapse and Social or Occupational Functioning in First-Episode Psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2025;19(3):e13643. doi:10.1111/eip.13643
30. Izon E, Berry K, Law H, French P. Expressed emotion (EE) in families of individuals at-risk of developing psychosis: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2018;270:661-672. doi:10.1016/j.psychres.2018.10.065
31. Izon E, Berry K, Wearden A, Carter LA, Law H, French P. Investigating expressed emotion in individuals at-risk of developing psychosis and their families over 12 months. *Clin Psychol Psychother*. 2021;28(5):1285-1296. doi:10.1002/cpp.2576
32. Haidl T, Rosen M, Schultze-Lutter F, et al. Expressed emotion as a predictor of the first psychotic episode — Results of the European prediction of psychosis study. *Schizophr Res*. 2018;199:346-352. doi:10.1016/j.schres.2018.03.019