

# **Dissosiativinen oireilu ja traumakokemukset ensipsykoosiin sairastuneilla potilailla ja psykoosiriskipotilailla**

Psykiatrian oppiaine ja Tyks Psykiatria  
Syventävien opintojen kirjallinen työ

Laatija  
Ada Jaakola

Ohjaaja  
Professori Jarmo Hietala

Kevätlukukausi 2026  
Turku

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu  
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Lisensiaatintutkielma

**Oppiaine:** Psykiatria

**Tekijä:** Ada Jaakola

**Otsikko:** Dissosiatiiivinen oireilu ja traumakokemukset ensipsykoosiin sairastuneilla potilailla ja psykoosiriskipotilailla

**Ohjaaja:** Professori Jarmo Hietala

**Sivumäärä:** 22 sivua

**Päivämäärä:** 3.3.2026

Dissosiaatiohäiriöiden ja psykoosisairauksien erotusdiagnoosi on haastavaa, ja dissosiaatiohäiriötä sairastavat potilaat joutuvat usein odottamaan vuosia oikeaa diagnoosia ja asianmukaisen hoidon alkamista. Dissosiatiiivisten tilojen lääkkeellinen ja psykososiaalinen hoito eroavat psykoosien vastaavista hoidoista, ja siksi näiden oireyhtymien erotusdiagnoosi on kliinisesti tärkeää.

Tämän syventävien opintojen tutkimuksen aiheena on vertailla dissosiatiiivisen oireilun esiintyvyyttä ensipsykoosipotilailla, psykoosiriskipotilailla ja kontrollihenkilöillä, sekä arvioida näiden kokemusten korrelaatiota lapsuuden traumaattisten kokemusten kirjoon. Tutkimuksessa havainnoitavat löydökset voivat auttaa mahdollisten riskiryhmien tunnistamisessa, jotta dissosiatiiivisten oireiden asianmukainen hoito osataan kohdentaa oikein ja aloittaa ajoissa.

Opinnäytetyössä käsitellään ja analysoidaan VAMI-projektissa kerättyä tutkimusaineistoa. Vertailtavat potilasryhmät on saatu Turku Early Psychosis Study -tutkimuksen (TEPS) keräämästä datasta. Dissosiatiiivisen oireilun arviointiin on käytetty patologista dissosiatiiivisuutta kuvaavaa DES II -mittaria (Dissociative Experience scale II) ja lapsuuden traumaattisten kokemusten arviointiin TADS-skaalaa (Trauma and Distress Scale).

Tutkimuksen tuloksena lapsuudenajan traumakokemuksilla ja dissosiatiiivisillä oireilla näyttää olevan merkittävä yhteys. Dissosiatiiivisiä oireita ilmenee siis enemmän henkilöillä, jotka ovat saaneet korkeammat pisteet lapsuuden traumakokemuksia kartoittavassa kyselyssä. Tutkimus osoittaa, että lapsuudenajan traumoista kysyminen on tärkeä osa potilaan anamneesia, ja että nämä kokemukset voivat liittyä dissosiatiiiviseen oireiluun.

Avainsanat: dissosiaatio, psykoosi, trauma

# Sisällysluettelo

1 Johdanto.....	3
<b>2 Dissosiaatio, psykoosi ja lapsuuden traumakokemukset ilmiönä.....</b>	<b>4</b>
2.1 Dissosiaatio.....	4
2.2 Psykoosi.....	4
2.3 Dissosiaation ja psykoosin yhteys.....	5
2.4 Lapsuuden traumakokemukset.....	6
2.5 Aiemmat tutkimukset.....	7
<b>3 Aineistot ja tutkimusmenetelmät.....</b>	<b>7</b>
3.1 Tutkittavat ryhmät.....	7
Taulukko 1: Taustatekijät: sukupuoli, ikä, siviilisääty, asuminen, lapset.....	9
Kaavio 2: Ikäjakama, vain DES II -kyselyyn vastanneet.....	10
Taulukko 2: Tutkittavat ryhmät, taustatekijät: koulutus, pääasiallinen toiminta....	11
<b>4 Tulokset.....</b>	<b>12</b>
4.1 DES II- ja TADS-tulosten jakautuminen.....	12
4.2 Dissosiativisen oireilun ja lapsuuden traumaattisten kokemusten esiintyminen kaikissa ryhmissä.....	12
Taulukko 3: Ryhmien pisteet.....	12
Taulukko 4: TADS- ja DES II -tulosten vertailu ryhmien välillä.....	13
Taulukko 5: TADS- ja DES II -pisteiden vertailu ryhmittäin, ikä kovariaattina....	13
Taulukko 6: DES II- ja TADS-pisteiden vertailu ryhmittäin, sukupuoli kovariaattina.....	14
4.3 Lapsuudenajan traumojen korrelaatio dissosiativisiin oireisiin.....	14
Taulukko 7: TADS- ja DES II -vastausten pistemäärien korrelaatio.....	14
Taulukko 8: TADS- ja DES II -vastausten pistemäärien korrelaatio ryhmittäin....	15
4.4 Muiden tekijöiden yhteys TADS- ja DES II -pisteisiin.....	15
4.4.1 Sukupuoli.....	15
Taulukko 9: DES II- ja TADS-pisteet sukupuolen ja tutkittavan ryhmän mukaan	16
Taulukko 10: DES II- ja TADS-pisteiden korrelaation merkitsevyys.....	16
<b>5 Johtopäätökset.....</b>	<b>17</b>
<b>Lähteet.....</b>	<b>19</b>

# 1 Johdanto

Syventävien opintojen tutkimuksen aiheena on vertailla dissosiativisen oireilun esiintyvyyttä ensipsykoosipotilailla, psykoosiriskipotilailla ja kontrollihenkilöillä, sekä arvioida näiden kokemusten korrelaatiota lapsuuden traumaattisten kokemusten kirjoon. Oireiden esiintyvyyden vertailu ryhmien välillä auttaa selvittämään dissosiativisen oireilun, traumakokemusten ja psykoosin yhteyttä, sekä ymmärtämään paremmin lapsuuden traumaattisten kokemusten yhteyttä dissosiativiseen oireiluun. Tutkimuksessa havainnoitavat löydökset voivat auttaa mahdollisten riskiryhmien tunnistamisessa, jotta asianmukainen hoito osataan kohdentaa oikein ja aloittaa ajoissa. Dissosiativisten tilojen lääkkeellinen ja psykososiaalinen hoito eroavat psykoosien vastaavista hoidoista, ja siksi näiden oireyhtymien erotusdiagnostiikka on kliinisesti tärkeää.

Opinnäytetyöhön kuuluu kirjallisen työn laatiminen, jossa kuvataan lyhyesti mitä aiheesta aiemmin tiedetään. Toisena empiirisenä osana esitellään tutkimuksen tuloksia sekä pohditaan niiden kliinistä merkitystä.

Tutkimuksessa tutkitaan lapsuudenajan traumakokemusten ja dissosiativisten oireiden ilmenemistä ensipsykoosipotilailla, psykoosiriskipotilailla sekä väestökontrolliryhmällä. Dissosiativisen oireilun arviointiin on käytetty patologista dissosiativisuutta kuvaavaa kahdeksankohtaista DES II -mittaria (Dissociative Experience scale II) ja lapsuuden traumaattisten kokemusten arviointiin TADS-skaalaa (Trauma and Distress Scale). TADS-kyselyssä lapsuuden traumakokemukset on jaoteltu viiteen luokkaan: emotionaalinen hyväksikäyttö (EmoAb), fyysinen hyväksikäyttö (PhyAb), seksuaalinen hyväksikäyttö (SexAb), emotionaalinen laiminlyönti (EmoNeg) ja fyysinen laiminlyönti (PhyNeg). Tutkimuksen tavoitteena on selvittää eroavatko DES II- ja TADS-pisteet potilasryhmien välillä, ja eroavatko potilasryhmät kontrolliryhmästä. Tämän lisäksi tutkitaan korreloivatko DES II- ja TADS-pisteet näissä kolmessa ryhmässä.

## 2 Dissosiaatio, psykoosi ja lapsuuden traumakokemukset ilmiönä

### 2.1 Dissosiaatio

Dissosiaatio (engl. dissociation; “erottaminen”) tarkoittaa psykiatrissa häiriötä tai oiretta, jossa henkilön kyky yhdistellä ajatuksiaan, havaintojaan, tunteitaan, muistojaan ja toimintaansa mielekkäiksi kokonaisuuksiksi on häiriintynyt. Dissosiativisia oireita ovat esimerkiksi muistinmenetys (amnesia), itsensä ja ympäristönsä kokeminen vieraaksi (derealisaatio ja depersonalisaatio) sekä identiteetin hajoamisen kokemukset. (Korkeila ja Lauerma 1997.) Dissosiaatio voi usein ilmetä myös vaihtelevina somaattisina oireina, joihin ei löydy lääketieteellistä selitystä (Suokas-Cunliffe ja Van Der Hart 2006). Tämän lisäksi Schneiderin first rank -tyyppioireet, kuten näkö- ja kuuloharhat sekä kokemukset ajatusten välittymisestä, voivat liittyä dissosiaatiohäiriöihin, vaikka ne on usein yhdistetty ensisijaisesti skitsofrenian oireiksi (Schneider 1959, Krüger ja Fletcher 2024, Korkeila ja Lauerma 1997). First rank -oireiden määritelmä ja niiden kliininen merkitys jakavat asiantuntijoiden mielipiteitä (Moritz ym. 2024).

Dissosiativisten oireiden esiintyminen on yleistä ilman, että kyseessä on dissosiativinen häiriö tai muu psykiatrinen sairaus; oireiden esiintyvyyden on arvioitu olevan yleisväestössä jopa 12,8 % (Ross, Joshi ja Currie 1990). Suomalaisen aineiston pohjalta tehdyssä tutkimuksessa (Maaranen ym. 2005) kliinisesti merkittävän dissosiaation esiintyvyydeksi on arvioitu 3,4 % (dissosiativisuutta kartoittavassa Dissociative Experiences Scale-Taxon -kyselyssä  $DES-T \geq 20$  pistettä).

### 2.2 Psykoosi

Psykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa henkilön todellisuudentaju on vakavasti järkkynyt ja toimintakyky heikentynyt. Psykoottisia oireita ovat positiiviset oireet (esimerkiksi aistiharhat, harhaluulot ja hajanaisuus), negatiiviset oireet (esimerkiksi puheen köyhtyminen, tunne-elämän latistuminen ja aloitekyvyn heikkeneminen), kognitiiviset puutosoireet (esimerkiksi haasteet tarkkaavuuden, muistin, toiminnanohjauksen tai tiedon prosessoinnin kanssa) sekä affektiiviset oireet (esimerkiksi ahdistus ja masennus). Psykoosia ilmenee monissa psykiatrisissa häiriöissä, kuten skitsofreniassa, harhaluuloisuushäiriössä, vakavassa masennuksessa tai maniassa sekä somaattisten sairauksien, lääkkeiden tai päihteiden aiheuttamana. (Moilanen 2013, Tuominen ja Salokangas 2017, Morrissette ja Stahl 2012.)

Linscott ja van Os (2013) tekemässä meta-analyysissä arvioidaan psykoottisten kokemusten ilmaantuvuuden olevan n. 2,5% ja esiintyvyyden 7,2% yleisväestössä. Vain pieni osa psykoosioireita satunnaisesti kokevista sairastuu varsinaiseen psykoosisairauteen.

ICD-10-tautiluokitus sisällyttää suurimman osan psykooseista ryhmään "Skitsofrenia, skitsotyyppinen persoonallisuus ja harhaluuloisuushäiriöt". Skitsofrenia on yleisin tämän ryhmän häiriöistä. (Psykiatria 2023.) Skitsofrenian kehittyminen on yhdistetty stressi-alttius-malliin. Skitsofrenian tärkein altistava tekijä on perimä, mutta myös esimerkiksi sikiöaikaiset kehityshäiriöt, synnytyskomplikaatiot sekä lapsena koetut traumat voivat lisätä sairastumisriskiä. Mikäli potilaalla on alttius sairastua skitsofreniaan, jokin stressitekijä voi lopulta aiheuttaa varsinaisen sairastumisen. Tällaisia stressitekijöitä voivat olla esimerkiksi elämäntilanteen muutos, kehityksellinen vaatimus tai päihteidenkäyttö. (Tuominen ja Salokangas 2017.)

Kliinisesti korkea psykoosiriski tarkoittaa sitä, että potilaalla on todettavissa lieviä psykoosiin viittaavia oireita, jotka eivät aiheuta potilaalle merkittävää haittaa tai vaaraa ja jotka voivat ohittua itsestään. Psykoosiriskiä voidaan arvioida esimerkiksi CAARMS- (Comprehensive Assessment of the At-Risk Mental State) tai SIPS/SOPS (Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes) -haastatteluilla. Näissä strukturoiduissa haastatteluissa kartoitetaan lieviä positiivisia oireita, ohittuvia psykoottisia oireita sekä ensimmäisen asteen sukulaisten psykoosisairauksia. (Catalan ja ja Salazar de Pablo ym. 2020.)

### 2.3 Dissosiaation ja psykoosin yhteys

Sun ym. (2018) tutkimuksen tulosten mukaan 36,4 %:lla ensipsykoosipotilaista ilmenee kliinisesti merkittäviä dissosiativisia oireita. Tutkimuksessa havaittiin myös tilastollisesti merkitsevä yhteys dissosiativisen oireilun määrän ja lapsuudenajan traumakokemusten välillä. Daalman ym (2012) havaitsivat puolestaan , että lapsuuden traumakokemuksilla ja verbaalisten kuulohallusinaatioiden ilmenemisellä on yhteys sekä psykoosipotilailla että yleisväestössä.

First rank -kuuloharhat eivät ole patognomisia ainoastaan psykoosisairauksille (Longden, Madill ja Waterman, 2012) kuten aiemmin on ajateltu, vaan kuuloharhat voivat liittyä psykoosin lisäksi esimerkiksi dissosiativiseen oireiluun sekä posttraumaattiseen stressihäiriöön. Skitsofrenian, dissosiaatiohäiriöiden ja posttraumaattisen stressihäiriön

oireissa onkin todettu merkittävää päällekkäisyyttä, mikä voi vaikeuttaa erotusdiagnostiikkaa. Erityisesti kuuloharjojen on osoitettu liittyvän vähintään yhtä voimakkaasti lapsuudenaikaisiin traumakokemuksiin kuin muihin mielenterveyshäiriöihin. Tämän yhteyden on myös osoitettu olevan kausaalinen ja annosriippuvainen. (Read ym. 2005.)

Mychailyzyn ym. (2021) meta-analyysissä tiivistetään, että dissosiaatiohäiriöitä sairastavat potilaat joutuvat odottamaan oikeaa diagnoosia ja asianmukaista hoitoa keskimäärin 7 vuotta. Psykoosisairauksien ja dissosiativisten häiriöiden erotusdiagnostiikka onkin tärkeää, koska dissosiaatiohäiriöiden diagnostiikan viivästymisen on todettu liittyvän esimerkiksi elämänlaadun heikentymiseen, lisääntyneisiin hoitjaksoihin sairaalassa, itsetuhoisuuteen sekä fyysisen ja psyykkisen sairastavuuden lisääntymiseen (Leonard ym. 2005).

Dissosiativisten tilojen lääkkeellinen ja psykososiaalinen hoito eroavat psykoosien vastaavista hoidoista, ja siksi näiden oireyhtymien erotusdiagnostiikka on kliinisesti tärkeää. Psykoosin hoidossa keskeisenä elementtinä ovat erityisesti antipsykoottinen lääkitys (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2024). Dissosiaation hoito riippuu dissosiaation tyypistä, vaikeusasteesta, taustatekijöistä ja potilaan kokonaistilanteesta. Ensisijaisina hoitomenetelminä käytetään psykoedukaatiota, oireidenhallintakeinoja (esimerkiksi grounding-tekniikoita) ja erilaisia traumojen hoitoon kohdistuvia psykoterapia-menetelmiä. Antipsykoottisten lääkeaineiden käytössä tulee olla pidättyväinen, koska puhtaassa dissosiaatio-oireilussa niistä ei ole todettu merkittävää hyötyä ja koska niiden käyttöön voi liittyä haittoja. (Lauerma 2002, Turkus ja Kahler 2006, Psykiatria 2023.) Toisaalta dissosiaatio-ilmiöt voivat esiintyä samanaikaisesti psykoosisairauden kanssa, jolloin vastetta lääkitykselle on mahdollista saada (Linnamaa 2024).

## 2.4 Lapsuuden traumakokemukset

Lapsuuden traumakokemusten on todettu olevan yleisiä psykoosi- ja psykoosiriskipotilailla (Varese ym. 2012). Lapsuuden traumakokemukset ovat myös yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn psykoosi- ja psykoosiriskipotilailla (Salokangas ym. 2022). Myös Hassan ja De Luca (2015) havaitsivat tutkimuksessaan, että lääkeresistenttiä skitsofreniaa esiintyi enemmän potilailla, joilla oli historiassaan enemmän trauma-altistusta. Näiden potilaiden kohdalla voidaan pohtia dissosiatiooireiden osuutta lääkeresistenssiin.

## 2.5 Aiemmat tutkimukset

Lapsuuden traumakokemusten ja psykoosisairauksien yhteyttä tutkivassa julkaisussa (Álvarez et al., 2021) todetaan, että tutkituilla psykoosipotilailla kaikki lapsuuden traumakokemusten dimensiot korreloivat suurempiin DES II -tuloksiin. Tutkimuksen tulosten mukaan emotionaalista laiminlyöntiä lukuun ottamatta kaikilla lapsuuden traumakokemusten dimensioilla on nähtävissä suora yhteys dissosiatiiivisiin kokemuksiin. Julkaisussa nostetaan esiin myös muita tutkimuksia, jotka tutkivat lapsuuden traumakokemusten ja dissosiatiiivisen oireilun yhteyttä erityisesti aikuispotilailla, joilla on diagnosoitu psykoosisairaus (Hollowka ym., 2003; Brunner ym., 2004; Schäfer ym., 2006; Schäfer ym., 2012; Chae ym., 2015). Julkaisussa tiivistetään, että näistä vain Brunner ym. (2004) ei havainnut yhteyttä lapsuuden traumakokemusten ja dissosiatiiivisten oireiden määrän tai vakavuuden välillä, kun vertailtiin psykoosipotilaita ja terveitä kontrollihenkilöitä. Toisessa tutkimuksessa Braehler ym. (2013) on löytänyt tilastollisesti merkitsevän yhteyden lapsuuden traumakokemusten ja dissosiatiiivisten oireiden välillä myös ensipsykoosipotilaiden kohdalla.

## 3 Aineistot ja tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyössä käsitellään ja analysoidaan VAMI-projektissa (Vakavien mielenterveyden häiriöiden tutkimusohjelma) kerättyä tutkimusaineistoa SPSS Statistics 31 -ohjelman avulla. Vertailtavat potilasryhmät on saatu Turku Early Psychosis Study -tutkimuksen (TEPS) keräämästä datasta. Dissosiatiiivisen oireilun arviointiin on käytetty patologista dissosiatiiivisuutta kuvaavaa kahdeksankohtaista DES II -mittaria (Dissociative Experience scale II) ja lapsuuden traumaattisten kokemusten arviointiin TADS-skaalaa (Trauma and Distress Scale). Molemmissa kyselytutkimuksissa vastaukset on pisteytetty niin, että suurempi pistemäärä liittyy vakavampaan oireiluun.

### 3.1 Tutkittavat ryhmät

Tutkimuksessa vertailtiin kolmea ryhmää: ensipsykoosipotilaita, psykoosiriskipotilaita ja väestökontrollia ("healthy control", HC, n=115). Tutkittavat potilaat koostuvat 18–49-vuotiaista henkilöistä, jotka olivat lokakuun 2011 ja joulukuun 2017 välillä ensimmäistä kertaa psykiatrisessa hoidossa tai yhteydessä mielenterveyspalveluihin (sairaala ja psykiatrinen avohoito). Tutkimuspotilaat on kerätty Turun Kaupungin psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta ja TYKS psykiatrialta.

Ensipsykoosipotilailla (FEP, “first-episode psychosis”, n=130) on diagnosoitu DSM-IV:n mukaan skitsofrenia, kaksisuuntaisen mielialahäiriöön tai harhaluuloisuushäiriöön liittyvä psykoosi, akuutti monimuotoinen psykoottinen häiriö tai muu psykoosi. Tutkittavien potilaiden poissulkukriteerejä olivat aiempi psykoosisairauden diagnoosi sekä  $\ddot{A}O < 70$ .

Toisena vertailtavana ryhmänä ovat psykoosiriskipotilaat (CHR, “clinical high risk of psychosis”, n=107), joilla ei ole diagnosoitua psykoosisairautta, mutta jotka on asetettu riskiryhmään SIPS (Structured Interview for Prodromal Syndromes) -mittarin tai kokeneen kliinisen psykiatrin ja hoitoryhmän arvion perusteella, vaikka formaalisen psykoosiriskin kriteerit eivät täytyisikään. Nämä kaksi ryhmää ovat hyvin samankaltaisia ja ne on tässä työssä yhdistetty yhdeksi psykoosiriskiryhmäksi. Psykoosiriskipotilaita on rekrytoitu Turun Kaupungin psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja TYKS psykiatrian lisäksi Turun perusterveydenhuollosta.

Koko tutkimusaineistoon kuuluu yhteensä 352 tutkittavaa, joista 149 on vastannut sekä TADS- että DES II -kyselyyn. Tämä ilmenee pienempänä tutkittavien määränä data-analyysissä, kun tarkastellaan DES II -kyselyn vastausten pisteiden korrelaatiota muihin tutkittuihin muuttujiin. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja kuvataan seuraavissa taulukoissa sekä kuvaajissa. Taustatekijöiden analyysissä on käytetty SPSS Statistics -ohjelman testejä.

**Taulukko 1:** Taustatekijät: sukupuoli, ikä, siviilisäätö, asuminen, lapset

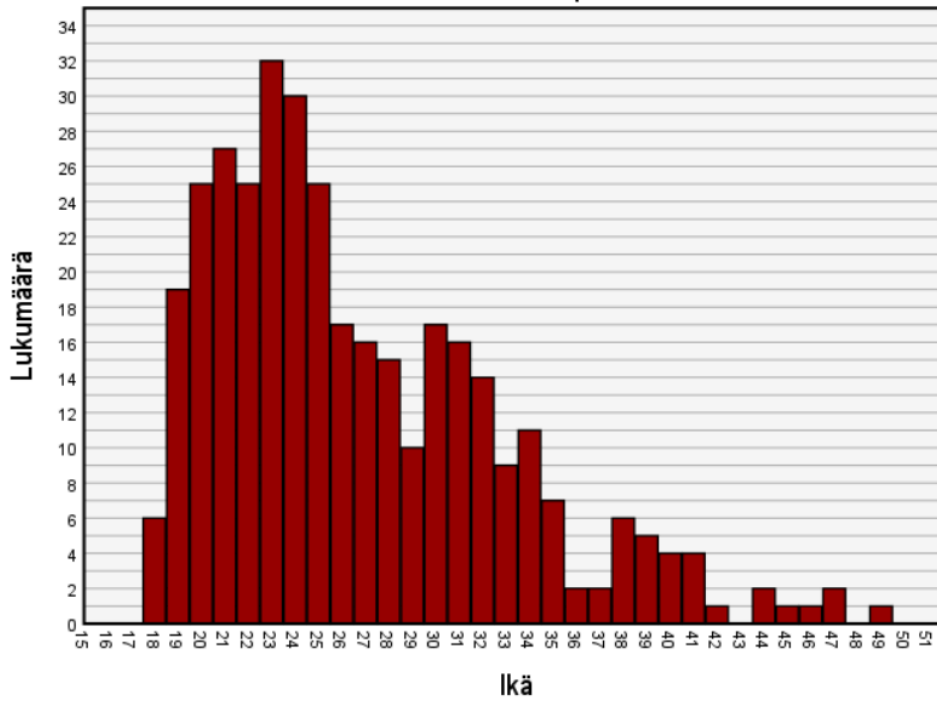
	Kaikki	FEP	CHR	HC	p*
N (%)	352	130 (36,9)	107 (30,4)	115 (32,7)	
<b>Sukupuoli, n (%)</b>					0,515
Nainen	164 (46,6)	56 (43,1)	50 (46,7)	58 (50,4)	
Mies	188 (53,4)	74 (56,9)	57 (53,3)	57 (49,6)	
<b>Ikä, n (%)</b>					0,218
< 25	189 (53,7)	69 (53,1)	65 (60,7)	55 (47,8)	
26-30	75 (21,3)	29 (22,3)	17 (15,9)	29 (25,2)	
31-35	57 (16,2)	22 (16,9)	13 (12,1)	22 (19,1)	
36-40	19 (5,4)	8 (6,2)	5 (4,7)	6 (5,2)	
> 41	12 (3,4)	2 (1,5)	7 (6,5)	3 (2,6)	
<b>Ikä keskiarvo (SD)</b>	26,64 (6,2)	26,53 (5,9)	25,95 (7,0)	27,41 (5,7)	
<b>Siviilisäätö, n (%)</b>					< 0,001
Naimisissa	46 (13,1)	16 (12,3)	13 (12,1)	17 (14,8)	
Avoliitossa	97 (27,6)	15 (11,5)	18 (16,8)	64 (55,7)	
Eronnut/Asumuserossa	10 (2,8)	5 (3,8)	3 (2,8)	2 (1,7)	
Naimaton	199 (56,5)	94 (72,3)	73 (68,2)	32 (27,8)	
<b>Asuminen, n (%)</b>					< 0,001
Yksin	140 (39,8)	62 (47,7)	49 (45,8)	29 (25,2)	
Puolison kanssa	95 (27,0)	18 (13,8)	17 (15,9)	60 (52,2)	
Puolison ja lapsen/lasten kanssa	42 (11,9)	13 (10,0)	12 (11,2)	17 (14,8)	
Lapsen/lasten kanssa ilman puolisoa	14 (4,0)	8 (6,2)	4 (3,7)	2 (1,7)	
Vanhempien/sisarusten kanssa	41 (11,6)	20 (15,4)	18 (16,8)	3 (2,6)	
Muu	20 (5,7)	9 (6,9)	7 (6,5)	4 (3,5)	
<b>Lapset, n (%)</b>					0,726
Kyllä	64 (18,2)	24 (18,5)	17 (15,9)	23 (20,0)	
Ei	288 (81,8)	106 (81,5)	90 (84,1)	92 (80,0)	

\* Pearson Chi-Square

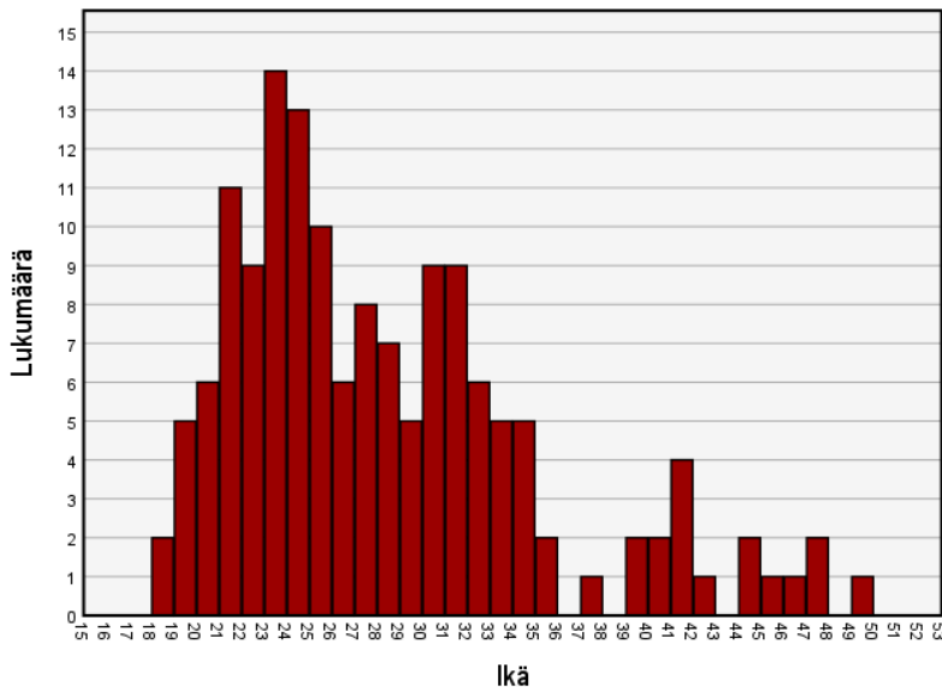
FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = Väestökontrolli

Taulukossa 1 esitellään kliinisten ryhmien taustatekijöitä, kuten tutkimukseen osallistuneiden ikä, siviilisäätö ja asuminen. Tutkimukseen osallistuneet ovat tutkimushetkellä olleet 18–49-vuotiaita, ja tutkittavien iän keskiarvo on kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kesken 26,64 (SD 6,212). Vain osa tutkimukseen osallistuneista vastasi myös DES II -kyselyyn, tämän ryhmän tutkittavien iän keskiarvo on 27,83 (SD 6,838). Ikäjakaumat on esitelty tarkemmin kaaviossa 1 (kaikki tutkittavat) ja kaaviossa 2 (DES II -kyselyyn vastanneet). Kaavioista voidaan nähdä iän samankaltainen jakautuminen kaikkien tutkittavien ja DES II-kyselyyn vastanneiden välillä.

**Kaavio 1:** Ikäjakauma, kaikki tutkittavat



**Kaavio 2:** Ikäjakauma, vain DES II -kyselyyn vastanneet



**Taulukko 2:** Tutkittavat ryhmät, taustatekijät: koulutus, pääasiallinen toiminta

	Kaikki	FEP	CHR	HC	p*
N (%)	352	130 (36,9)	107 (30,4)	115 (32,7)	
<b>Peruskoulutus, n (%)</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Osa peruskoulua (< 9v.)	2 (0,6)	1 (0,8)	1 (0,9)	0 (0,0)	
Peruskoulu	114 (32,4)	51 (39,2)	44 (41,1)	19 (16,5)	
Lukio/osa lukiota	26 (7,4)	18 (13,8)	7 (6,5)	1 (0,9)	
Ylioppilastutkinto	206 (58,5)	60 (46,2)	54 (50,5)	92 (80,0)	
Peruskoulutus kesken	2 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (0,9)	
Tieto puuttuu	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,7)	
<b>Korkein koulutus/tutkinto, n (%)</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Ei ammattikoulutusta	136 (38,6)	57 (43,8)	49 (45,8)	30 (26,5)	
Ammatillinen kurssi/työpaikkakoulutus	12 (3,4)	4 (3,1)	7 (6,5)	1 (0,9)	
Ammattikoulu, oppisopimus, näyttötutkinto	57 (16,2)	20 (15,4)	25 (23,4)	12 (10,6)	
Ammatillinen koulu	42 (11,9)	21 (16,2)	8 (7,5)	13 (11,5)	
Ammatillinen opistotutkinto	22 (6,3)	9 (6,9)	6 (5,6)	7 (6,2)	
Ammattikorkeakoulututkinto	44 (12,5)	7 (5,4)	5 (4,7)	32 (28,3)	
Alempi korkeakoulututkinto	9 (2,6)	2 (1,5)	1 (0,9)	6 (5,3)	
Ylempi korkeakoulututkinto	25 (7,1)	9 (6,9)	6 (5,6)	10 (8,8)	
Lisensiaatin tutkinto	2 (0,6)	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,9)	
Tohtorin tutkinto	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	
Tieto puuttuu	2	0 (0,0)	0 (0,0)	2	
<b>Pääasiallinen toiminta, n (%)</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Kokopäivätyö	91 (25,9)	27 (20,8)	16 (15,0)	48 (41,7)	
Osa-aikatyö	27 (7,7)	12 (9,2)	5 (4,7)	10 (8,7)	
Opiskelija	119 (33,8)	32 (24,6)	34 (31,8)	53 (46,1)	
Työkyvyttömyyseläke/kuntoutus tuki	16 (4,5)	12 (9,2)	4 (3,7)	0 (0,0)	
Työtön/lomautettu	55 (15,6)	26 (20,0)	28 (26,2)	1 (0,9)	
Kotitalouden/perheen hoito	10 (2,8)	4 (3,1)	4 (3,7)	2 (1,7)	
Varusmies/siviilipalvelu	3 (0,9)	0 (0,0)	3 (2,8)	0 (0,0)	
Muu	31 (8,8)	17 (13,1)	13 (12,1)	1 (0,9)	

\* Pearson Chi-Square

FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = Väestökontrolli

Taulukossa 2 esitellään kliinisten ryhmien taustatekijöitä, kuten peruskoulutus, korkein tutkinto sekä pääasiallinen toiminta. Taulukosta voidaan nähdä eroja potilasryhmien (FEP ja CHR) ja väestökontrollin (HC) välillä. Kontrolliryhmällä on potilasryhmiä useammin pidempi koulutus sekä kokopäivätyö, kun taas potilasryhmissä työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki sekä työttömyys ovat yleisempiä kuin kontrolliryhmässä. Potilasryhmät muistuttavat taustatekijöiltään pitkälti toisiaan.

## 4 Tulokset

### 4.1 DES II- ja TADS-tulosten jakautuminen

DES II- ja TADS-kyselyiden vastausten pisteiden jakaumaa tutkittiin Shapiro-Wilk -testillä, jonka perusteella vastaukset eivät noudata normaalijakaumaa, lukuunottamatta psykoosiriskiryhmän fyysiseen laiminlyöntiin (TADS, PhyNeg) liittyviä pisteitä ( $p=0,054$ ,  $n=42$ ). Muutoin kaikkien tutkittavien ryhmien DES II- ja TADS-pisteiden jakauma poikkeaa normaalista tilastollisesti merkitsevästi (CHR TADS, EmoNeg  $p=0,017$ , muut  $p\leq 0,001$ ). CHR-ryhmän pieni otanta sekä muiden ryhmien ja vastausten pisteiden jakauma huomioiden voidaan olettaa, että suuremmalla otannalla vastaukset eivät enää noudattaisi normaalijakaumaa. Tästä johtuen analyysit on tehty ei-parametrisilla testeillä.

### 4.2 Dissosiativisen oireilun ja lapsuuden traumaattisten kokemusten esiintyminen kaikissa ryhmissä

Eri ryhmien saamia pisteitä DES II- ja TADS-kyselyissä esitellään taulukossa 3. Kaikkien ryhmien välisessä analyysissä on käytetty Kruskal-Wallis -testiä. Ryhmien välisiä yhteyksiä on tutkittu vielä tarkemmin Mann-Whitney U -testillä, jonka tulokset esitellään taulukossa 4.

TADS- ja DES II -kyselyiden vastausten perusteella lasketuista pisteistä psykoosiriskipotilaat saavat korkeimmat keskiarvot sekä DES II -kyselyssä että kaikissa TADS-kyselyn osa-alueissa. Kontrolliryhmä saa potilasryhmiä vähemmän pisteitä sekä DES II- että TADS-kyselyssä. (Taulukko 3.) Kontrolliryhmä eroaa sekä FEP- että CHR-potilasryhmistä tilastollisesti merkitsevästi jokaisessa tutkitussa TADS- ja DES II -kategoriassa. Potilasryhmät eivät eroa DES II- tai TADS-kyselyssä saatujen pisteiden suhteen tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. (Taulukko 4.)

**Taulukko 3:** Ryhmien pisteet

	FEP			CHR			HC			Kruskal-Wallis, <i>p</i>
	Keskiarvo	Mediaani	SD	Keskiarvo	Mediaani	SD	Keskiarvo	Mediaani	SD	
DES II Pisteet	15,48	11,79	13,27	20,09	13,93	18,01	5,17	4,64	4,40	<0,001
TADS Pisteet, EmoAb	4,80	4,00	4,42	6,07	4,00	5,04	1,41	0,00	2,34	<0,001
TADS Pisteet, PhyAb	2,08	1,00	2,35	2,69	1,00	3,97	0,37	0,00	0,90	<0,001
TADS Pisteet, SexAb	1,20	0,00	3,16	1,38	0,00	3,81	0,02	0,00	0,15	<0,001
TADS Pisteet, EmoNeg	6,75	6,00	5,36	7,05	7,00	4,70	2,63	1,00	2,99	<0,001
TADS Pisteet, PhyNeg	3,98	4,00	3,01	4,57	4,00	3,17	2,39	2,00	2,29	<0,001

Käytetty testi: Kruskal-Wallis. FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = Väestökontrolli. EmoAb = emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmoNeg = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNeg = fyysinen laiminlyönti.

**Taulukko 4:** TADS- ja DES II -tulosten vertailu ryhmien välillä

	FEP-CHR, <i>p</i>	CHR-HC, <i>p</i>	HC-FEP, <i>p</i>
DES II Pisteet	0,411	< 0,001	< 0,001
TADS Pisteet EmoAb	0,344	< 0,001	< 0,001
TADS Pisteet PhyAb	0,972	< 0,001	< 0,001
TADS Pisteet SexAb	0,257	< 0,001	< 0,001
TADS Pisteet EmoNeg	0,072	< 0,001	< 0,001
TADS Pisteet PhyNeg	0,569	< 0,001	< 0,001

Käytetty testi: Mann-Whitney U. FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = Väestökontrolli. EmoAb = emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmoNeg = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNeg = fyysinen laiminlyönti.

Kliinisten ryhmien saamien pisteiden tarkempi vertailu on tehty Quaden testillä, ikä kovariaattina (taulukko 5). Tuloksista nähdään, että molemmat potilasryhmät eroavat tilastollisesti merkitsevästi väestökontrolliryhmästä kaikilla tutkittavilla osa-alueilla, mutta ainoa tilastollisesti merkitsevä ero potilasryhmien välillä on emotionaalisen laiminlyönnin pisteissä ( $p=0,040$ ) siten, että psykoosiriskipotilaat raportoivat enemmän emotionaalisen laiminlyönnin kokemuksia. Sama tulos saatiin kun käytettiin sukupuolta kovariaattina (taulukko 6). Emotionaalisen laiminlyönnin kokemusten pisteet eroavat potilasryhmien välillä myös, kun kovariaattina on käytetty siviilisäätystä ( $p=0,026$ ), asumismuotoa ( $p=0,043$ ) ja koulutusvuosien määrää ( $p=0,037$ ).

**Taulukko 5:** TADS- ja DES II -pisteiden vertailu ryhmittäin, ikä kovariaattina

Käytetty testi: Quade Nonparametric ANCOVA

	Kovariaatti ikä, <i>p</i>	FEP-CHR, <i>p</i>		FEP-HC		CHR-HC	
		t	<i>p</i>	t	<i>p</i>	t	<i>p</i>
DES II Pisteet	< 0,001	-0,460	0,647	5,937	< 0,001	5,840	< 0,001
TADS Pisteet, EmoAb	< 0,001	-0,952	0,342	7,142	< 0,001	7,736	< 0,001
TADS Pisteet, PhyAb	< 0,001	0,046	0,963	5,482	< 0,001	5,165	< 0,001
TADS Pisteet, SexAb	< 0,001	1,369	0,172	4,660	< 0,001	3,092	0,002
TADS Pisteet, EmoNeg	< 0,001	-2,065	0,040	7,270	< 0,001	8,966	< 0,001
TADS Pisteet, PhyNeg	< 0,001	-0,544	0,587	5,023	< 0,001	5,316	< 0,001

Käytetty testi: Quade Nonparametric ANCOVA. FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = väestökontrolli. EmoAb = emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmoNeg = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNeg = fyysinen laiminlyönti.

**Taulukko 6:** DES II- ja TADS-pisteiden vertailu ryhmittäin, sukupuoli kovariaattina

	Kovariaatti sukupuoli, <i>p</i>	FEP-CHR, <i>p</i>		FEP-HC		CHR-HC	
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
DES II Pisteet	< 0,001	-0,479	0,633	6,157	< 0,001	6,059	< 0,001
TADS Pisteet, EmoAb	< 0,001	-0,929	0,353	7,433	< 0,001	7,991	< 0,001
TADS Pisteet, PhyAb	< 0,001	0,006	0,995	5,445	< 0,001	5,169	< 0,001
TADS Pisteet, SexAb	< 0,001	1,406	0,161	4,982	< 0,001	3,363	0,001
TADS Pisteet, EmoNeg	< 0,001	-2,060	0,040	7,280	< 0,001	8,970	< 0,001
TADS Pisteet, PhyNeg	< 0,001	-0,561	0,575	4,994	< 0,001	5,305	< 0,001

Käytetty testi: Quade Nonparametric ANCOVA. FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = väestökontrolli. EmoAb = emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmoNeg = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNeg = fyysinen laiminlyönti.

### 4.3 Lapsuudenajan traumojen korrelaatio dissosiativisiin oireisiin

Yleisesti korkeat pisteet kaikilla TADS-osa-alueilla korreloivat DES II -kyselyssä saatuihin korkeisiin pisteisiin (taulukko 7). Lapsuudenajan traumakokemukset ovat siis tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä dissosiativisten oireiden esiintyvyyden kanssa. Yksittäisiä ryhmiä tarkastellessa (taulukko 8) FEP-potilailla vain fyysinen laiminlyönti korreloi tilastollisesti merkitsevästi dissosiativisten oireiden esiintyvyyden kanssa ( $p=0,001$ ). CHR-ryhmällä ainoastaan fyysisellä kaltoinkohtelulla on tilastollisesti merkitsevä yhteys DES II -pisteisiin ( $p=0,035$ ). Kontrolliryhmällä yksikään TADS-osa-alue ei korreloi tilastollisesti merkitsevästi DES II -tulosten kanssa, mutta emotionaalinen laiminlyönnillä on lähes merkitsevä yhteys ( $p=0,059$ ) DES II -pisteiden kanssa.

**Taulukko 7:** TADS- ja DES II -vastausten pistemäärien korrelaatio

		TADS Pisteet EmoAb	TADS Pisteet PhyAb	TADS Pisteet SexAb	TADS Pisteet EmoNeg	TADS Pisteet PhyNeg
DES II Pisteet	N	151	151	149	151	151
	Korrelaatiokerroin	0,332	0,419	0,167	0,338	0,370
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,041	<0,001	<0,001

Käytetty testi: Spearmanin korrelaatio. FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = väestökontrolli. EmoAb = emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmoNeg = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNeg = fyysinen laiminlyönti.

**Taulukko 8:** TADS- ja DES II -vastausten pistemäärien korrelaatio ryhmittäin

	FEP		CHR		HC	
	Korrelaatiokerroin	<i>p</i>	Korrelaatiokerroin	<i>p</i>	Korrelaatiokerroin	<i>p</i>
DES II ja TADS, EmoAb	0,106	0,411	0,162	0,306	0,239	0,105
DES II ja TADS, PhyAb	0,220	0,086	0,326	<b>0,035</b>	0,129	0,386
DES II ja TADS, SexAb	0,075	0,565	0,030	0,850	-0,034	0,824
DES II ja TADS, EmoNeg	0,201	0,118	0,090	0,573	0,278	0,059
DES II ja TADS, PhyNeg	0,405	<b>0,001</b>	0,187	0,235	0,161	0,279

Käytetty testi: Spearmanin korrelaatio. FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = väestökontrolli. EmoAb = emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmoNeg = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNeg = fyysinen laiminlyönti.

#### 4.4 Muiden tekijöiden yhteys TADS- ja DES II -pisteisiin

##### 4.4.1 Sukupuoli

Sukupuolen yhteyttä DES II- ja TADS-tuloksiin yleisesti ja ryhmittäin esitellään taulukossa 9. Sekä DES II- että TADS-kyselyyn vastasi yhteensä 60 naista ja 89 miestä. Naiset saivat keskimäärin miehiä korkeammat pisteet kaikilla TADS-osa-alueilla. Yleisesti sekä naisilla että miehillä DES II -pisteet korreloivat TADS-tulosten kanssa tilastollisesti vähintään lähes merkitsevästi kaikilla tutkittavilla osa-alueilla lukuun ottamatta seksuaalisen hyväksikäytön osa-alueita (taulukko 10).

Ensipsykoosipotilaiden ryhmässä naiset saivat miehiä keskimäärin korkeammat pisteet kaikilla tutkittavilla osa-alueilla (taulukko 9). Tässä ryhmässä miehillä fyysisen laiminlyönnin yhteys dissosiativisten oireiden esiintymiseen on merkitsevä ( $p=0,013$ ). Naisilla ei ensipsykoosiryhmässä ilmennyt merkitseviä korrelaatioita DES II- ja TADS-pisteiden välillä, mutta fyysisen laiminlyönnin korrelaatio DES II -pisteisiin on lähes merkitsevä ( $p=0,071$ ). (Taulukko 10.)

Myös psykoosiriskipotilaiden ryhmässä naiset saivat miehiä keskimäärin korkeammat pisteet kaikilla tutkittavilla osa-alueilla (taulukko 9). Merkittävin ero CHR-ryhmien välillä on DES II -pisteissä, josta naispotilaat saivat keskimäärin 27,16 pistettä, ja miehet 15,27 pistettä. Myös keskihajonta oli keskimäärin suurempaa naisilla kuin miehillä. Tässä ryhmässä naisilla fyysinen kaltoinkohtelu korreloi korkeampiin DES II -tuloksiin lähes merkitsevästi

( $p=0,058$ ). Miehillä CHR-ryhmässä mikään TADS-osa-alue ei korreloi tilastollisesti merkitsevästi DES II -pisteisiin (taulukko 10).

Kontrolliryhmässä miehet saivat naisia korkeammat pisteet DES II -kyselyssä sekä TADS-kyselyn fyysisen kaltoinkohtelun pisteissä (taulukko 9). Muilla TADS-osa-alueilla miehet saivat naisia keskimäärin matalammat pisteet. Kontrolliryhmässä mikään TADS-osa-alue ei korreloi DES II -tulosten kanssa tilastollisesti merkitsevästi (taulukko 10).

**Taulukko 9:** DES II- ja TADS-pisteet sukupuolen ja tutkittavan ryhmän mukaan

	Naiset, FEP	Naiset, CHR	Naiset, HC	Miehet, FEP	Miehet, CHR	Miehet, HC
N	25	17	18	36	25	28
<b>DES II- ja TADS-pisteet: Keskiarvo (SD)</b>						
DES II Pisteet	16,30 (11,54)	27,16 (20,87)	4,46 (4,58)	14,91 (14,49)	15,27 (14,29)	5,62 (4,31)
TADS Pisteet, EmoAb	5,80 (4,77)	7,65 (5,80)	1,78 (3,04)	4,11 (4,09)	5,00 (4,25)	1,18 (1,79)
TADS Pisteet, PhyAb	2,12 (2,67)	3,24 (4,78)	0,00 (0,00)	2,06 (2,15)	2,32 (3,36)	0,61 (1,10)
TADS Pisteet, SexAb	1,56 (2,68)	2,71 (5,67)	0,06 (0,24)	0,94 (3,47)	0,48 (1,12)	0,00 (0,00)
TADS Pisteet, EmoNeg	7,04 (5,50)	7,88 (5,01)	3,00 (3,83)	6,56 (5,33)	6,48 (4,49)	2,39 (2,35)
TADS Pisteet, PhyNeg	4,64 (3,39)	5,41 (3,59)	1,83 (1,82)	3,53 (2,68)	4,00 (2,78)	2,75 (2,50)

FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = väestökontrolli. EmoAb = emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmoNeg = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNeg = fyysinen laiminlyönti.

**Taulukko 10:** DES II- ja TADS-pisteiden korrelaation merkitsevyys

Korrelaatiokerroin (p)	Naiset, kaikki	Naiset, FEP	Naiset, CHR	Naiset, HC	Miehet, kaikki	Miehet, FEP	Miehet, CHR	Miehet, HC
DES II + TADS EmoAb	<b>0,473 (&lt;0,001)</b>	0,173 (0,408)	0,248 (0,337)	0,278 (0,264)	<b>0,205 (0,051)</b>	-0,032 (0,849)	-0,031 (0,884)	0,276 (0,147)
DES II + TADS PhyAb	<b>0,571 (&lt;0,001)</b>	0,205 (0,326)	<b>0,468 (0,058)</b>	-	<b>0,332 (0,001)</b>	0,267 (0,110)	0,137 (0,513)	0,119 (0,538)
DES II + TADS SexAb	0,150 (0,251)	-0,134 (0,524)	0,085 (0,744)	0,023 (0,926)	0,186 (0,081)	0,227 (0,182)	-0,068 (0,747)	-
DES II + TADS EmoNeg	<b>0,337 (0,009)</b>	0,176 (0,400)	-0,049 (0,853)	0,293 (0,238)	<b>0,336 (0,001)</b>	0,202 (0,230)	0,193 (0,356)	0,263 (0,168)
DES II + TADS PhyNeg	<b>0,451 (&lt;0,001)</b>	0,367 (0,071)	0,145 (0,579)	0,151 (0,549)	<b>0,289 (0,005)</b>	<b>0,403 (0,013)</b>	0,153 (0,464)	0,136 (0,482)

Käytetty testi: Spearmanin korrelaatio. FEP = Ensipsykoosi, CHR = Kliininen psykoosiriski, HC = väestökontrolli. EmoAb = emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmoNeg = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNeg = fyysinen laiminlyönti.

## 5 Johtopäätökset

Dissosiaatio on ilmiönä mielen suojausmekanismi, joka voi auttaa traumaattisista kokemuksista selviämisessä sekä trauman käsittelyssä. Traumakokemus voi olla niin ylivoimainen, että tunteet ja aistikokemukset ylittävät yksilön käsittelykapasiteetin. Tämän seurauksena ylivirittynyt stressijärjestelmä katkaisee tunteiden, ajatusten ja muistojen integroitumisen. Tästä puolestaan voi seurata tilanne, jossa traumamuisto tallentuu ei-integroituena muistijälkenä, joka voi aktivoitua tietyissä tilanteissa ja aiheuttaa dissosiaatio-oireilua ilman, että potilas osaa yhdistää oireilua mihinkään aiempaan tapahtumaan. (Butler, 2006.) Patologisena ilmiönä dissosiaatio voi kehittyä dissosiaatiohäiriöksi ja heikentää merkittävästi henkilön toimintakykyä. (Boyer ym, 2022.)

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää tarkemmin lapsuudenaikaisten traumakokemusten ja dissosiativisten oireiden yhteyttä erityisesti ensipsykoosipotilailla ja psykoosiriskipotilailla. Saadut tulokset vahvistavat aiemmin tehtyjen tutkimusten havaintoja siitä, että lapsuudessa koetut traumat ja dissosiativiset oireet korreloivat keskenään.

Sekä FEP- että CHR-ryhmien vastaukset eroavat merkittävästi väestökontrolliryhmästä. Fyysisellä laiminlyönnillä ja fyysisellä hyväksikäytöllä on useammassa tutkimuksen osassa merkitsevä korrelaatio dissosiaatio-oireiden kanssa ensipsykoosi- ja psykoosiriskiryhmissä. Emotionaalinen laiminlyönti nousee puolestaan esiin ainoana TADS-osa-alueena, jonka pisteet eroavat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan potilasryhmien välillä kovariaatit huomioiden.

CHR-ryhmän vastausten pisteiden keskiarvo ja mediaani on vähintään yhtä korkea tai korkeampi kuin FEP-ryhmällä kaikilla tutkittavilla osa-alueilla. On mahdollista, että CHR-ryhmän potilaat raportoivat FEP-potilaita herkemmin kokemuksistaan. Psykoosisairauksien, ja erityisesti skitsofrenian, oirekuvaan kuuluvat affektiiviset ja kognitiiviset oireet, jotka voivat osaltaan selittää sitä, että oireiden ja kokemusten raportointi on ensipsykoosipotilailla CHR-ryhmää vähäisempää. CHR-ryhmällä on myös tutkitusti paljon liittämissairastuvuutta, mikä voi mahdollisesti osaltaan selittää korkeita pisteitä. Solmi ym. (2023) mukaan noin 75% CHR-potilaista sairastaa samanaikaisia

mielenterveyshäiriötä, ja Sevilla-Llewellyn-Jones ym. (2018) tutkimuksen mukaan jopa kolmella neljästä CHR-potilaasta on todettavissa persoonallisuushäiriö.

Jatkotutkimuksia lapsuudenajan traumojen, dissosiaation ja psykoosioireiden välillä tarvitaan vielä erityisesti eri potilas- ja kontrolliryhmien erojen tarkentamiseksi. Suuremmalla otannalla tehdyt tutkimukset voisivat auttaa tarkentamaan ryhmien välisiä eroja sekä dissosiativisten oireiden ja traumakokemusten korrelaatiota. Jatkotutkimusten kannalta olisi mielenkiintoista myös tarkentaa ensipsykoosipotilaiden ryhmää esimerkiksi vain henkilöihin, jotka sairastavat skitsofreniaa.

Tutkimuksemme osoittaa, että lapsuudenajan traumoista kysyminen on tärkeä osa potilaan anamneesia, ja että nämä kokemukset voivat liittyä dissosiativiseen oireiluun. Dissosiativisten oireiden aikainen tunnistaminen on tärkeää, jotta potilaat saavat asianmukaista hoitoa riittävän ajoissa. Hoidon kohdentamisen kannalta on myös tärkeää pystyä erottamaan eri dissosiativiset häiriöt toisistaan, sekä tarkentaa erotusdiagnostiikkaa dissosiativisten ja muiden mielenterveyshäiriöiden välillä.

# Lähteet

- Álvarez, M-J. ym. **Childhood Trauma in Schizophrenia Spectrum Disorders.** *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2021; 209 (1): 40-48. doi: 10.1097/NMD.0000000000001253.
- Boyer, S. M., Caplan, J. E., ja Edwards, L. K. **Trauma-Related Dissociation and the Dissociative Disorders:: Neglected Symptoms with Severe Public Health Consequences.** *Delaware journal of public health.* 2022; 8(2), 78–84. <https://doi.org/10.32481/djph.2022.05.010>
- Braehler, C. ym. **Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls.** *Psychiatry Research*, Volume 210, Issue 1.2013; Sivut 36-42. ISSN 0165-1781. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.033>.
- Brunner, R. ym. **Dissociative symptoms in schizophrenia: A comparative analysis of patients with borderline personality disorder and healthy controls.** *Psychopathology.* 2004; 37:281–284.
- Butler, L. **Normative Dissociation.** *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 29, Issue 1. 2006. Sivut 45-62. ISSN 0193-953X. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.004>.
- Catalan, A. ja Salazar de Pablo, G. ym. **Annual Research Review: Prevention of psychosis in adolescents – systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention.** *J. Child Psychol. Psychiatr.* 2021; 62: 657-673. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13322>
- Chae, S. ym. **Multivariate analysis of relationship between childhood trauma and psychotic symptoms in patients with schizophrenia.** *Psychiatry Investig.* 2015; 12:397–401.
- Daalman, K. ym. **Childhood trauma and auditory verbal hallucinations.** *Psychological medicine.* 2012; 42(12), 2475–2484. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000761>
- Hassan, A. ja De Luca, V. **The effect of lifetime adversities on resistance to antipsychotic treatment in schizophrenia patients.** *Schizophrenia Research*, Volume 161, Issues 2–3. 2015; Sivut 496-500. ISSN 0920-9964. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.048>.
- Holowka, DW. ym. **Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia.** *Schizophr Res.* 2003; 60:87–90.
- Korkeila, J. ja Lauerma, H. **Dissosiaatiohäiriö vai psykoosi?.** *Duodecim.* 1997;113(8):737-
- Krüger, C. ja Fletcher, L. **Schneiderian First Rank Symptoms Significantly Predict a Dissociative Disorder Diagnosis in Psychiatric In-Patients.** *Journal of Trauma & Dissociation.* 2024; pp. 1–14. doi: 10.1080/15299732.2024.2326515.
- Lauerma, H. **Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito.** *Duodecim.* 2002;118(21):2199-2205.
- Leonard, D. ym. **Dissociative Disorders: Pathways to Diagnosis, Clinician Attitudes and Their Impact.** *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2005;39(10):940-946. doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01700.x

Linnamaa, O. **Akuutti psykoosi, Lääkäriin käsikirja.** *Kustannus Oy Duodecim*, 2024. Saatavilla Internetissä: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt01694>. Viitattu 24.2.2026. ykt01694 (035.010)

Linscott, R. J., ja van Os, J. **An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders.** *Psychological medicine*. 2013; 43(6), 1133–1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>

Lintula, L ja Savolainen, S. **Lapsuudessa koetun emotionaalisen kaltoinkohtelun yhteys aikuisiän resilienssiin ja koettuun stressiin.** *Pro gradu -tutkielma*. 2019.

Longden, E., Madill, A., ja Waterman, M. G. **Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing.** *Psychological bulletin*. 2012; 138(1), 28–76. <https://doi.org/10.1037/a0025995>

Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. **Psykiatria** [online]. Helsinki: *Kustannus Oy Duodecim*, 2023 (luettu 18.02.2026). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): <https://www.oppiportti.fi/opk04497.pkr00026> (003.004)

Maaranen, P. ym. **Factors Associated with Pathological Dissociation in the General Population.** *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(5):387-394. doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01586.x

Mychailyszyn, M. P. ym. **Differentiating Dissociative from Non-Dissociative Disorders: A Meta-Analysis of the Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders (SCID-D): Journal of Trauma and Dissociation.** *Journal of Trauma & Dissociation*. 2021; 22(1), pp. 19–34. doi: 10.1080/15299732.2020.1760169.

Moilanen, K. **Psykoosin arviointi.** *Duodecim*. 2013;129(8):886-92

Moritz, S. ym. **Towards the DSM-6: Results of a Survey of Experts on the Reintroduction of First-Rank Symptoms as Core Criteria of Schizophrenia and on Redefining Hallucinations.** *Schizophrenia Bulletin*, Volume 50, Issue 5. 2024; Sivut 1050–1054, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae061>

Morrissette, D. ja Stahl, S. **Affective symptoms in schizophrenia.** *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, Volume 8, Issues 1–2. 2011; Sivut 3-9, ISSN 1740-6773, <https://doi.org/10.1016/j.ddstr.2011.10.005>.

Read, J. ym. **Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications.** *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112: 330-350.

Ross, C. A., Joshi, S., ja Currie, R. **Dissociative experiences in the general population.** *The American Journal of Psychiatry*. 1990; 147(11), 1547–1552. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.11.1547>

Rytinki, T. **Verbaaliset kuulohallusinaatiot: psykoosi vai dissosiaatio?** *Lisensiaatintutkielma*. 2023.

Salokangas R. ym. **Psykoosipotilaiden toimintakyvyn ennuste ja sitä ennustavat tekijät.** *Duodecim*. 2022;138(20):1817-26

Schneider, K. **Clinical Psychopathology.** *New York: Grune & Stratton*. 1959.

Schäfer, I. ym. **Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: An exploratory study.** *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194:135–138.

Schäfer, I. ym. **Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: Relationships with childhood trauma and psychotic symptoms.** *Compr Psychiatry*. 2012; 53:364–371.

Sevilla-Llewellyn-Jones, J. ym. **Clinically significant personality traits in individuals at high risk of developing psychosis,** *Psychiatry Research*, Volume 261. 2018; Sivut 498-503. ISSN 0165-1781. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.027>.

**Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus.** Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 23.04.2025). Saatavilla internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi).

Solmi, M. ym. **Meta-analytic prevalence of comorbid mental disorders in individuals at clinical high risk of psychosis: the case for transdiagnostic assessment.** *Mol Psychiatry*. 2023; 28, 2291–2300. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02029-8>

Sun, P. ym. **Investigating the prevalence of dissociative disorders and severe dissociative symptoms in first episode psychosis.** *Early Intervention in Psychiatry*. 2019; 13: 1366–1372.

Suokas-Cunliffe, A. ja Van Der Hart, O. **Dissosiaatiohäiriö - varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus.** *Duodecim*. 2006; 122(16):2001-7

Tuominen, L. ja Salokangas, R. **Skitsofrenia.** *Duodecim*. 2017;133(2):173-6

Turkus, J, Kahler, J. A. **Therapeutic Interventions in the Treatment of Dissociative Disorders.** *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 29, Issue 1. 2006. Sivut 245-262. ISSN 0193-953X. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.015>.

Varese, F. ym. **Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies.** *Schizophr Bull*. 2012; 38(4):661-671. doi:10.1093/schbul/sbs050