

**VAIKEAHOITOISEN EPILEPSIAN YHTEYS SCL-90-
OIREKYSELYLLÄ TODETTUIHIN MIELENTERVEYDEN
OIREULOTTUVUUKSIIN**

Lisa Lappalainen

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Tampereen yliopisto

Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta

Kesäkuu 2018

Tampereen yliopisto

Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta

LAPPALAINEN LISA: VAIKEAHOITOISEN EPILEPSIAN YHTEYS SCL-90-
OIREKYSELYLLÄ TODETTUIHIN MIELENTERVEYDEN OIREULOTTUVUUKSIIN

Kirjallinen työ, 24 s.

Ohjaaja: professori Kampman Olli

Kesäkuu 2018

Avainsanat: *Lääkeresistentti epilepsia, psykiatrinen oire, psykiatrinen arviointimittari, SCL-90, komorbiditeetti, diagnostiikka*

Tavoitteet: Tämän havainnoivan klinisen tutkimuksen päätavoite on kartoittaa vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavien potilaiden psykiatristen oireiden esiintyvyyttä SCL-90-oirekyselyllä. Lisäksi tavoitteena on selvittää psykiatriseen oireiluun yhteydessä olevia riskitekijöitä, sekä voiko moniulotteisella kyselyllä ennustaa diagnoosia.

Menetelmät: Vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavat tutkittavat (n=101) rekrytoitiin TAYS:n epilepsiayksikön käyntien yhteydessä. Psykiatri suoritti tutkittaville psykiatrisen klinisen tutkimuksen, jonka yhteydessä täytettiin SCL-90 -oirekysely sekä muita psykiatrisia mittareita. SCL-90-oirekyselyllä havaittujen oireulottuvuuksien pistemääriä käsiteltiin t-testillä, Mann-Whitneyn U-testillä, varianssianalyysillä, lineaarisella ja logistisella regressiomallilla sekä korrelaatioanalyysillä.

Tulokset: Tutkittavilla havaittiin psykiatrisia oireita merkittävästi enemmän kuin suomalaisella normiväestöllä. Erityisesti korostuivat pakko-oireet, masentuneisuus ja foobinen ahdistus, mutta oiredimensioiden pistemäärät erosivat erilaisissa psykiatrisissa tiloissa. Riskitekijää, joka lisäisi tutkittavien kokemia psykiatrisia oireita, ei löydetty tarkasteltuna yksittäin tai monimuuttujamallilla. SCL-90:n keskeiset oiredimensiot korreloivat voimakkaasti MADRS- ja BDI-kyselyiden tuloksiin.

Pohdinta: Vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavien potilaiden SCL-90-oirekyselyllä raportoimat psykiatriset oireet ovat yleisiä, mutta tulosten perusteella ei voida määrittää riskitekijöitä psykiatriselle oireilulle. SCL-90 näyttäisi kykenevän erottelemaan psykiatristen tilojen välillä ja olevan luotettava vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavien potilaiden oireiden kartoituksessa.

Tämän opinnäytteen alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-ohjelmalla Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

SISÄLLYSLUETTELO

	Sivu
1 JOHDANTO.....	3
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	7
3 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	8
3.1 AINEISTO.....	8
3.2 TUTKIMUSMITTARIT.....	8
3.3 TILASTOLLISET MENETELMÄT.....	9
3.4 EETTISET NÄKÖKOHDAT.....	10
4 TULOKSET.....	10
5 POHDINTA.....	16
6 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	19
7 LÄHTEET.....	20

1 JOHDANTO

Epilepsia

Epilepsia on monipuolinen ryhmä oireyhtymiä, joissa esiintyy toistuvia epileptisiä kohtauksia, mutta joiden etiologia, kulku ja hoito voivat erota toisistaan merkittävästi. Vähintään yhden epileptisen kohtauksen saa väestöstä elämänsä aikana 8-10% mutta vain 4-5% epilepsian. Aktiivista epilepsiaa sairastaa väestöstä noin 1%. Epileptinen kohtaus syntyy hermosolujen purkaustoiminnan poikkeavasta kiihtymisestä. Epilepsian patofysiologian keskiössä on pidetty epätasapainoa välittäjäaineiden toiminnassa ja epilepsia-alueella on löydetty kohonneita glutamaatin pitoisuuksia sekä toisaalta vähentynyttä GABA:n synteesiä. Epilepsia-kohtauksilla on myös osoitettu olevan hermosoluja tuhoavaa vaikutusta.

Epilepsia jaetaan etiologian mukaan symptomaattisiin epilepsioihin, joiden taustalla on aivojen rakenteelliseen vaurioon johtanut tapahtuma, kryptogeenisiin epilepsioihin, joiden taustalta ei voida osoittaa vastaavaa tapahtumaa sekä idiopaattisiin epilepsioihin, joissa geneettinen tausta on selkeä, eikä muuta syytä epilepsialle ole todettavissa.

Epilepsia-kohtaukset luokitellaan paikallisalkuisiin ja yleistyviin kohtauksiin, joiden tyypilliset oireet ja tutkimuslöydökset eroavat. Paikallisalkuiset kohtaukset alkavat toisen aivopuoliskon rajoitetun alueen purkaustoiminnan häiriönä ja niiden oireet riippuvat suuresti epilepsia-alueen sijainnista. Esimerkiksi paikallisalkuisessa ohimolohkoepilepsiassa voi esiintyä kuuloharhoja ja kielellisen ymmärtämisen vaikeutta, kun taas takaraivolohkoepilepsian oireina näköilmiöt ja silmien liikkeet ovat tavallisia. Paikallisalkuinen kohtaus voi olla yksinkertainen, jolloin häiriö pysyy paikallisena ja potilas säilyttää tajuntansa, tai monimuotoinen, jolloin tajunta hämärtyy osittain.

Toissijaisesti yleistyvät paikallisalkuiset kohtaukset alkavat paikallisesti, mutta yleistyvät molempiin aivopuoliskoisiin ja aiheuttavat tajunnan menetyksen vähittäisesti sekä motoristen oireiden esiintymisen toispuoleisesti. Epileptiset kohtaukset voivat myös yleistyä suoraan, jolloin ne alkavat molemmissa aivopuoliskoissa samanaikaisesti. Tällöin potilas menettää tajuntansa välittömästi ja motoriset oireet ovat symmetrisiä. Yleistyviä epilepsia-kohtauksia esiintyy poissaoloepilepsioissa ja myokloonisissa epilepsioissa.¹

Epilepsian hoito

Suomalaisissa käypä hoito -suosituksissa linjataan, että epilepsian hoidon tavoite on kohtauksettomuus ilman merkittäviä haittavaikutuksia. Epilepsian lääkkeellisen pitkäaikaisen

hoidon tavoitteena on ehkäistä kohtauksia, eikä aikuispotilailla lääkkeiden käyttö epilepsia-kohtauksen ensiapuna ole perusteltua kuin erityistapauksissa. Lääkitys aloitetaan ensisijaislääkkeellä, kun potilaalla on todettu alttius toistuviin epileptisiin kohtauksiin. Tämä tapahtuu yleensä toisen epileptisen kohtauksen jälkeen. Lääkityksen aloittaminen on aiheellista ensimmäisen kohtauksen jälkeen, mikäli etiologia on rakenteellinen tai kohtaus pitkittynyt.

Ensisijainen epilepsialääke valitaan kohtaustyyppin mukaan ja sen annos asetetaan pienimmäksi mahdolliseksi, jolla saavutetaan kohtauksettomuus. Mikäli ensisijaislääkkeellä ei saavuteta kohtauksettomuutta, kokeillaan seuraavaksi vaihtoehtoista lääkettä ainoana lääkkeenä. Lääkkeiden vaihto tapahtuu nostamalla toinen lääke asteittain ylläpitoannokseen ensisijaisen rinnalle, ennen kuin ensisijainen lääke puretaan. Kahta epilepsialäkettä voidaan myös käyttää yhdistelmänä samanaikaisesti, mikäli kohtauksettomuus saavutetaan vain siten.

Epilepsialääkityksen asteittaista purkamista voidaan harkita, mikäli potilas on ollut kohtaukseton 3-5 vuotta ja on siihen itse halukas. Purkamiseen liittyy kohonnut kohtausten uusiutumisenriski sekä mahdollisesti heikompi vaste uudelleen aloitetulle, aiemmin tehokkaalle lääkitykselle.

Paikallisalkuisten epilepsioiden ensisijaislääkkeeksi suositellaan okskarbatsepiinia, pitkävaikutteista karbamatsepiinia tai levetirasetaamia. Vaihtoehtoisina lääkkeinä käytetään lamotrigiiniä, topiramaattia, valproaattia, gabapentiiniä ja tsonisamidia. Lisälääkkeinä voidaan käyttää eslikarbatsepiinia, gabapentiinia, klobatsaamia, lakosamidia, lamotrigiinia, levetirasetaamia, perampaneelia, pregabaliinia, tiagabiinia, topiramaattia tai tsonisamidia. Erityistilanteissa käytettäviä ovat fenytoiini, fenobarbitaali, retigabiini tai vigabatriini. Yleistyneiden epilepsiaoireyhtymien ensisijaislääke on valproaatti. Vaihtoehtoisina lääkkeinä käytetään lamotrigiinia, levetirasetaamia ja topiramaattia. Käytettyjä lisälääkkeitä ovat klobatsaami ja tsonisamidia.

Vaikeahoitoisen epilepsian hoidossa voidaan käyttää leikkaushoitoa, jossa epileptogeeninen alue poistetaan tai eristetään kirurgisesti. Vaikeahoitoisessa ohimolohkoepilepsiassa kaksi kolmasosaa potilaista tulee kohtauksettomiksi epilepsiakirurgialla, muiden lohkojen suhteen vastaavasti noin kolmasosa. Mikäli epileptogeenistä aluetta ei voi poistaa tai eristää, käytetään joskus aivokurkiaisien halkaisua tai stimulaatiohoitoa, jotka lievittävät tai vähentävät kohtauksia, mutta joilla harvoin saavuttavat kohtauksettomuutta. Vagushermostimulaatiota sekä syväaivostimulaatiota käytetään vaikeahoitoisen epilepsian hoidossa lääkehoidon lisänä.²

Vaikeahoitoinen epilepsia

Valtaosa epilepsiapotilaista saavuttaa asianmukaisella hoidolla kohtauksettomuuden, joka voidaan todeta potilaan oltua oireeton ajanjakson, joka on pituudeltaan kolminkertainen hoidon aloittamista edeltäneen pisimmän kohtausvälin kesto³. Yli 30 prosenttia epilepsiapotilaista ei kuitenkaan saavuta kohtauksettomuutta asianmukaisesta hoidosta huolimatta.

Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että kahden siedetyn, oikein perustein valitun ja annostellun lääkityksen kokeilemisen jälkeen todennäköisyys kohtauksettomuuden saavuttamiselle seuraavilla kokeiltavilla lääkkeillä on huomattavasti epätodennäköisempää.⁴ Vaikeahoitoinen epilepsia määritellään International League Against Epilepsyn (ILAE) konsensusesityksen mukaan epilepsiaksi, jonka hoidossa ei ole saavutettu pysyvää oireettomuutta, kun on kokeiltu edellä mainitut määritelmät täyttävästi kahta antiepileptistä lääkettä³.

Lääkeresistentin epilepsian kehittymiseen vaikuttanevat tietyt neuroanatomiset ja neurobiologiset tekijät, kuten neuronien patologinen verkottuminen, reaktiivinen immuunivaste, muutokset välittäjäaineiden toiminnassa tai muutokset antiepileptisten lääkkeiden kulkeutumisessa veriaivoesteen läpi. On esitetty, että nämä neuropatologiset tekijät sekä olisivat seurausta epileptisistä kohtauksista että osaltaan edistäisivät epileptisiä kohtauksia. Täten vaikeahoitoinen epilepsia olisi etenevä prosessi.⁵ Epilepsian vasteen lääkehoidolle on todettu heikentyvän myös, mikäli lääkityksen aloittamista edeltävästi potilaalla on ollut yli kymmenen kohtausta¹.

Epilepsiapotilailla esiintyvät psykiatriset oireet ja sairastavuus

Tutkimusryhmässämme on tehty kirjallisuuskatsaus psykiatristen oireiden esiintymisestä epilepsiapotilailla⁶. Tässä kirjallisuuskatsauksessa todettiin vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavien potilaiden joukossa psykiatristen oireiden olevan hyvin yleisiä esiintyvyyden vaihdellessa tutkimusten mukaan välillä 40-80%. Myös psykiatriset häiriöt ovat merkittävästi yleisempiä tässä potilasryhmässä, ja epilepsian kanssa samanaikaisesti esiintyessään ne lisäävät potilaiden itsemurhariskiä merkittävästi. Yleisimpiä psykiatrisia oireita epilepsiapotilailla ovat masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Erityisesti masennusoireet korostuvat vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavilla potilailla ja niiden esiintyvyys vaihtelee tutkimuksissa välillä 19-54%. Ahdistuneisuuden esiintyvyys on ollut tutkimuksissa kaksinkertaista yleisväestöön verrattuna, ja sosiaalisten tilanteiden pelko näyttäytyy epilepsiapotilaiden yleisimpänä ahdistuneisuuden tyyppinä. Epilepsiapotilailla on havaittu 5,5-kertainen riski sairastua johonkin psykoottiseen häiriöön, ja 6,3-kertainen riski sairastua kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön yleisväestöön verrattuna, joskin potilailla voi esiintyä myös kohtauksiin liittyvää, lyhytaikaista ja itsestään ohimenevää psykoottista sekä maanista oireilua.

Psykiatristen sairauksien ja epilepsian välillä on havaittu kaksisuuntaista yhteyttä ja tutkimuksissa on esitetty näiden patogeneesissä olevan yhdenmukaisuuksia, kuten samankaltaisia muutoksia välittäjäaineiden toiminnassa tai hermoverkkojen rakenteissa. Epilepsian hoitotasapainon ongelmat voivat lisätä psykiatristen oireiden esiintyvyyttä. Osa epilepsiapotilaiden psykiatrisista oireista voi johtua myös hoidon, kuten epilepsialääkkeiden tai kirurgisten hoitojen häiritsevä vaikutuksista.

Tutkimusryhmässämme on myös tehty kirjallisuuskatsaus epilepsian ja masennuksen assosiaatioyhteydestä⁷.

Psykiatriset arviointimittarit

Psykiatriset arviointimittarit ovat psykiatrisen kliinisen haastattelun ja diagnoosin asettamisen tueksi kehitettyjä mittareita, joita käytetään myös tutkimuksissa sekä seulonnassa. Mittareiden merkitys on toimia haastattelun systemaattisena runkona, joiden avulla haastattelussa käsitellyt kliinisten oirealueiden kattavuus voidaan vakioida. Mittareiden käyttö mahdollistaa myös haastattelulöydösten vertailun esimerkiksi ajallisesti yksittäisen potilaan kohdalla tai tutkimustilanteessa useampien potilaiden välillä.

Useimpien arviointimittarien käyttäminen vaatii siihen koulutetun asiantuntijan (esim. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), mutta osa mittareista on suunniteltu alun perin itsearviointia varten (esim. Beck Depression Inventory). Arviointimittarit voivat mitata potilaan yleistä elämänlaatua ja toimintakykyä tai kohdennetusti vain tiettyä psykiatrista oirekuvaa.⁸

Symptom Checklist - 90

Symptom Checklist - 90 (SCL-90) on alun perin psykiatrisen avohoidon potilaille kehitetty oirekysely, jonka 90 kysymystä mittaavat potilaan oireiden vaikeusastetta yhdeksässä eri kategoriassa. Näitä ovat somatisaatio, pakko-oireet, interpersonaalinen herkkyys, masentuneisuus, ahdistuneisuus, vihamielisyys, foobinen ahdistus, paranooidiset ajatukset ja psykoottisuus. Lisäksi 7 kysymystä on kohdennettu potilaan yleiseen toimintakykyyn, kuten ruokahaluun ja nukkumiseen. Lomakkeen avulla tutkittava arvioi itse viimeisen vuoden aikana⁹ kokemiaan oireita asteikolla 0 (ei lainkaan) - 4 (erittäin paljon).¹⁰

SCL-90 on suomennettu ja validoitu käyväksi suomalaiselle väestölle eli sille on määritetty suomalaiset normiarvot, jotka kuvaavat väestön keskimääräistä pistemäärää kunkin mittarin sisältämän oiredimension yksittäisestä kysymyksestä: somatisaatio 0,67, pakko-oireet 0,82, interpersonaalinen herkkyys 0,74, masentuneisuus 0,73, ahdistuneisuus 0,53, vihamielisyys 0,58,

foobinen ahdistus 0,24, paranoidiset ajatukset 0,53, psykoottisuus 0,31 ja yleisen toimintakyvyn indeksi 0,57. Arvot määritettiin väestötutkimuksessa, johon osallistui 337 Espoon kaupungin työntekijää sekä 248 avohoidon potilasta Helsingin yliopistollisen sairaalan psykiatrian poliklinikalta. Tutkimuksessa havaittiin, että suomalaiset normiarvot ovat kauttaaltaan korkeammat kuin yhdysvaltalaiset normiarvot.⁹

SCL-90 on todettu toimivaksi myös psykiatristen oireiden väestöseulonnessa sekä psykiatristen oireiden yleisen vakavuusasteen muutosten tutkimisessa, mutta se ei toimi diagnostisena välineenä¹¹. SCL-90:llä kyetään havaitsemaan dimensioiden välisiä eroja oireiden vakavuusasteessa¹¹, mutta sen kykyä erotella oirekokonaisuuksia moniulotteisesti on myös kyseenalaistettu, ja sen on todettu mittaavan lähinnä potilaan kokonaisvaltaista ahdistuneisuutta^{12 13}.

Aiemmissä tutkimuksissa neurologisilla potilailla on esiintynyt SCL-90 oirekyselyssä vertailuväestöä korkeampia tuloksia, joiden on esitetty johtuvan pikemminkin potilaan neurologisesta perussairaudesta kuin psykiatristen häiriöiden korkeammasta esiintyvyydestä neurologisten potilaiden ryhmässä¹⁴. On myös esitetty, että strukturoitujen psykiatristen oirekyselyiden tulosten tulkinnassa neurologisilla potilailla tulisi olla varovainen, sillä potilaan neurologinen sairaus voi vääristää arvioinnin tulosta ja johtaa neurologisperäisten oireiden tulkittamiseen psykiatrisiksi oireiksi^{15 16}.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen päätavoite on kartoittaa vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavien potilaiden psykiatristen oireiden vaikeusastetta ja esiintyvyyttä SCL-90 oirekyselyllä vertaamalla väestössä saatuihin normiarvoihin. Lisäksi tavoitteena on selvittää kyselyllä havaittavaan psykiatriseen oireiluun yhteydessä olevia riskitekijöitä, kuten ikää, sukupuolta, siviilisäätystä, työllisyystilannetta, psykiatrisia diagnooseja, epilepsian kestoa, epilepsiakohtausten tyyppiä ja kohtausten esiintymistä tutkimusta edeltävän kuukauden aikana.

Tavoitteena on myös tutkia, ovatko moniulotteisen kyselyn tulokset yhteydessä diagnostisella haastattelulla saatuun diagnoosiin.

3 TUTKIMUSMENETELMÄT

3.1 Aineisto

Kyseessä on havainnoiva kliininen poikkileikkaustutkimus, jonka otos koostuu iältään 18-70 vuotiaista vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavista potilaista. Tutkimuksessa vaikeahoitoinen epilepsia määritellään ILAE:n kriteerien perusteella epilepsiaksi, jossa kohtaukset jatkuvat huolimatta kahdesta adekvaatilla annoksella käytetystä epilepsialääkkeestä³. Otokseen rekrytoitiin Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) epilepsiayksikön seurannassa tai arviossa olevia potilaita poliklinikkakäyntien yhteydessä. Epilepsiayksikön seurannassa olleista noin 300:sta potilaasta suostumuksensa osallistua tutkimukseen antoi 101.

Tutkimukseen ei otettu potilaita, joilla on todettu vaikea kehitysvammaisuus, vaikea kognitiivinen defekti tai progressiivinen neurologinen sairaus. Tutkimukseen ei myöskään otettu potilaita, joiden epilepsiaa hoidetaan syväaivostimulaatiolla. Kuitenkin potilaat, joille epilepsian syväaivostimulaatiohoito oli aineiston keruun aikana suunnitteilla, otettiin mukaan tutkimukseen.

Suostumuksen antaneet tutkittavat lähetettiin neurologian poliklinikalta psykiatriseen konsultaatioon TAYS:n neuro- ja vanhuspsykiatrian yksikköön.

3.2 Tutkimusmittarit

Ennen ensikäyntiä tutkittavat täyttivät seuraavat kyselyt:

Psykiatrinen oirekysely Symptom Checklist - 90 (SCL-90¹⁰)

Elämänlaatua mittaava Quality of Life in Epilepsy 31 (QOLIE-3¹⁷)

Alkoholiongelmia seulova Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT¹⁸)

Käynnillä selvitettiin lisäksi tutkittavien psykiatrinen status eli ajankohtainen psykiatrinen oireisto sekä aikaisemmat oireet, hoidot ja psyykenlääkitykset. Tutkittavat ohjattiin edelleen psykiatrin tutkimukseen, mikäli se oli perustelua aiemman tai ajankohtaisen psykiatrisen anamneesin perusteella ja/tai mikäli edellä mainituissa seulontatesteissä tutkittavan saama pistemäärä ylitti raja-arvot.

Psykiatrin ensimmäisen tutkimuskäynnin yhteydessä tutkittavalle tehtiin psykiatrisen diagnoosin arvioimiseksi The Structural Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - I -haastattelu (SCID-I¹⁹) sekä persoonallisuushäiriön arvioimiseksi Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - II -haastattelu (SCID-II¹⁹)

Diagnoosin myötä kliinisiä muutoksia sekä psykiatrisen oireiston vaikeusastetta tarkasteltiin kullekin häiriötyypille tai oireyhtymälle kehitetyllä mittarilla, jotka on lueteltu alla olevassa taulukossa 1.

Taulukko 1. Käytetyt mittarit.

<i>Psykiatrinen häiriö</i>	<i>Käytetty mittari</i>
Masennus	Montgomeryn ja Åsbergin Depressioasteikko (MADRS ²⁰) Beckin depressioasteikko-21 (BDI-21 ²¹)
Psykoottiset häiriöt	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS ²²)
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	Youngin mania-asteikko (YMRS ²³) ja lisäksi tarvittaessa MARDS- ja BDI-asteikot
Pakko-oireiset häiriöt	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS ²⁴)
Ahdistuneisuushäiriöt	Hamiltonin ahdistuneisuus -asteikko (HAM-A ²⁵)
Paniikkihäiriöt	Panic Disorder Severity Scale (PDSS ²⁶)
Sosiaalisten tilanteiden pelko	Liebowitzin asteikko (LSAS ²⁷)

3.3 Tilastolliset menetelmät

Tulosmuuttujina käytettiin SCL-90-oirekyselyllä havaittujen tiettyjen oireulottuvuuksien pistemääriä. Selittävinä muuttujina käytettiin ikää, sukupuolta, siviilisäätystä, työllisyystilannetta, psykiatrisia diagnooseja, epilepsian kestoa, epilepsiakohtausten tyyppiä ja kohtausten esiintymistä tutkimusta edeltävän kuukauden aikana.

Tutkimusaineiston jakaumien perusteella tarkasteltiin, kuinka moni tutkittavista sai pisteitä, jotka poikkesivat väestökeskiarvosta SD+1 tai SD+2 verran. SCL-90-kyselyn oireulottuvuuksien pistemäärien eroja otoksen eri alaryhmissä analysoitiin t-testillä ja varianssianalyysillä. Vihamielisyys ja psykoottisuus -oire dimensioiden pistemääriä, jotka eivät olleet jakautuneet normaalisti, käsiteltiin Mann-Whitneyn U-testillä. Useamman muuttujan vaikutusta vastemuuttujaan arvioitiin lineaarisella ja logistisella regressiomallilla. Lineaaristen muuttujien kuten SCL-90 pistemäärien ja MARDS- sekä BDI-kyselyiden summapistemäärien välisiä yhteyksiä analysoitiin korrelaatioanalyysillä. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona käytettiin $p < 0,05$. Kaikki analyysit tehtiin SPSS-ohjelmalla (versio 25).

3.4 Eettiset näkökohdat

Kaikki tutkimukseen osallistuneet tutkittavat ovat antaneet kirjallisen informoidun vapaaehtoisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimussuunnitelma on hyväksytty Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettisessä tutkimuslautakunnassa lokakuussa 2012.

4 TULOKSET

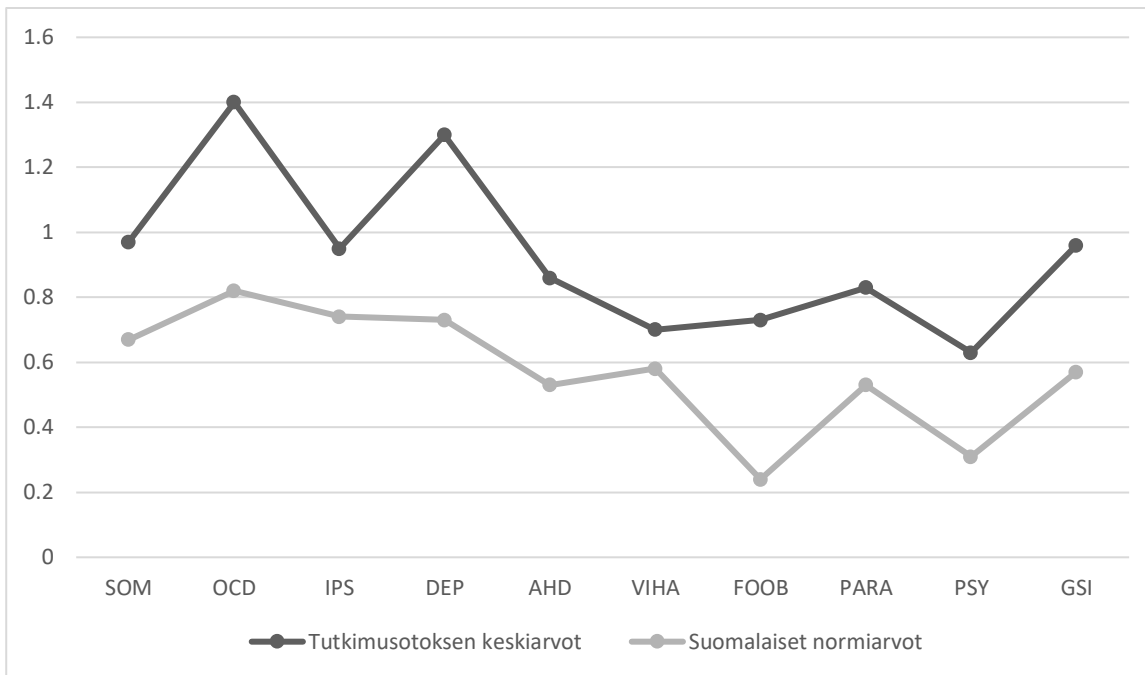
Aineiston 101:stä tutkittavasta miehiä oli 47 ja naisia 54. Ikäjakauma tutkimushetkellä oli 18-70, keski-ikä 37,3 vuotta (SD 13,3).

Aineiston tutkittavista tutkimushetkeä edeltävien 12 kuukauden aikana kohtauksettomia oli ollut 12 (12,9 %) ja jonkinlaisia kohtauksia oli saanut 88 (87,1 %). Ei tajuntaan vaikuttavia kohtauksia oli ollut 15:lla (14,9 %), tajuntaan vaikuttavia kohtauksia 41:lla (40,6 %) ja tajuttomuus-kouristuskohtauksia 32:lla (31,7 %).

Tutkittavista 20 (19,8 %) oli ollut kohtauksettomia ja 78 (77,2 %) oli saanut vähintään yhden kohtauksen tutkimusta edeltävän kuukauden aikana.

Tutkittavista 57:llä (56,4 %) oli asetettu jokin psykiatrinen diagnoosi DSM-IV mukaan. Masennustila oli diagnosoitu tutkittavista 45:llä (44,6 %), ahdistuneisuushäiriö 12:lla (11,9 %), psykoosisairaus 5:lla (5 %), päihdehäiriö 2:lla (2 %) ja persoonallisuushäiriö tai elimellinen persoonallisuuden muutos 7:llä (6,9 %). Tutkittavista kenelläkään ei ollut diagnosoitu kaksisuuntaista mielialahäiriötä.

SCL-90-oirekyselyn kokonaispistemäärien keskiarvo oli otoksessa 87,22 (SD 59,84). Oiredimensioiden pistemäärien keskiarvot olivat somatisaatio 0,97 (SD 0,70), pakko-oireet 1,40 (SD 0,85), interpersonaalinen herkkyys 0,95 (SD 0,76), masentuneisuus 1,30 (SD 0,93), ahdistuneisuus 0,86 (SD 0,76), vihamielisyys 0,70 (SD 0,70), foobinen ahdistus 0,73 (SD 0,80), paranoidiset ajatukset 0,83 (SD 0,80), psykoottisuus 0,63 (SD 0,64), yleinen toimintakyky (GSI) 0,96 (SD 0,66). Tutkimusaineistossa SCL-90-testin dimensioiden pistejakaumat olivat normaalisti jakautuneet lukuun ottamatta vihamielisyyden ja psykoottisuuden dimensioita, joissa huipukkuus oli yli 2.



Kaavio 1. Tutkimusotoksen SCL-90 -oiredimensioiden pistemäärien keskiarvot verrattuna suomalaisiin normiarvoihin.

Selitys. SOM = Somatisaatio, OCD = Pakko-oireet, IPS = Interpersonaalinen herkkyys, DEP = Masentuneisuus, AHD = Ahdistuneisuus, VIHA = Vihamielisyys, FOOB = Foobinen ahdistus, PARA = Paranoidiset ajatukset, PSY = Psykoottisuus, GSI = Yleinen toimintakyky.

Tutkittavista SCL-90-testin suomalaisten normiarvoista yli SD+1-tason verran poikkeavia tuloksia saivat somatisaatiossa 29 (28,7 %), pakko-oireisuudessa 51 (50,5 %), interpersonaalisisessa herkkydessä 27 (26,7 %), masentuneisuudessa 48 (47,5 %), ahdistuneisuudessa 30 (29,7 %), vihamielisyydessä 23 (22,8 %), foobisessa ahdistuksessa 42 (41,6 %), paranoidisissa ajatuksissa 31 (30,7 %), psykoottisuudessa 34 (33,7 %) ja yleisessä toimintakyvyssä 36 (35,6 %).

SCL-90-testin suomalaisten normiarvoista yli SD+2-tason verran poikkeavia tuloksia saivat somatisaatiossa tutkittavista 12 (11,9 %), pakko-oireisuudessa 26 (25,7 %), interpersonaalisisessa herkkydessä 15 (14,9 %), masentuneisuudessa 27 (26,7 %), ahdistuneisuudessa 17 (16,8 %), vihamielisyydessä 11 (10,8 %), foobisessa ahdistuksessa 26 (25,7 %), paranoidisissa ajatuksissa 16 (15,8 %), psykoottisuudessa 16 (15,8 %) ja yleisessä toimintakyvyssä 22 (21,8 %).

Taulukko 1. SCL-90 oire dimensioiden suomalaiset normiarvot, tutkimusotoksen keskiarvot ja keskihajonta, tutkimusotoksen pistemäärien keskiarvojen ja suomalaisten normiarvojen erotus, sekä kuinka monen tutkittavan pisteet ylittivät suomalaiset normiarvot, SD+1- tai SD+2- rajan, lukumäärä ja prosenttiosuus.

<i>SCL-90- oire dimensio</i>	<i>Suomalaiset normiarvot</i>	<i>Tutkittujen keskiarvot (SD)</i>	<i>Otoksen ero normiarvoihin</i>	<i>Normiarvojen ylitys n (%)</i>	<i>SD+1-ylitys n (%)</i>	<i>SD+2- ylitys</i>
<i>SOM</i>	0,67	0,97 (0,70)	0,30	66 (65,3)	29 (28,7)	12 (11,9)
<i>OCD</i>	0,82	1,4 (0,85)	0,58	70 (69,3)	51 (50,5)	26 (25,7)
<i>IPS</i>	0,74	0,95 (0,76)	0,21	54 (53,5)	27 (26,7)	15 (14,9)
<i>DEP</i>	0,73	1,3 (0,93)	0,57	70 (69,3)	48 (47,5)	27 (26,7)
<i>AHD</i>	0,53	0,86 (0,76)	0,33	56 (55,4)	30 (29,7)	17 (16,8)
<i>VIHA</i>	0,58	0,70 (0,70)	0,12	46 (45,5)	23 (22,8)	11 (10,8)
<i>FOOB</i>	0,24	0,73 (0,80)	0,49	67 (66,3)	42 (41,6)	26 (25,7)
<i>PARA</i>	0,53	0,83 (0,80)	0,30	50 (49,5)	31 (30,7)	16 (15,8)
<i>PSY</i>	0,31	0,63 (0,64)	0,32	61 (60,4)	34 (33,7)	16 (15,8)
<i>GSI</i>	0,57	0,96 (0,66)	0,39	55 (54,5)	36 (35,6)	22 (21,8)
<i>KOK</i>	53,12	87,22 (59,84)	34,10	66 (65,3)	*	*

Selitys. *SOM* = Somatisaatio, *OCD* = Pakko-oireet, *IPS* = Interpersonaalinen herkkyys, *DEP* = Masentuneisuus, *AHD* = Ahdistuneisuus, *VIHA* = Vihamielisyys, *FOOB* = Foobinen ahdistus, *PARA* = Paranoidiset ajatukset, *PSY* = Psykoottisuus, *GSI* = Yleinen toimintakyky, *KOK* = Kokonaispistemäärä

* Raja-arvoja poikkeamille suomalaisista normiarvoista ei ole saatavissa, eikä ko. arvoja ole voitu määrittää

Tutkittavista, joilla oli diagnosoitu masennustila (n = 45), 34 (75,6 %) sai masentuneisuusdimensiosta yli SD+1- verran normiarvosta poikkeavat pisteet ja 25 (55,6 %) sai yli SD+2- verran normiarvosta poikkeavat pisteet. Tutkittavista, joilla ei ollut diagnosoitu masennusta 14 (25,0 %) sai yli SD+1- verran normiarvosta poikkeavat pisteet masennusdimensiossa ja vain 2 (3,6 %) sai yli SD+2- verran normiarvoista poikkeavat pisteet.

Taulukko 2. SCL-90 masentuneisuus-dimension pistemäärien normiarvon sekä SD+1- ja SD+2-tasojen ylittäneiden tutkittavien lkm kun diagnosoitu masennustila vs. ei diagnosoitua masennusta.

<i>Diagnoosi</i>	<i>> normiarvo N (%)</i>	<i>> SD+1 N (%)</i>	<i>> SD+2 N(%)</i>
<i>Dep dg (N = 45)</i>	42 (93,3)	34 (75,6)	25 (55,6)
<i>Ei dep dg (N = 56)</i>	28 (50,0)	14 (25,0)	2 (3,6)

Tutkittavista, joilla oli diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö (n = 12), 7 (58,3 %) sai yli SD+1 verran normiarvosta poikkeavat pisteet ahdistuneisuusdimensiossa ja 4 (33,3 %) sai yli SD+2 verran normiarvosta poikkeavat pisteet. Tutkittavista, joilla ei ollut diagnosoitu ahdistuneisuushäiriötä (n = 89), 23 (25,8 %) sai yli SD+1 verran normiarvosta poikkeavat pisteet ahdistuneisuusdimensiossa ja 13 (14,6 %) sai yli SD+2 verran normiarvoista poikkeavat pisteet.

Tutkittavista, joilla oli diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö (n = 12), 10 (83,3 %) sai yli SD+1- verran suomalaisista normiarvosta poikkeavat pisteet ja 7 (58,3 %) sai yli SD+2- verran normiarvosta poikkeavat pisteet foobisen ahdistuksen dimensiosta. Tutkittavista, joilla ei ollut diagnosoitu

ahdistuneisuushäiriötä (n = 89), 32 (36,0 %) sai yli SD+1-verta normiarvosta poikkeavat pisteet foobisen ahdistuksen dimensiosta ja 19 (21,3 %) sai yli SD+2-verta normiarvoista poikkeavat pisteet.

Tutkittavilla, joille oli asetettu jokin psykiatrinen diagnoosi (n = 57), kaikkien SCL-90-testin oiredimensioiden pisteiden keskiarvot poikkesivat kaikissa oiredimensioissa merkittävästi niiden tutkittavien keskiarvoista, joille psykiatrinen diagnoosi ei oltu asetettu.

T-testillä SCL-90-testin kokonaispisteiden summan keskiarvo 114,39 (SD = 61,15) poikkesi niiden tutkittavien keskiarvosta 52,02 (SD = 43,83), joille ei ollut asetettu mitään psykiatrinen diagnoosi (n = 44). Ero osoittautui riippumattomien otosten t-testillä merkitseväksi ($t(91,84) = 6,46$, $p < 0,001$). Taulukossa 3 on esitelty t-testien tilastolliset tiedot kaikkien oiredimensioiden suhteen.

Mann-Whitney U-testillä tarkasteltuna vihamielisyyden ja psykoottisuuden pistemäärissä havaittiin tilastollisesti merkittävä ero jonkin psykiatrisen diagnoosin saaneilla verrattuna niihin tutkittaviin, joilla ei ollut mitään psykiatrinen diagnoosi ($p < 0,001$).

Taulukko 3. SCL-90 oiredimensioiden tilastolliset keskiarvot tutkittavilla, joilla on jokin psykiatrinen diagnoosi ja tutkittavilla joilla ei ole psykiatrinen diagnoosi.

<i>SCL-90-oiredimensio</i>	<i>Diagnoosi (keskiarvo)</i>	<i>Ei diagnoosia (keskiarvo)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SOM	1,17	0,7	3,79	< 0,001
OCD	1,77	0,93	5,69	< 0,001
IPS	1,30	0,49	6,65	< 0,001
DEP	1,75	0,72	7,01	< 0,001
AHD	1,10	0,56	4,05	< 0,001
VIHA	0,92	0,42		*
FOOB	1,02	0,35	4,79	< 0,001
PARA	1,18	0,38	6,09	< 0,001
PSY	0,87	0,31		*
GSI	1,26	0,58	6,35	< 0,001
KOK	114,39	52,02	6,46	< 0,001

** Vihamielisyyden ja psykoottisuuden oiredimensioiden pistejakaumat eivät olleet normaalisti jakautuneet, eivätkä siten soveltuneet t-testille, vaan ne analysoitiin käyttäen Mann-Whitney U-testiä.*

Tutkittavilla, joilla oli diagnosoitu masennustila, kaikkien oiredimensioiden pisteiden keskiarvot olivat merkittävästi korkeammat ($p < 0,001$) verrattuna tutkittaviin, joilla ei ollut diagnosoitu masennustilaa. Suurin ero diagnosoitujen ja diagnosoimattomien välillä löytyi oiredimensioista pakko-oireet ($t(99) = 5,79$, $p < 0,001$), interpersonaalinen herkkyyden ($t(69,09) = 6,30$, $p < 0,001$), masentuneisuus ($t(69,81) = 7,35$, $p < 0,001$), paranoidiset ajatukset ($t(65,68) = 6,23$, $p < 0,001$) ja yleinen toimintakyky ($t(67,62) = 6,11$, $p < 0,001$). Taulukossa 4 on esitetty t-testien tilastolliset tiedot kaikkien oiredimensioiden suhteen.

Mann-Whitney U-testissä vihamielisyyden ja psykoottisuuden dimensioiden pistemäärissä havaittiin kummassakin tilastollisesti merkittävä ero masennustilan diagnoosin saaneilla verrattuna niihin tutkittaviin, joilla ei ollut diagnosoitua masennustilaa ($p < 0,001$).

Taulukko 4. SCL-90 oiredimensioiden keskiarvojen tilastolliset erot tutkittavilla, joilla diagnosoitu masennustila ja tutkittavilla, joilla ei ollut diagnosoitua masennustilaa

<i>SCL-90-oiredimensio</i>	<i>Diagnoosi (keskiarvo)</i>	<i>Ei diagnoosia (keskiarvo)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>SOM</i>	1,23	0,76	3,37	< 0,001
<i>OCD</i>	1,88	1,02	5,79	< 0,001
<i>IPS</i>	1,41	0,57	6,30	< 0,001
<i>DEP</i>	1,93	0,79	7,35	< 0,001
<i>AHD</i>	1,22	0,57	4,46	< 0,001
<i>VIHA</i>	1,02	0,45		*
<i>FOOB</i>	1,09	0,44	4,23	< 0,001
<i>PARA</i>	1,32	0,43	6,23	< 0,001
<i>PSY</i>	0,94	0,38		*
<i>GSI</i>	1,36	0,64	6,11	< 0,001
<i>KOK</i>	123,98	57,68	6,26	< 0,001

* Vihamielisyyden ja psykoottisuuden oiredimensioiden pistejakaumat eivät olleet normaalisti jakautuneet, eivätkä siten soveltuneet t-testille, vaan ne analysoitiin käyttäen Mann-Whitney U-testiä.

Tutkittavilla, joille oli diagnosoitu jokin ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireiden, foobisen ahdistuksen, interpersonaalisen herkkyyden, yleisen toimintakyvyn oiredimensioiden sekä kokonaispisteiden keskiarvot olivat merkittävästi korkeammat ($p < 0,05$) verrattuna tutkittaviin, joilla ei ollut diagnosoitua ahdistuneisuushäiriötä. Pakko-oireet ($t(99) = 2,71$, $p = 0,008$), foobinen ahdistus ($t(12,20) = 2,32$, $p = 0,007$), interpersonaalinen herkkyys ($t(99) = 2,44$, $p = 0,016$), yleinen toimintakyky ($t(99) = 2,40$, $p = 0,018$) ja kokonaispisteet ($t(99) = 2,31$, $p = 0,023$). Muissa oiredimensioissa merkittävää eroa ei havaittu. Taulukossa 5 on esitelty t-testien tilastolliset tiedot kaikkien oiredimensioiden suhteen.

Mann-Whitney U-testissä tarkasteltuna psykoottisuuden pistemäärissä havaittiin tilastollisesti merkittävä ero verrattaessa jonkin ahdistuneisuushäiriön diagnoosin saaneita tutkittaviin, joilla ei ollut ahdistuneisuushäiriön diagnoosia ($p < 0,05$). Vihamielisyyden dimension pistemäärissä tilastollisesti merkittävää eroa ei havaittu näiden ryhmien välillä ($p = 0,140$).

Taulukko 5. SCL-90 oiredimensioiden keskiarvojen ero tutkittavilla, joilla diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö, tutkittavilla joilla ei oltu diagnosoitu ahdistuneisuushäiriötä

SCL-90- oiredimensio	Diagnoosi (keskiarvo)	Ei diagnosoita (keskiarvo)	t	p
SOM	1,24	0,93	1,40	0,164
OCD	2	1,32	2,71	0,008
IPS	1,44	0,88	2,44	0,016
DEP	1,75	1,24	1,82	0,072
AHD	1,25	0,81	1,91	0,060
VIHA	1	0,66		*
FOOB	1,63	0,61	3,22	0,007
PARA	0,99	0,81	0,73	0,469
PSY	0,88	0,59		*
GSI	1,38	0,9	2,40	0,018
KOK	123,92	82,27	2,31	0,023

* Vihamielisyyden ja psykoottisuuden oiredimensioiden pistejakaumat eivät olleet normaalisti jakautuneet, eivätkä siten soveltuneet t-testille, vaan ne analysoitiin käyttäen Mann-Whitney U-testiä.

Tutkittavilla, joille oli asetettu persoonallisuushäiriön diagnoosi tai todettu elimellinen persoonallisuuden muutos, SCL-90-testin paranoidisten ajatusten dimension pisteiden keskiarvo 1,67 (SD = 1,10 n=7) poikkesi niiden tutkittavien keskiarvosta 0,77 (SD = 0,74, n=94), joille ei ollut asetettu persoonallisuushäiriön tai elimellisen persoonallisuuden muutoksen diagnosoita. Ero osoittautui riippumattomien otosten t-testillä merkitseväksi ($t(99) = 2,99, p = 0,004$).

MADRS-kyselyn summapistemäärän keskiarvo oli 9,99 (SD 8,24). BDI-21-kyselyn summapistemäärän keskiarvo oli 10,66 (SD 9,38). SCL-90-oirekyselyn masentuneisuutta, ahdistuneisuutta sekä foobista ahdistusta mittaavien dimensioiden pistemäärien korrelaatio MADRS- ja BDI-21-mittareiden pistemäärien kanssa on esitetty alla olevassa taulukossa 6.

Taulukko 6. SCL-90 masentuneisuus, ahdistuneisuus ja foobinen ahdistus-oiredimensioiden pistemäärien korrelaatio MADRS- ja BDI –pistemäärien kanssa. , tilastolliset tiedot

SCL-90 oiredimensio	MADRS		BDI	
	r	p	r	p
Masentuneisuus	0,798	< 0,001	0,893	< 0,001
Ahdistuneisuus	0,650	< 0,001	0,756	< 0,001
Foobinen ahdistus	0,490	< 0,001	0,587	< 0,001

Riippumattomien otosten t-testillä ei havaittu sukupuolen, siviilisäädyn, epilepsian keston, kohtaustyyppin tai tutkimusta edeltävän kuukauden kohtaustasapainon olevan yhteydessä SCL-90 masentuneisuusdimension pistemäärän keskiarvoon.

Linearisessa regressioanalyysissä ikä, sukupuoli, sairauden kesto ja tutkimusta edeltävän kuukauden kohtaustasapaino eivät selittäneet tilastollisesti merkitsevästi SCL-90-oirekyselyn masentuneisuusdimension pistemääriä. Logistisessa regressioanalyysissä ikä, sukupuoli, sairauden kesto ja tutkimusta edeltävän kuukauden kohtaustasapaino eivät selittäneet tilastollisesti merkitsevästi SCL-90-oirekyselyn masentuneisuusdimension pistemäärien suomalaisten normiarvojen ylitystä.

5 POHDINTA

Tämän tutkimuksen päätavoite oli kartoittaa vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavien potilaiden psykiatristen oireiden vaikeusastetta ja esiintyvyyttä SCL-90 oirekyselyllä. Tutkimuksessa havaittiin, että 101 vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavaa potilasta raportoivat SCL-90:ssä vaikeasteisempia psykiatrisia oireita kuin suomalainen normiväestö. Myös aiemmissa tutkimuksissa neurologisia sairauksia sairastavilla potilailla on havaittu keskimäärin korkeampia pistemääriä SCL-90 oirekyselyssä kuin terveillä verrokeilla¹⁴. Tässä tutkimuksessa oiredimensioiden pistemäärien erot normiarvoihin olivat poikkeavan suuria pakko-oireiden, masentuneisuuden ja foobisen ahdistuneisuuden osalta.

Erityisesti pakko-oireiden ja foobisen ahdistuksen korostuminen tuloksissa voi johtua tutkittavien sairastamasta vaikeahoitoisesta epilepsiasta ja siihen liittyvistä kohtauksista. Havaittava pakko-oireiden korostuminen ei siis välttämättä viittaa pakko-oireiseen häiriöön, vaan on oletettavaa varmistelukäyttäytymistä hallitsemattoman sairauden kanssa selviämiseksi. Foobisen ahdistuksen dimension väittämät mittaavat agorafobiaa eli julkisten paikkojen ja sosiaalisten tilanteiden määräkohteista pelkoa ja näiden välttämiskäyttäytymistä, jonka esiintyminen tällä potilasryhmällä voi olla seurausta arvaamattomasti esiintyvien epileptisten kohtausten ennakoinnista.

Hieman yllättävästi somatisaatio ei korostunut jatkuvasti oireilevaa somaattista sairautta eli vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavilla tutkittavilla merkittävästi muita oiredimensioita voimakkaammin, vaikka tämäkin dimensio poikkesi suomalaisista normiarvoista. Somatisaatioidimension kysymykset mittaavat erilaisia fyysisiä tuntemuksia kuten päänsärkyjä, pahoinvointia, kiputiloja tai heikotusta. Huolimatta siitä, että epilepsiakohtauksiin voi liittyä vastaavia oireita, näyttäisi siltä, että vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavat potilaat eivät koe tällaisia kehollisia tunteita merkittävästi korostuneemmin kuin muita SCL-90-kyselyllä mitattavia oireita.

Vihamielisyyden oiredimensio poikkesi tutkimuksessa suomalaisista normiarvoista vain vähän muihin oiredimensioihin verrattuna, vaikka aiemmissä tutkimuksissa on havaittu vihamielisyyden dimension korostuvan psykiatrisissa häiriöissä²⁸. SCL-90-kyselyssä vihamielisyyden dimensio mittaa potilaan kokemaa ärtyneisyyttä sekä aggressiivisen käyttäytymisen esiintymistä, kuten huutamista. Syytä sille, miksi tässä potilasryhmässä vihamielisyyden oiredimensio korostuu muihin dimensioihin verrattuna niin vähän, on vaikea esittää, mutta esimerkiksi epilepsialääkkeiden mielialaa tasaava vaikutus voi myös vähentää vihamielisyyden kokemusta.

Tutkimuksen tavoitteena oli myös tutkia, onko moniulotteisen kyselyn tulos yhteydessä haastattelulla saatuun diagnoosiin. Tutkittavien pieni määrä rajoittaa tutkimuksen tilastollista voimaa. Tässä tutkimuksessa selvitettiin SCL-90 oirekyselyssä raportoitujen oireiden yhteyttä keskeisesti masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden diagnooseihin, sillä muut psykiatriset diagnoosit olivat aineistossa harvinaisia, eikä niiden analysoiminen tilastollisilla menetelmillä olisi ollut mielekästä. Tutkimuksessa diagnoosit on varmistettu strukturoidun psykiatrisen haastattelun ja psykiatrin kliinisen arvion perusteella, ja tiedot olivat käytettävissä koko aineiston osalta. Täten analyysin vahvuutena voidaan pitää SCL-90-oirekyselyn tulosten vertailua luotettaviin diagnooseihin.

Tutkimuksessa havaittiin, että tässä potilasryhmässä SCL-90 oirekyselyssä raportoidut masentuneisuusoireet olivat yhteydessä diagnosoituun masennustilaan. Yhteys diagnoosiin oli sen voimakkaampi, mitä enemmän masentuneisuusdimensiossa raportoitiin oireita.

Holi et al⁹ esitti, että SCL-90 mittaa yhdeksän oiredimension sijaan kokonaisvaltaista psykiatrista hätää. Tätä löydöstä tukee tämänkin tutkimuksen tulos, jossa minkä tahansa psykiatrisen diagnoosin saaneilla potilailla havaittiin merkittävästi enemmän raportoituja oireita kaikissa oiredimensioissa kuin potilailla, joilla psykiatrista diagnoosia ei ollut.

Kennedy ym²⁸ tutkivat SCL-90:n diagnostista erottelukykyä 260:lla psykiatrisella potilaalla, joilla oli diagnosoitu kliininen masennus, sosiaalinen fobia, pakko-oireinen häiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö tai jokin ahdistuneisuushäiriö yhdessä masennuksen kanssa. Tutkimuksessa kliinistä masennushäiriötä sairastavilla potilailla havaittiin merkittävästi korkeammat pistemäärät kaikissa SCL-90 oiredimensioissa kuin verrokeilta, mutta erityisesti heillä korostuivat oiredimensioista masentuneisuus, interpersonaalinen herkkyys ja paranoidiset ajatukset²⁸. Myös tässä tutkimuksessa tutkittavilla, joilla oli diagnosoitu masennustila, havaittiin merkittävästi korkeammat pistemäärät kaikissa oiredimensioissa, mutta oiredimensioista masentuneisuus, interpersonaalinen herkkyys ja paranoidiset ajatukset korostuivat eniten muihin

tutkittaviin verrattuna. Näiden oireiden korostumista masennustiloissa on selitetty siten, että masentuneisuus on masennushäiriön luonnollinen oire, mutta interpersonaalisen herkkyyden ja paranoidisten ajatusten korostuminen näillä potilailla voisi johtua masentuneisuuden aiheuttamasta sosiaalisesta eristäytyneisyydestä sekä heikosta itsetunnosta, jotka yhdessä johtavat potilaan herkästi ylitulkitsemaan itselleen negatiivisella tavalla sosiaalisia signaaleja²⁸.

Kennedyn ym. tutkimuksessa ahdistushäiriötä sairastavat saivat häiriön luonteesta riippuen erityisen korkeita pisteitä masentuneisuuden, ahdistuneisuuden, foobisen ahdistuksen ja pakko-oireiden dimensioiden lisäksi myös interpersonaalisen herkkyyden dimensiosta²⁸. Tässä tutkimuksessa ahdistuneisuushäiriötä ei käsitelty erillisinä diagnooseina pienestä otoksesta johtuen, vaan tutkittavat, joilla oli todettu jokin ahdistuneisuushäiriö, analysoitiin yhtenä ryhmänä. Näillä tutkittavilla oiredimensioista korostuivat vain merkittävimmästä vähiten merkittävään dimensioissa foobinen ahdistus, pakko-oireet ja interpesonaalinen herkkyyks.

Mielenkiintoista oli, että tässä tutkimuksessa ahdistuneisuuden oiredimensio ei korostunut ahdistuneisuushäiriöstä kärsivillä potilailla verrattuna muihin otoksen potilaisiin. Tähän on voinut vaikuttaa se, että ahdistuneisuuden oiredimension pistemäärät olivat myös korostuneet tutkittavilla, joilla oli diagnosoitu masennustila, joita oli suuri osa tutkittavista.

Niillä tutkittavilla, joilla todettiin persoonallisuushäiriödiagnoosi, vain paranoidisten ajatusten oiredimensiossa oli merkittävästi enemmän raportoituja oireita kuin muilla tutkittavilla.

Myös yleistä toimintakyky mittaavan dimension pistemäärän on todettu nousevan potilailla, joilla on diagnosoitu yleisesti jokin psykiatrinen häiriö²⁸, mikä kuvaa mielenterveyden häiriöiden vaikutusta potilaiden uneen ja syömiseen. Myös tässä tutkimuksessa yleistä toimintakykyä mittaavan dimension pistemäärät olivat merkitsevästi kohonneet niillä potilailla, joilla oli jokin psykiatrinen diagnoosi, diagnosoitu masennustila tai diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö.

Tutkimuksessa havaittiin, että SCL-90-oirekyselyn masentuneisuus-, ahdistuneisuus- ja foobisen ahdistuksen dimensiot korreloivat kohtalaisesti MADRS- ja BDI-kyselyiden pistemäärien kanssa. Potilaan itse täyttämän BDI-kyselyn pistemäärät korreloivan vastaavasti itse täytettävän SCL-90-oirekyselyn masentuneisuusdimension pisteiden kanssa voimakkaammin kuin MADRS, jonka haastattelija täyttää. BDI:n on arvoitu aiemmissa tutkimuksissa toimivan masennustilan seulonnassa ja diagnoosin ennustamisessa epilepsiapotilailla^{29,30}. Myös MADRS on todettu luotettavaksi välineeksi masennuksen seulonnassa ja diagnoosin ennustamisessa³¹.

Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kyselyllä havaittavaan psykiatriseen oireiluun yhteydessä olevia riskitekijöitä, kuten ikää, sukupuolta, siviilisäätystä, työllisyystilannetta,

psykiatrisia diagnooseja, epilepsian kestoa, epilepsiakohtausten tyyppiä ja kohtausten esiintymistä tutkimusta edeltävän kuukauden aikana. Tulokset eivät kuitenkaan osoittaneet sukupuolen, siviilisäädyn tai työllisyyden olevan merkittävästi yhteydessä potilaan SCL-90-kyselyllä raportoimiin oireisiin masentuneisuuden tai muiden dimensioiden osalta. Tässä tutkimuksessa ei myöskään havaittu iän vaikuttavan oiredimensioiden pistemääriin, toisin kuin Holin⁹ SCL-90-oirekyselyn suomalaisessa validaatiotutkimuksessa, jossa tutkittavien raportoimien oireiden määrä lisääntyi iän myötä.

Epilepsian kliinisten piirteiden, kuten sairauden keston, kohtaustyyppin tai tutkimusta edeltävän kuukauden aikaisen kohtaustasapainon, ei myöskään havaittu olevan yhteydessä tutkittavien kokemiin psykiatrisiin oireisiin. Tässä tutkimuksessa ei havaittu, että epilepsiakohtaukset tutkimusta edeltävän kuukauden aikana olisivat yhteydessä potilaiden raportoimiin psykiatrisiin oireisiin, mikä vastaa aiempia tutkimustuloksia, joissa ei ole havaittu yhteyttä kohtausfrekvenssin ja diagnosoidun masennustilan välillä epilepsiapotilailla³².

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavat potilaat kokevat psykiatrisia oireita merkittävästi enemmän kuin suomalainen normiväestö. Erityisesti pakko-oireet, masentuneisuus ja foobinen ahdistus korostuvat tässä ryhmässä. Vaikka tutkittavilla on pitkäaikainen sairaus, joka selittää tutkimuksessa havaittuja oirekokonaisuuksia, tulisi näiden oireiden havaitsemiseen kiinnittää huomiota ja tarjota potilaalle tukea, mikäli hän kokee niistä haittaa.

Tutkimuksessa ei löytynyt taustatietoihin kuuluvia riskitekijöitä, joiden voisi ajatella lisäävän merkittävästi vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavien potilaiden kokemia psykiatrisia oireita. Tulokset osoittavat, että SCL-90-oirekysely erottelee hyvin erilaisten psykiatriset häiriötilat toisistaan ja auttaa kunkin häiriön keskeisten oireiden sekä niiden vaikeusasteen havaitsemisessa. Täten SCL-90:n voidaan nähdä tuottavan psykiatrisen arvioinnin tueksi luotettavaa tietoa ja olevan käyttökelpoinen mittari myös vaikeahoitoista epilepsiaa sairastavien potilaiden mielenterveysoireiden kartoituksessa.

7 LÄHTEET

1. Kälviäinen R, Keränen T. epilepsia. kirjassa: Soinila S, kaste M, toim. *Neurologia*. Helsinki: Duodecim 2015.
2. Epilepsiat (aikuiset) (online). suomalaisen lääkäriseuran duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:N asettama työryhmä. helsinki: Suomalainen lääkäriseura duodecim, 2014 (viitattu 02.01.2018). Saatavilla internetissä: [Www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
3. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, et al. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc task force of the ILAE commission on therapeutic strategies. *Epilepsia*. 2010;51(6):1069-1077.
4. Kwan P, Brodie MJ. Early identification of refractory epilepsy. *N Engl J Med*. 2000;342(5):314-319.
5. Kwan P, Brodie MJ. Refractory epilepsy: A progressive, intractable but preventable condition? *Seizure*. 2002;11(2):77-84.
6. Yli-Kuha A-N, Järventausta K, Ruuhonen S, Sorri A, Leinonen E. Epilepsiapotilailla esiintyy usein psykiatrisia oireita. *Suomen Lääkärilehti*. 2014;69(36):2203-2208.
7. Kansanaho H. Vaikeahoitoinen epilepsia ja masennus. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen yliopisto 2015.
8. Lönnqvist J. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Kirjassa: Marttunen M, Henriksson M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim; 2017.
9. Holi MM, Samallahti PR, Aalberg VA. A finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97(1):42-46.
10. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. 1973;9(1):13-28.
11. Holi MM, Marttunen M, Aalberg V. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003;57(3):233-238.

12. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Boripuntakul T. Symptom checklist-90 (SCL-90) in a thai sample. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2011;94(9):1141-1149.
13. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a danish community sample. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(3):225-229.
14. Ruis C, van den Berg E, van Stralen HE, et al. Symptom checklist 90-revised in neurological outpatients. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology: Official Journal of the International Neuropsychological Society*. 2014;36(2):170-177.
15. A. Bornstein R, Kozora E. Content bias of the MMPI sc scale in neurological patients. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 1990;3(3). Accessed Nov 22, 2017.
16. Kaplan CP, Miner ME, Mervis L, Newton H, McGregor JM, Goodman JH. Interpretive risks: The use of the hopkins symptom checklist 90-revised (SCL 90-R) with brain tumour patients. *Brain Injury*. 1998;12(3):199-205.
17. Devinsky O, Vickrey BG, Cramer J, et al. Development of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*. 1995;36(11):1089-1104.
18. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente, J R, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
19. American Psychiatric association A. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
20. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*. 1979;134:382-389.
21. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-571.
22. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-276.

23. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*. 1978;133:429-435.
24. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale. I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006-1011.
25. HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-55.
26. Shear MK, Brown TA, Barlow DH, et al. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psychiatry*. 1997;154(11):1571-1575.
27. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1987;22:141-173.
28. Kennedy BL, Morris RL, Pedley LL, Schwab JJ. The ability of the symptom checklist SCL-90 to differentiate various anxiety and depressive disorders. *Psychiatr Q*. 2001;72(3):277-288.
29. de Oliveira GN, Lessa JMK, Goncalves AP, Portela EJ, Sander JW, Teixeira AL. Screening for depression in people with epilepsy: Comparative study among neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDI-E), hospital anxiety and depression scale depression subscale (HADS-D), and beck depression inventory (BDI). *Epilepsy Behav*. 2014;34:50-54.
30. Wiglusz MS, Landowski J, Michalak L, Cubala WJ. Validation of the polish version of the beck depression inventory in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2017;77:58-61.
31. Davidson J, Turnbull CD, Strickland R, Miller R, Graves K. The montgomery-asberg depression scale: Reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1986;73(5):544-548.
32. Attarian H, Vahle V, Carter J, Hykes E, Gilliam F. Relationship between depression and intractability of seizures. *Epilepsy & Behavior*. 2003;4(3):298-301.