

Kognitiivinen psykoterapia psykoosin hoidossa

Heli Määttä ja Seppo Anttonen

Kognitiivinen psykoterapia psykoottisten häiriöiden hoidossa (CBTp) on vakiinnuttanut asemaansa viimeisten kolmen vuosikymmenen aikana. Aluksi painopisteenä oli pitkäaikaispotilaiden lääkehoidolla lievittymättömien oireiden hoito, mutta erityisesti kuluneen vuosikymmenen aikana hoitomuoto on saanut yhä uusia muotoja ja käyttökohteita. Kognitiivisen psykoterapian psykoosikäsitys painottaa psykoottisten kokemusten jatkumoluonnetta ja yleisyyttä normaaliväestössä. Terapiatyöskentelyn kannalta tämä tarkoittaa sitä, että painopiste ei ole välttämättä oireissa sinänsä vaan yksilön noille kokemuksille antamissa merkityksissä (Tai & Turkington, 2009). Menetelmien vaikuttavuudesta on kertynyt runsaasti näyttöä. Artikkelissa esitellään CBTp:n perusteiden lisäksi ajankohtaista näyttötutkimusta ja kehitteillä olevia innovaatioita.

Lääkehoito on psykoosin käytetyin hoitomuoto, mutta monien potilaiden oireet jatkuvat huolimatta lääkityksestä. Krooniset aistiharhat ja harhaluulot lisäävät heidän psyykkistä ahdinkoaan ja usein heikentävät heidän toimintakykyään. Lääkehoidon hyödyn rajallisuus on luonut psykososiaalisten hoitomuotojen kehittämisen ilmeisen tarpeen. Psykososiaalisella vaikuttamisella pyritään rakentamaan sosiaalista tukea ja vahvistamaan stressinsietokykyä, jolla voidaan välillisesti vaikuttaa myös psykoosin taustalla olevaan biologiseen haavoittuvuu-

teen (Mueser, Deavers, Penn & Cassisi, 2013). Toimintakyvyn kohentaminen tarkoittaa esimerkiksi sellaisten uusien taitojen oppimista, jotka joko suoraan tai epäsuorasti vähentävät oireita tai kognitiivisia puutoksia.

Psykoosin kognitiivisen terapian tavoitteena on opettaa potilasta tunnistamaan ja havainnoimaan ajatuksiaan ja oletuksiaan tietyissä tilanteissa sekä arvioimaan ja korjaamaan niitä objektiivisen ulkoisen todistusaineiston ja tosiasiallisten olosuhteiden valossa (Hagen & Turkington, 2011). Potilaan henkilökohtaista

toimijuutta tuetaan niin hoidon, sen tavoitteiden ja hoitotulosten määrittelyssä kuin yksilöllisten hallintataitojen kehittämisessä (Mueser ym., 2013). Tavoitteena on vähentää psykoottisten oireiden vakavuutta ja lievittää niiden aiheuttamaa haittaa toimintakyvylle. Terapian kulku voidaan jakaa erilaisia terapeutteja prosesseja sisältäviin vaiheisiin, jotka ovat toistensa kanssa sisäkkäisiä. Terapian ensimmäinen tehtävä on potilaan sitouttaminen ja terapeutin allianssin luominen. Seuraavassa vaiheessa normalisetaan oireita ja annetaan potilaan yksilöllisiin oireisiin mukautettua psykoedukaatiota. Tähän prosessiin liittyy arviointi- ja tiedonkeruuvaihe. Saadun tiedon pohjalta laadittava, yksilöllinen käsitteellistäminen luo pohjaa hoitosuunnitelmalle ja terapeutin interventioiden valinnalle. Hoidon viimeinen vaihe on uusiutumisen ehkäisy ja toipuminen (Hagen & Turkington, 2011).

Kognitiivinen malli painottaa, että käyttäytymisemme ja tunteemme määräytyvät pitkälti siitä käsin, miten jäsenämme kokemuksemme kognitiivisella tasolla. Oletus on, että kun kognitio ymmärretään, myös tunteet ja käyttäytyminen käyvät järkeen (Dudley & Turkington, 2011). Tässä mielessä normalisointi on sisäänrakennettu kaikkeen kognitiiviseen psykoterapiaan, mutta psykoosin hoidossa se on nostettu terapian keskiöön ja on yksi menestyksellisen terapian tärkeimpiä osia (Hoaas, Eidsbø Lindholm, Berge & Haagen, 2011). Keskeistä on psykoottisten oireiden näkeminen osana normaaliuden jatkumoa eli normaalikokemusten äärimuotona (Anttonen, 2004; Kuipers, Garety, Fowler, Freeman, Dunn & Bebbington, 2006). Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että potilaiden

kuvaamat kokemukset (paranoia, äänien kuuleminen) ovat yleisiä myös normaaliväestössä (Kuipers ym., 2006). Kliinisen ja ei-kliinisen ryhmän kokemusten välillä ei ole ratkaisevaa laadullista eroa, vaan ero on pikemminkin kokemusten laajuudessa ja ahdistavuudessa.

YHTEISTYÖSUHTEEN ERITYISPIIRTEITÄ

Kognitiivisen psykoterapian tutkivan yhteistyön luonne terapiasuhteessa (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Kuusinen, 2008) pätee myös psykoottisista häiriöistä kärsivien henkilöiden kohdalla. Hyvä terapeutin allianssi liittyy hyvin hoidollisiin tuloksiin, mistä on selkeä tutkimusnäyttö myös psykoottisten häiriöiden osalta (Hoaas, Lindholm, Berge & Hagen, 2011). Toisaalta terapiassa tarjottu mahdollisuus tutkia ja vaikuttaa ongelmiin ja oireisiin sekä tässä onnistuminen varhaisessa vaiheessa auttavat vahvasti potilaan sitoutumista terapiaan (Dunn, 2002).

On kuitenkin aiheellista huomioida, minkä merkityksen esimerkiksi terapeutin empatisuus saa potilaan näkökulmasta. Gilbert (2007) kuvaa, kuinka jotkut paranoidiset potilaat voivat pelästyä tullessaan empatisesti ymmärretyksi, jos he uskovat, että ymmärrystä voidaan käyttää heitä vastaan. Terapeutin lämpö voi olla ongelmallista, koska siihen sisältyvä läheisyys voidaan kokea uhkaavana (Gilbert, 2007).

Psykoottisiin sisältöihin suhtautumisessa Kingdon ja Turkington (2005) korostavat, että terapeutin tulee olla sekä ei-konfrontoiva että ei-liittoutuva suhteessa harhaluuloihin. Konfrontointi yleensä vahvistaa potilaan vakuuttuneisuutta harhaluulojen todenmukai-

suudesta. Liittoutuminen harhaluulon kanssa aktiivisesti tai passiivisesti (antamalla sen mennä ohi keskustelussa ilman huomiota tai tutkivaa asennetta) edistää harhaluulon juurtumista (Kingdon & Turkington, 2005).

Mahdollisuudet toimivan terapiasuhteen luomiseen psykoosipotilaan kanssa ovat hyvät. Evans-Jones, Peters ja Barker (2009) tutkivat terapiasuhdetta 24:ssä CBTp-terapiassa kokemattomilla terapeuteilla. Loppupäätelmä oli, että kokematonkin terapeutti voi kehittää hyvän terapeutin suhteen psykoosista kärsivien potilaiden kanssa jo varhain terapiassa (muutaman tapaamisen aikana) huolimatta potilaan oireiden vakavuudesta, kognitiivisen oivaltamisen ja uskomusten joustavuuden puutteesta sekä potilaan sairastamisen kestosta (Evans-Jones, Peters & Barker, 2009).

Kognitiivisen psykoositerapian kouluttaminen voi vaikuttaa myönteisesti terapiasuhteeseen. McLeod, Deane ja Hogbin (2002) selvittivät asenteiden ja empatian muutosta tutkimuksessa, jossa joukko mielenterveysammattilaisia kävi kolmen päivän koulutuksen aistiharhojen ja harhaluulojen hoitamisesta CBTp:lla. Tuloksena oli muun muassa, että osallistujilla ilmeni merkittävää kasvua havaitussa empatiassa suhteessa aistiharhoihin ja harhaluuloihin. Koulutus lisäsi myös henkilökunnan tunnetta soveltuvuudesta, työhön liittyvää itsearvostusta ja odotuksia työtyytyväisyydestä (McLeod, Deane & Hogbin, 2002).

PSYKOOSIN KOGNITIIVINEN MALLI JA KÄSITTEELLISTÄMINEN

Terapiaa ohjaa psykoosin kognitiivinen malli, josta myös yksilöllinen käsitteellistäminen

johdetaan. Mallien vaikutusvaltaisimpiin kehittäjiin kuuluvat Philippa Garety työtovereineen ja Anthony Morrison (Steel, 2008). Keskeistä psykoosin kehittymisessä on sekä yksilön biopsykososiaalinen haavoittuvuus että laukaisevat elämäntapahtumat (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001). Malleille yhteistä on oletus siitä, että oudon kokemuksen kehittymisessä psykoottiseksi ratkaisevaa on kokemuksen tulkinta. Psykoottinen kokemuksesta tulee silloin, kun epätavanomainen kokemus tulkitaan kielteiseksi, uhkaavaksi ja ulkoiseksi, ja kun tulkinasta seuraa ylivalppautta ja turvakäyttäytymistä. Esimerkiksi päätelmä, että äänien kuuleminen aiheutuu unen puutteesta, johtaa erilaiseen lopputulokseen kuin tulkinta, että kyseessä on ilkein aikein puhuva paholaisen ääni (Steel, 2008).

Frenchin ja Morrisonin (2008) mukaan psykoottiset oireet alkavat usein silloin, kun ihmisen kyky tuottaa ja arvioida vaihtoehtoisia selityksiä epämääräisille, ulkoisille (joku katsoo henkilöä oudosti) tai sisäisille (esim. hyvin epätavallinen ajatus tai havaintokokemus), tapahtumille on heikentynyt. Tähän kykyyn vaikuttavat sekä ulkoiset tekijät (kuten se, voiko henkilö puhua jonkun kanssa selvittääkseen mitä on tapahtunut) että kognitiiviset taidot (kuten kognitiivinen joustavuus ja ongelmanratkaisutaidot). Jos kyky tuottaa vaihtoehtoisia selityksiä on heikentynyt, stressaantunut ja psykoosille altis henkilö voi tehdä alkuperäisestä laukaisevasta tekijästä psykoottisen väärintulkinnan.

Psykoosin kehittymiseen ja ylläpysymiseen myötävaikuttavat psykoosialttiille henkilöille tyypilliset tiedonkäsittelyn piirteet. Näitä

ovat päättelyn vinoumat, kuten hätköityjen johtopäätösten tekeminen (jumping to conclusions), ulkoistava attribuutio sekä puutteet sosiaalisten tilanteiden ja toisten aikomusten ymmärtämisessä (Garety ym., 2001). Attribuutiolla tarkoitetaan yksilön tapaa selittää tapahtumien syitä; ulkoistavassa attribuutiossa syy nähdään itsen ulkopuolella. Vainoharhaluuloista kärsivillä tällaiseen attribuutioon on tavanomaista enemmän taipumusta erityisesti heidän selittäessään negatiivisia tai ei-toivottuja tapahtumia ja tunteita (Kinderman & Benn, 2002). Lisäksi ongelmanratkaisua voivat vääristää puutteet uskomusten joustavuudessa (dikotominen ajattelutyylä) ja valmiudessa harkita vaihtoehtoja sekä taipumus luottaa liikaa omiin uskomuksiin. Myös nämä voivat ylläpitää harhaluuloisia uskomuksia (Garety ym., 2001).

Psykoottiset häiriöt ovat heterogeeninen joukko tiloja. Häiriön taustalla olevien ja sitä ylläpitävien, moninaisten biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden ymmärtämiseksi psykoosin terapiassa korostuu yksilöllinen käsitteellistäminen. Se voidaan määritellä ”hypoteesiksi potilaan psykologisten, interpersoonallisten ja käyttäytymisen ongelmien syistä sekä niitä laukaisevista ja ylläpitävistä tekijöistä” (Eells, 1997, viitattu lähteessä Chadwick, Williams & Mackenzie, 2003, s. 671). Tavoitteena on selittää sitä, miten potilas tulkitsee tapahtumia, mikä vaikutus tällä on hänen mielialaansa ja miksi hän on taipuvainen tulkitsemaan tapahtumia tällä tavalla (Brabban & Turkington, 2002). Käsitteellistämisen tulisi sisältää kuvaus potilaan oireista tai pääongelmista, tärkeimmistä kognitioista, tunteista, käyttäytymisestä ja uskomuksista (Haddock & Tarrier, 1998). Se

perustuu kognitiiviseen malliin, tehdään yhteistyössä ja yhdistää arviointivaiheessa kootun tiedon (Morrison, 1998).

Käsitteellistämistä täydennetään ja muokataan terapian kuluessa (Haddock & Tarrier, 1998; French & Morrison, 2008). Yksinkertainen stressi-haavoittuvuusmallia mukailtava käsitteellistäminen voi luoda perustaa myöhemmälle, monimutkaisemmalle käsitteellistämiseksi (Kinderman & Lobban, 2000). Joidenkin henkilöiden kohdalla peruskokemukset voivat olla oleellinen haitallisia tulkintoja ylläpitävä tekijä tai merkittävä uusiutumiseen vaikuttava haavoittuvuustekijä (French & Morrison, 2008). Tällöin voi olla tarpeen liittää käsitteellistämiseen syvemmän tason ymmärrystä. Negatiiviset uskomukset voivat määrittää myös harhaluulojen sisältöä: usein on ilmeistä, että harhaluulojen sisältö heijastaa huolenaiheita, joita henkilöllä on itsestään (kuten ”olen paha”) ja siitä, kuinka muut havaitsevat hänet (kuten ”muut ovat vihamielisiä”) (Brabban & Turkington, 2002). Käsitteellistäminen piirtää suuntaviivat positiiviselle muutokselle ja toimii myös sen mittarina. Terapian edetessä käsitteellistämiseen on hyödyllistä palata, koska siten potilas voi arvioida mallin sisältämiä mahdollisia aukkoja ja epäsovpuuksia. Tämä prosessi auttaa potilasta hienosäätämään käsitteellistämistä ja voi lisätä muutosmotivaatiota (Haddock & Tarrier, 1998). Tarjotessaan uuden, vaihtoehtoisen selityksen oireille käsitteellistäminen saattaa vähitellen korvata potilaan aiemmat, mahdollisesti harhaluuloiset selitykset (Morrison, 1998).

Terapiaa ja sen menetelmävalikoimaa räätälöidään yksilöllisen käsitteellistämisen

ohjaamana, potilaan tarpeista käsin (Fowler, Garety & Kuipers, 1995). On tärkeää, että käsitteellistäminen esitetään työoletuksena eikä lopullisena selontekona. Psykoosipotilaalle käsitteellistäminen selityksenä kokemuksilleen edustaa usein virkistävää vaihtelua, koska he ovat tottuneempia kuulemaan ammattilaisten suusta ”sinulla on sairaus”-tyyppisiä perusteluja (Haddock & Tarrier, 1998). Eräiden tutkimusten mukaan psykoosipotilaiden emotionaaliset reaktiot käsitteellistämisen jakamiseen vaihtelevat eivätkä ole pelkästään myönteisiä (Chadwick ym., 2003; Pain, Chadwick & Abba, 2008). Brabbanin ja Turkingtonin (2002) mukaan terapeutin on hyvä pohtia, millä tasolla käsitteellistäminen voidaan jakaa potilaan kanssa. Päätökseen vaikuttavat potilaan kyky ymmärtää esitetyt perusteet ja yksimielisyys mallin kanssa. Mikäli käsitteellistäminen sisältää skeemoja, tulee lisäksi huomioida, kuinka hyvin potilaan minän vahvuus kestää psyykkistä ahdinkoa, joka usein liittyy skeematason työskentelyyn.

Käsitteellistämisellä voi olla arvaamattoman suuri terapeutin voima. Esimerkiksi sosiaalisesti herkkä potilas, jonka oli vaikea tunnistaa omien automaattisten ajatustensa osuutta vuorovaikutustilanteiden tulkinnassa, ja joka voittopuolisesti liittyy kielteiset kokemuksensa muihin ihmisiin, näki onnistuneen käsitteellistämisen jälkeen tilanteet uudessa valossa. Vasta silloin hän saattoi puhua ajatuksistaan uskomuksina eikä väistämättöminä ulkoisina tapahtumina; sen sijaan, että toiset tosiasiallisesti esimerkiksi vihaisivat häntä, hänellä itsellään voisi olla herkkyyttä ajatella näin. Tämä avasi tietä vaihtoehtoisuudelle suhteessa hänen kokemuksilleen antamiinsa merkityksiin.

NORMAALISTAMINEN TYÖTAPANA

Kingdonin ja Turkington (2005) mukaan CBTp -hoito perustuu paljon siihen hoitamisen filosofiaan, että psykoottisia sairauksia kokevat eivät ole erilaisia ihmisiä kuin muut tai me itse, vaikka heillä olisi sellaisia kokemuksia, joita meillä ei ole ollut. Kokemusten erilaisuus voi olla enemmän määrällinen kuin laadullinen seikka (Kingdon & Turkington, 2005). Jos normaalistavaa näkökulmaa potilaan oireisiin ei saavuteta, se pitää yllä käsitystä niiden outoudesta sekä potilaan että ammattilaisen näkökulmasta (Morrison, Renton, Dunn, Williams, & Bentall, 2004). Normaalistamisen perusteluja ovat psykoottisten ilmiöiden yleisyys väestössä, niiden pohjautuminen normaaleihin psykologisiin prosesseihin kuten merkityksen antamiseen epätavallisille kokemuksille ja valikoivaan havainnointiin ja oireiden jatkumoluonne suhteessa niinsanottuihin normaali-ilmiöihin (Tai & Turkington, 2009).

Outojen oireiden ja kokemusten ymmärtämisen lisäksi normaalistamisella pyritään vähentämään potilaan ahdistusta ja rauhoittumiseen. Ymmärtämistä tuetaan jäsentämällä oireiden kehittyminen ja käyttämällä kognitiivisia malleja (Kingdon & Turkington, 2005; Dudley & Turkington, 2011). Normaalistaminen ja ymmärrettävyyden lisääntyminen antavat potilaalle toivoa ja vähentävät stigmatisoitumista (Tai & Turkington, 2009). Stigmatisoituminen näyttää olevan keskeinen syy ensipsykoosin jälkeisen sosiaalisen ahdistuneisuuden pysymiseen ja lisääntymiseen (Birchwood, Trower, Brunet, Gilbert, Iqbal & Jackson, 2006). Tämä korostaa normaalistamisen merkitystä sosiaalisen eris-

täytyneisyyden ja sairaan identiteetin syn-
tymisen ehkäisemisessä. Normaalistaminen
mahdollistaa samanlaisuuden ja joukkoon
kuulumisen kokemuksia, jotka ehkäisevät lei-
mautumista poikkeavaksi (Anttonen, 2011).
Normaalistaminen ei kuitenkaan tarkoita
kärsimystä tuottavien kokemusten vähätte-
lyä eikä niiden väittämistä terveyden tai hy-
vinvoinnin merkeiksi (Dudley & Turkington,
2011).

TERAPIAMENETELMÄT

Normaalistamisen auttaa usein työstämään
haitallisia uskomuksia psyykkisestä sairastu-
misesta ja sairaudesta vähemmän ahdistusta
herättäviksi. Ongelmana ei pidetä oireita si-
nänsä, vaan niille annettuja, usein ahdistavia
ja oireilua vahvistavia ja ylläpitäviä merki-
tyksiä. Lisäksi terapiassa pyritään hakemaan
ymmärrystä sille, millä tavoin potilaan aiem-
mat kokemukset, asenteet ja perususkomuk-
set vaikuttavat potilaan oireistaan tekemiin
tulkintoihin (Dunn, 2002). Harhaluulot näh-
dään uskomuksina, jotka edustavat potilaan
pyrkimystä merkityksen etsimiseen henki-
lökohtaisen maailmansa sisällä. Yleensä har-
haluuloista on löydettävissä liittymäkohtia
potilaan elämäntilanteeseen (Brabban & Tur-
kington, 2002).

Ymmärrettävyyden lisääntyminen usein hel-
pottaa myös oireiden hyväksymistä, mikä luo
pohjaa vaihtoehtoisuuden löytymiselle suh-
teessa psykoottisiin kokemuksiin. Psykoo-
sin terapiassa käsitteellistäminen nouseekin
keskeiseen asemaan, ei pelkästään potilaan
tilannetta jäsentävänä ja interventioita oh-
jaavana, vaan myös itsenäisenä terapeutise-

na menetelmänä. Potilasta autetaan tarkas-
telemaan ajattelu- ja päättelyketjujaan mm.
sokraattisen kyselyn keinoin (Renton, 2002).
Terapeutti tutkii yhdessä potilaan kanssa,
millaiselle todistusaineistolle tämä perustaa
harhaluuloisen uskomuksensa. Perusteita ja
epäjohdonmukaisuuksia pyritään hellävaro-
en kyseenalaistamaan. Tärkeää on, ettei po-
tilaan uskomuksia konfrontoida liian karke-
asti, mutta ei toisaalta myöskään harhaluuloa
epäsuorasti tai suoraan tukevalla tavalla.

Uskomuksen paikkansapitävyyttä voidaan
testata myös käytännön kokeiden avulla.
Tämä tarkoittaa sellaisen toiminnan suunnit-
telua ja toteuttamista, jonka avulla uskomus
voidaan osoittaa joko päteväksi tai pätemät-
tömäksi (Anttonen, 2008). Eräs potilas, joka
uskoi toisen voivan lukea hänen ajatuksiaan,
laati itselleen kokeen testaamaan uskomuk-
sen paikkansapitävyyttä. Koeasetelma piti si-
sällään, että hän tällaisten ajatusten ilmaan-
tuessa aloittaa keskustelun kyseisen henkilön
kanssa. Mikäli keskustelunavaukseen vastat-
taisiin, se merkitsisi potilaalle, ettei ajatusten
lukeminen ole todennäköistä, koska toinen
katsoo tarpeelliseksi käyttää keskustelua
kommunikoinnin välineenä. Realiteetin tes-
taamisen/käyttäytymiskokeen tavoitteena
on saavuttaa muutos kognitioissa. Automaat-
tisten ajatusten työstäminen voi nostaa työs-
kentelyn kohteeksi myös syvemmän tason
uskomuksia, joihin voidaan käyttää tavan-
omaisia kognitiivisia tekniikoita.

Kuten muussakin kognitiivisessa terapiassa,
myös psykoosin hoidossa funktionaalinen
analyysi on avuksi tapahtumien ja usko-
musten välisten suhteiden selventämisessä.
Usein nämä sekoittuvat keskenään ilman että

henkilö tulee ajatelleeksi laukaisevan tapahtuman sekä toiminnallisten ja emotionaalisten seurausten välissä olevaa uskomusta (Kingdon & Turkington, 2005). Ajatus-tunne-käyttäytyminen -kehien tunnistaminen voi auttaa potilasta ymmärtämään, että tapahtuman tulkinta ennemminkin kuin tapahtuma sinänsä määrittää hänen käyttäytymis- ja tunnereaktioitaan (French & Morrison, 2008). Tämä voi mahdollistaa myös toimintakykyä paremmin tukevien selviytymiskeinojen käyttöönoton aiempien, ongelmallisten toimintamallien sijaan.

Selviytymiskeinojen vahvistaminen kuuluu kiinteästi kognitiiviseen terapiaan. Psykoosioireiden hoitoon selviytymisstrategian vahvistamista on kehitetty omana, systemaattisena menetelmänään (TARRIER, 2008). Lähestymistapa perustuu havaintoon, että potilaat käyttävät luontaisesti tiettyjä selviytymiskeinoja oireita hallitakseen. Se korostaa normaaleja ja yleisiä prosesseja, joita ihmiset käyttävät selviytyäkseen vastoinkäymisissä. Interventio perustuu yksityiskohtaiseen arvioon. Oireet, niitä edeltäneet tekijät, niiden seuraukset ja mahdolliset selviytymiskeinot tutkitaan tarkkaan oireiden seurannan ja haastattelun avulla. Potilasta opetetaan käyttämään järjestelmällisesti sopivia selviytymiskeinoja vastauksena psykoottisten oireiden ilmaantumiseen. Selviytymisstrategiat voivat olla toiminnallisia, kognitiivisiin prosesseihin liittyviä tai pyrkiä muuntamaan aistiärsykekuormaa tai kehollista tilaa. Spesifeihin menetelmiin kuuluvat mm. huomion siirtäminen, huomion kaventaminen sekä itsensä kannustaminen ja sisäinen dialogi. Ylioppiminen ja rooliharjoitukset ovat keskeisiä keinoja taitojen harjoittelussa. Oppiminen ta-

pahtuu ulkoisen sanallistamisen kautta, jota asteittain vähennetään, kunnes kohteena oleva prosessi on sisäistetty (TARRIER, 2008).

Haitalliseen äänien kuulemiseen (kuulohallusinaatiot) kohdennettu hoito sisältää tiedon antamisen ja normalistamisen ohella selviytymiskeinojen käyttöön ohjaamisen. Eriyisesti erilaiset tavat muokata äänien kuulemiseen ja niiden sisältöön liittyviä haitallisia uskomuksia ovat keskeisiä hoitomenetelmiä (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009). Myös hyvin konkreettiset selviytymiskeinot voivat olla tarpeen vaikeissa tilanteissa. Esimerkiksi potilas kuuli hyvin ahdistavia ja käskeviä ääniä, mikä johti hallitsemattomaan aggressiiviseen käyttäytymiseen. Sairaanhoitaja opetti potilaan äänien alkaessa aluksi laskemaan sormiaan ääneen samalla niitä vuoronperään nostaen; sitten laskemaan samalla tavalla varpaitaan ja lopuksi liittämään tähän lastenlaulun mukaisen leikin ja laulun. Tämä auttoi selviytymään erityisen hankalista tilanteista.

Negatiiviset oireet (vähentynyt tunteiden ja kielellinen ilmaisu, tahtoelämän muutokset, kyvyttömyys kokea mielihyvää, sosiaalinen vetäytyminen, tarkkaavaisuuden puutteet) nähdään usein vaikeasti muutettavina. Kingdonin ja Turkingtonin (2005) mukaan psykologisilla interventioilla on kuitenkin osoitettu vaikutusta. Oireiden biologiseen puoleen keskittymistä on kritisoitu liian kapeana lähestymistapana ja psykologinen puoli onkin saanut yhä enemmän huomiota kirjallisuudessa. Grant ja Beck (2009) korostavat, että oireiden taustalla nähdään usein suoriutumiseen liittyviä, kielteisiä ja ylyleistyneitä, itseä lanvistavia uskomuksia (defeatist performance attitudes). Muutosta kohdennetaan potilaan

kielteisiin uskomuksiin kyvyistään ja potilasta autetaan näkemään toimintojen myönteisiä seurauksia, mikä voi tuottaa motivoivia ajatuksia. Terapeutti toimii tavoitteiden asettamisen, motivoinnin ja tavoitteellisen toiminnan mahdollistajana (Stolar & Grant, 2011). Terapeuttisena työkaluna potilaan aktivoimisessa voidaan käyttää esimerkiksi toimintojen aikatauluttamista, jota vahvistetaan toiminnan hallinnan ja sen tuottaman mielihyvän asteikkoarvioinnilla. Toiminnan vaiheita voidaan pilkkoa osatehtäviin (Beck ym., 2009), ja terapeutin tulee antaa välitöntä palautetta pienimmästäkin edistysaskeleesta. Mitä konkreettisempi suunnitelma ja välittömämpi tulos, sitä parempi.

Psykoosiin liittyvät ajatushäiriöt voivat toisinaan hankaloittaa potilaan kielellistä viestintää ja ymmärretyksi tulemistä. Kingdonin ja Turkingtonin (2005) mukaan emotionaalisesti merkittävät aiheet usein pahentavat ajatushäiriöitä, ja tästä syystä on tärkeää tarkkailla potilaan sanatonta viestintää. Ajatushäiriöitä voi lievittää muun muassa käyttämällä yksinkertaisia kysymyksiä, selventämällä uudissanoja, ammattikieltä ja vertauskuvia, tarjoamalla mahdollisia vaihtoehtoisia sanoja ja keskittymällä tiettyihin teemoihin (Kingdon ja Turkington, 2005).

TULOKSELLISUUS

Kognitiivisen psykoterapian tuloksellisuus psykoosien hoidossa on jatkuvan tutkimuksen kohteena. Koosteena kertyneistä tutkimustuloksista Tai ja Turkington (2009) toteavat, että satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset ovat osoittaneet kohtalaisen vai-

kutuksen (effect size) positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin terapian loppuvaiheessa ja että vaikutus on säilynyt ajan myötä. Lisäksi on näyttöä, että tulokset ovat pysyneet myös kliinisissä olosuhteissa tehdyissä tutkimuksissa ja että ne ovat kustannustehokkaita (Tai & Turkington, 2009).

Laajassa meta-analyysissään (34 tutkimusta) Wykes, Steel, Everitt ja Tarrier (2008) saavat saman päätuloksen kuin muutkin meta-analyysit: CBT:llä on hyödyllinen vaikutus positiivisiin oireisiin. Lisäksi havaittiin merkittävä vaikutus negatiivisiin oireisiin (23 tutkimusta), toimintakykyyn (15 tutkimusta), mielialaan (13 tutkimusta) ja sosiaaliseen ahdistuneisuuteen (2 tutkimusta).

Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar, ja Beck (2012) tutkivat psykososiaaliseen toimintakykyyn ja negatiivisiin oireisiin skitsofreniapotilailla kohdennettua kognitiivista terapiaa. Terapia tähtäsi ensisijaisesti tuloksiin toimintakyvyssä, oli toipumissuuntautunutta ja huomioi neurokognitiiviset ja taitopuutteet. Keskeistä oli työskentely motivaation ja tavoitteellisuuden kanssa erityisesti työstämällä niitä haittaavia uskomuksia. Positiivisten oireiden kanssa työskenneltiin kognitiivisen terapian periaatteiden mukaan samalla kun tarkkaavaisuus, toiminnanohjaus ja sosiaaliset taidot olivat myös terapian kohteita. Terapia sisälsi keskimäärin 50,5 istuntoa (vaihteluväli 16-81). Potilaiden toimintakyky parani CT-ryhmässä merkittävästi ja enemmän kuin tavanomaista hoitoa (ST) saaneiden ryhmässä. Alkumittauksesta 18 kuukauden kuluttua kognitiivista terapiaa saanut ryhmä (CT) sai paremmat tulokset tahdottomuuden (avolition-apathy) kohdalla verrattuna tavanomais-

ta hoitoa saaneeseen ryhmään. Merkittäviä ryhmäeroja ei ollut muissa negatiivissa oireissa (tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, anhedonia – asosiaalisuus). Lisäksi CT-ryhmän positiiviset oireet vähenivät merkittävästi ja tavanomaisen hoidon ryhmässä ne eivät vähentyneet (Grant ym., 2012).

Van der Gaag, Stant, Wolters Buskers ja Wiersma (2011) tekivät kustannustehokkuustutkimuksen luonnollisissa olosuhteissa pitkäaikaisilla skitsofreniaspektrin potilailla, joilla oli epäonnistumisia lääkeshoidon suhteen. CBT:n käyttö potilailla lisäsi hoidon kustannuksia. CBT-ryhmällä oli 18 kuukauden tutkimusaikana 183 normaalitoiminnan tasoista päivää, kun vastaavia päiviä oli tavanomaisen hoidon (TAU) ryhmässä 106. Normaalin toiminnan päivä saavutettiin huomattavasti pienemmällä taloudellisella panoksella silloin, kun potilas ei ollut ollut sairaalahoidossa kolmeen kuukauteen ennen CBT:n alkamista (van der Gaag ym., 2011). Wykes ym. (2008) huomauttavat, että mielenterveyspalveluissa halpojen ja tehottomien hoitomuotojen ei tulisi olla vaihtoehto käyttökelpoisille ja tehokkaille, mutta kalliimmille hoitomuodoille.

Garety, Fowler, Freeman, Bebbington, Dunn & Kuipers (2008) tutkivat satunnaistetussa kontrolloidussa monikeskustutkimuksessa CBT:n ja perheintervention vaikutusta psykoosin uusiutumiseen. Vaikka CBT oli suunnattu uusiutumisen ehkäisemiseen potilailla, joiden psykoosi oli lähiaikoina uusiutunut, ei CBT:llä ollut uusiutumista ehkäisevää vaikutusta (kuten ei perheinterventiollakaan). Sen sijaan CBT:lla oli depressiota vähentävä vaikutus ja niillä henkilöillä, joilla oli läheisiä CBT merkittävästi vähensi harhaluuloista johtuvaa

stressiä ja paransi sosiaalista toimintakykyä (Garety ym., 2008). Kirjoittajat arvelevat, että CBT ei vaikuttanut keskeisiin muutosta välittäviin tekijöihin, kuten ydinuskomuksiin tai päättelyyn, jolloin terapia ei ollut riittävän tehokasta muuttamaan psykoottisten oireiden pysymistä ja toistumista. Tutkijat ehdottavat, että jatkossa CBT:ta tulisi kehittää siten, että se kohdistuisi parantamaan keskeisiä kognitiivisia ja emotionaalisia prosesseja, joita on esitetty haittaavia oireita ja uusiutumista kuvaavissa malleissa (Garety ym., 2008).

Tuoreessa meta-analyysissä Stafford, Jackson, Mayo-Wilson, Morrison ja Kendall (2013) selvittivät psykoosiin siirtymisen ehkäisemistä psykoosiriskissä olevilla henkilöillä. Analyysi sisälsi 11 tutkimusta (1246 koehenkilöä) ja kattoi psykologisia, farmakologisia ja ravinnollisia interventioita. Aikarajatun, kohdenetun CBT:n vaikutukselle psykoosiin siirtymisen ehkäisyssä saatiin kohtalainen näyttö. Integroidulla psykoterapialla (aikarajattomat terapiat, taitoharjoittelu, kognitiivinen remediaatio, perheinterventiot) vastaava vaikutus oli alhaisesta hyvin alhaiseen ja omega-3 rasvahapoilla (ravinnolliset interventiot) hyvin alhainen näyttö. Analyysissä ei löydetty näyttöä, että antipsykoottiset lääkkeet ehkäisisivät psykoosiin siirtymistä tai psykoosin viivästyntymistä (Stafford ym., 2013). Varhaisen psykoosin hoitoon liittyvässä systemaattisessa katsauksessa Bird, Premkumar, Kendall, Whittington, Mitchell ja Kuipers (2010) selvittävät varhaisen intervention palvelujen, CBT:n ja perheintervention vaikuttavuutta. Tuloksena oli, että palvelut ylipäänsä vähensivät sairaalahoidon aloittamisia, psykoosin uusiutumisia oireiden vaikeusastetta ja paransivat pääsyä ja sitoutumista hoitoon. Yksinään käytettyinä

perheinterventio vähensi uusiutumista ja sairaalahoitoa aloittamisia ja CBT vähensi oireiden vaikeusastetta ja sillä oli vähän vaikutusta uusiutumiseen ja sairaalahoitoa aloittamisten määrään (Bird ym., 2010).

UUSIA INNOVAATIOITA

Perinteisen kognitiivisen teorian ulkopuolelta vaikutteita saaneista niinsanotuista kolmannen aallon hoitomuodoista on ammennettu myös psykoosin terapeuttiseen hoitoon. Menetelmien soveltaminen psykoosiin on vasta orastamassa ja lisää tutkittua tietoa tarvitaan (Tai & Turkington, 2009). Tällaisia uudempia suuntauksia ovat muun muassa metakognitiivinen terapia (MCT) ja mindfulness eli tietoisesta läsnäoloa hyödyntävät hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) ja myötätuntokeskeinen terapia (CFT ja CMT, Compassionate Mind Training).

Yhteistä tietoiseen läsnäoloon pohjautuvissa lähestymistavoissa on meditaatiomenetelmien soveltaminen (Tai & Turkington, 2009). Ajatellaan, että avaintekijöitä ihmisen kärsimyksessä ovat muun muassa selkeän tietoisuuden puuttuminen omista kokemuksista, vaikeiden kokemusten välttely ja tuomitseva suhtautuminen omiin tuntemuksiin tai minään (van der Valk, van de Waerdt, Meijer, van der Hout & de Haan, 2013). Potilasta rohkaistaan kohdentamaan tarkkaavaisuutensa aistiharhojen tai vaikeiden muistojen ja ajatusten kaltaisiin kokemuksiin, olivatpa nämä miten epämiellyttäviä tahansa, jotta hän oppisi uusia tapoja suhtautua niihin (Tai & Turkington, 2009). Menetelmän sisältämää meditaatiota voidaan muokata vastaamaan

psykoosia luonnehtiviin haavoittuvuuksiin: esimerkiksi vältetään pitkiä hiljaisuuksia, jotka voivat tuottaa sisäisiä havaintovääristymiä (van der Valk ym., 2013). Mindfulnessin käytöstä psykoosin hoidossa on julkaistu tapauksia. Sen avulla on pystytty vähentämään harhaluulon tärkeitä dimensioita: vakuuttuneisuutta, ahdistavuutta, vaivavuutta ja merkitsevyyttä (Ellett, 2013) sekä ääniharhojen ahdistavuutta ja vakuuttuneisuutta niistä (Newman Taylor, 2009).

Hyväksymis- ja omistautumisterapia painottaa yksilön arvoja ja rohkaisee elämään niiden mukaan. Sen avulla voidaan harjoitella uusia strategioita suhteessa psykoottisiin kokemuksiin, esimerkiksi kognitiivista etäännyttämistä (uskomuksiin suhtautuminen hypoteettisina väittäminä eikä faktoina) ja hyväksyntää (Tai & Turkington, 2009).

Myötätuntokeskeinen terapia ja harjoittelu kehitettiin alun perin henkilöille, jotka ovat itsekriittisiä ja kokevat korostuneesti häpeää (Gilbert & Procter, 2006). Lähestymistavan mukaan häpeä ja itsekritiikki voivat toimia sisäisinä, vihamielisinä signaaleina, virittäen alistuvia ja negatiivisia affektiivisia reagoitustapoja, jotka ylläpitävät psykiatrisia häiriöitä (Gilbert, 2005, viitattu lähteessä Tai & Turkington, 2009). Myötätuntoisen suhtautumisen kehittäminen suhteessa omaan kärsimykseen ja tarpeisiin on lähestymistavan pääperiaatteita. Mayhew'n ja Gilbertin (2008) tapauksien sarja valaisee CMT:n mahdollisia hyötyjä paranoidisten, ääniä kuulevien potilaiden hoidossa. Tuloksena oli mm., että potilaiden vihamieliset äänet muuttuivat rauhoittavammiksi sekä vähemmän vainoaviksi ja pahantahtoiviksi.

Metakognitiivisen terapian (MCT) näkökulmasta psyykkiset häiriöt ovat tulosta tietyistä ajattelun tyyleistä ja tavoista, joilla ihmiset kontrolloivat ajatuksiaan (metakognitiot) (Tai & Turkington, 2009). Lähestymistapa kohdentuu metakognitiivisiin prosesseihin, joiden ajatellaan olevan häiriöiden taustalla: huoleen ja märehtimiseen (ruminaatio), tarkkaavuuden fokusoitumiseen uhkaan ja negatiiviseen informaatioon sekä ajatusten tukahduttamiseen ja välttelemiseen. Tutkimustieto vahvistaa oletusta, että huoli voi olla paranoidisten harhaluulojen osatekijänä. Tästä löydöksestä Foster, Startup, Potts ja Freeman (2010) muotoilivat tutkimuskysymyksen, voitaisiinko huoleen vaikuttamalla saada aikaan muutosta myös vainoamisharhaluuloissa. Tulosten mukaan lyhyt, huoleen kohdistuva terapeutinen interventio vähensi potilaiden harhaluuloja ja etenkin niihin liittyvää ahdistuneisuutta merkittävästi.

Attention Training (ATT) on metakognitiivisen terapian puitteissa kehitetty menetelmä, jonka avulla tarkkaavaisuuteen liittyviä viinomia korjataan parantamalla tarkkaavaisuuden metakognitiivista kontrollia (Valmaggia, Bouman & Schuurman, 2007). Valmaggia ym. (2007) esittelevät tekniikan soveltamista ääniharhojen hoitoon. Menetelmän sisältämien auditiivisten tarkkaavaisuusharjoitusten avulla potilas oppii ensin hallintaa suhteessa neutraaleihin ärsykkeisiin. Tämän jälkeen potilasta pyydetään lähestymään ongelmallisia ärsykeitään, kuten huolta tai ääniharhoja, samoin kuin mitä tahansa ääniä. Tavoitteena on muokata potilaan itsesäätelyprosesseja ja luoda uusia, joiden myötä uusia, oireisiin ja niiden hallintaan liittyviä uskoja voi syntyä (Valmaggia ym., 2007).

Lähteet

- Anttonen, S. (2004). Skitsofrenian kognitiivisen psykoterapian periaatteet. *Duodecim*, 120, 393-401.
- Anttonen, S. (2008). Psykoosit. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (Toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 309-331). Hämeenlinna: Duodecim.
- Anttonen, S. (2011). Hyvää elämää leimasta huolimatta. Teoksessa Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. (Toim.). *Irti häpeäleimasta*. Porvoo: Duodecim.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. M. & Grant, P. M. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research and therapy*. New York: Guilford.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z. & Jackson, C. (2006). Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1025-1037.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C, Mitchell, J. & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.
- Brabban, A. & Turkington, D. (2002). The search for meaning: Detecting congruence between life events, underlying schema and

- psychotic symptoms. Formulation-driven and schema-focused cognitive behavioural therapy for a neuroleptic-resistant schizophrenic patient with a delusional memory. Teoksessa Morrison, A. P. (Toim.), *A Casebook of cognitive therapy for psychosis* (s. 59-75). Hove: Routledge.
- Chadwick, P., Williams, C. & Mackenzie, J. (2003). Impact of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 671-680.
- Dudley, R. & Turkington, D. (2011). Using normalising in cognitive behavioural therapy for schizophrenia. Teoksessa Hagen, R., Turkington, D., Berge, T. & Gråwe, R.W. (Toim.). *CBT for psychosis. A symptom-based approach*. Hove: Routledge.
- Dunn, H. (2002). Cognitive therapy for psychosis: Emphasising engagement. Teoksessa Morrison, A. P. (Toim.). *A Casebook of cognitive therapy for psychosis*. Hove: Routledge.
- Ellett, L. (2013). Mindfulness for paranoid beliefs: Evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 238-242.
- Evans-Jones, C., Peters, E. & Barker, C. (2009). The Therapeutic relationship in CBT for psychosis: Client, therapist and therapy factors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 527-540.
- Foster, C., Startup, H., Potts, L. & Freeman, D. (2010). A Randomised controlled trial of worry intervention for individuals with persistent persecutory delusions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 1: 45-51.
- Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis. Theory and practice*. Chichester: Wiley.
- French, P. & Morrison, A. P. (2008). *Psykoosin varhaisoireet. Tunnistaminen ja kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 6: 353-379.
- Gilbert, P. (2007). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. Teoksessa Gilbert, P. & Leahy, R. L. (Toim.). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Hove: Routledge.
- Grant, P. M. & Beck, A. T. (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 798-806.
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69, 121-127.
- Haddock, G. & Tarrier, N. (1998). Assessment and formulation in the cognitive behavioural treatment of psychosis. Teoksessa Tar-

- rier, N., Wells, A. & Haddock, G. (Toim.), *Treating complex cases*. Chichester: Wiley.
- Hagen, R. & Turkington, D. (2011). *CBT for psychosis: A symptom-based approach*. Teoksessa Hagen, R., Turkington, D., Berge, T. & Gråwe, R. W. (Toim.), *CBT for psychosis. A symptom-based approach*. Hove: Routledge.
- Hoas, L. E., Lindholm, S. E., Berge, T. & Hagen, R. (2011). The therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. Teoksessa Hagen, R., Turkington, D., Berge, T. & Gråwe, R. W. (Toim.), *CBT for psychosis. A symptom-based approach*. Hove: Routledge.
- Kinderman, P. & Benn, A. (2002). Attributional therapy: A case of paranoia and hallucinations. Teoksessa Morrison, A. P. (Toim.), *A Casebook of cognitive therapy for psychosis* (s. 197-216). London: Routledge.
- Kinderman, P. & Lobban, F. (2000). Evolving formulations: sharing complex information with clients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 307-310.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G. & Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: Refining cognitive behavioural therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 24-31.
- Kuusinen, K-L. (2008). Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (Toim.). *Kognitiivinen psykoterapia*. Hämeenlinna: Duodecim.
- Mayhew, S. L. & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A Case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113-138.
- McLeod, H.J., Deane, F.P. & Hogbin, B. (2002). Changing staff attitudes and empathy for working with people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 4:459-470.
- Morrison, A. (1998). *Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms in schizophrenia*. Teoksessa Tarrier, N., Wells, A. & Haddock, G. (Toim.), *Treating complex cases*. Chichester: Wiley.
- Morrison, A., Renton, J., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R. (2004). *Cognitive therapy for psychosis. A formulation based approach*. Hove: Brunner-Routledge.
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L. & Casisi, J. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1:465-497.
- Newman Taylor, K. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect of voice hearing: Evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 397-402.
- Pain, C. M., Chadwick, P. & Abba, N. (2008). Clients' experience of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 127-138.
- Renton, J. (2002). *Cognitive therapy for para-*

- noia. Teoksessa Morrison, A. (Toim.), *A Casebook of cognitive therapy for psychosis*. London: Routledge.
- Stafford, M.R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A.P., & Kendall, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal, British Medical Journal*, 346:f185.
- Steel, C. (2008). Cognitive behaviour therapy for psychosis: Current evidence and future directions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 705-712.
- Stolar, N. & Grant, P. (2011). Cognitive characterization and therapy of negative symptoms and formal thought disorder. Teoksessa Hagen, R., Turkington, D., Berge, T. & Gråwe, R. W. (Toim.), *CBT for psychosis. A Symptom-based approach*. Hove: Routledge.
- Tai, S. & Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 865-873.
- Tarrier, N. (2002). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. Teoksessa Anthony P. Morrison (toim.), *A Casebook of cognitive therapy for psychosis*. London: Routledge.
- van der Gaag, M., A. Dennis Stant, D.A., Kerstin J. K. Wolters, K.J.K., Erik Buskens, E. & Durk Wiersma, D. (2011). Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum disorder: cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*, 198, 59-65.
- van der Valk R., van de Waerdt S., Meijer, C. J., van der Hout I. & de Haan, L. (2013). Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 64-70.
- Valmaggia, L. R., Bouman, T. K. & Schuurman, L. (2007). Attention training with auditory hallucinations: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 127-133.
- Wykes, T., Steel, G., Everitt, B. & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.