

Psykoterapia ja muutos omiin psykoottisiin kokemuksiin suhtautumisessa

Seppo Anttonen

Kognitiivisen psykoterapian psykoosikäsitteissä ovat keskeisinä elementteinä ihmisen tekemät tulkinnat omista psykoottisista kokemuksistaan. Subjektiiivisesti outoihin tai psykoottisiin kokemuksiin (tai oireisiin) liittyviä merkityksenantoja pidetään ratkaisevina sen suhteen, kuinka invalidisoivia, lamauttavia ja pysyviä kokemuksia ja oireista tulee. Sen tähden tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, kuinka henkilön suhde hänen omiin psykoottisiin kokemuksiinsa rakentuu kognitiivisen psykoterapian alkuvaiheessa ja kuinka suhde muuttuu psykoterapian aikana, siinä tapauksessa, että se muuttuu. Kiinnostuksen pääkohde on tuo muutosprosessi psykoterapian aikana. Kolme koehenkilöä tutkittiin käyttäen tähän tarkoitukseen kehitettyä puolistrukturoitua kyselyä, joka toteutettiin terapian alussa ja myöhemmässä vaiheessa. Kyselyhaastattelut tallennettiin, litteroitiin ja analysoitiin. Artikkelissa kuvataan henkilöiden yksilölliset prosessit sisältäen taustatiedot, psykoterapian pääasiallinen sisältö ja koehenkilöiden yksilölliset muutokset. Tuloksia havainnollistetaan poiminoilla koehenkilöiden terapiaistuntotallenteista. Kaikilla kolmella henkilöllä tapahtui myönteisiä muutoksia, eikä muutoksia kielteisen suuntaan havaittu. Henkilöiden suhde psykoottisiin kokemuksiin siirtyi lähemmäs normaaliuden puitteissa olevaa ja paremmin jäsentynyttä ymmärtämistä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kolmen psykoosiin sairastuneen henkilön osalta, minkälainen suhde heillä on omiin psykoottisiin kokemuksiinsa terapiajakson alkaessa, muuttuuko suhde terapian aikana ja millä tavalla se mahdollisesti muuttuu. Psykoosien kognitiivisessa psykoterapiassa suhde psykoottiseen oireeseen tai kokemukseen on keskeinen tarkastelukulma. Työskentely potilaan kanssa häiriön ymmärtämiseksi on erityisen tärkeää, koska tähän suhteeseen vaikuttaa se, kuinka häiriö tai ongelmat ymmärretään ja minkälainen merkitys niille

annetaan (Fowler, Garety, & Kuipers, 1995). Potilaan kanssa kehitettävä jaettu ymmärrys heidän psykoottisen häiriönsä luonteesta luo puitteet hämmentävien kokemusten käsittämiseksi ja vähentää kärsimystä ja haittoja, joita usein liittyy harha-aistimukseen ja harhaluuloihin eli ns. positiivisiin oireisiin (Fowler ym., 1995). Käsitteellistyksen psykoosista ja sen kehittymisestä voivat auttaa tuottamaan vaihtoehtoisia malleja vaikeiden oireiden ymmärtämiseksi, ja vaihtoehtoiset ymmärtämisen mallit usein ovat potilaalle hyväksyttävämpiä kuin esimerkiksi skitsofreniadiag-

noosi, johon liittyy leimautumista (Morrison, Renton, Dunn, Williams, & Bentall, 2004).

KOKEMUKSEN EMOTIONAALINEN INTENSIIVISYYS JA MERKITYKSEN ANTAMISEN PAINE

Psykoosin kokeminen on intensiivinen ja vaikea tapahtuma. Psykoosin sairastaneiden joukossa onkin havaittu merkittävässä määrin posttraumaattisen stressihäiriön oireita (McGorry ym., 1991). Traumaattisuutta voivat aiheuttaa sekä psykoottiset kokemukset että hoitoon toimittamiseen ja hoitoon liittyvät toimet, kuten pakkotoimenpiteet. Bendallin, McGorryn ja Krstevin (2006) mukaan psykoosin sairastamiseen liittyvän posttraumaattisen stressihäiriön oireita selittävät eniten psykoottiset oireet. Tutkimukset viittaavat siihen, että psykoosin positiiviset oireet ovat niitä kokemuksia, jotka aiheuttavat eniten psykoosin jälkeisiä posttraumaattisen stressihäiriön oireita (Bendall ym., 2006). Esimerkiksi Lintusen (2004) haastattelututkimuksen perusteella psykoosin kokeminen itsessään on emotionaalisesti hyvin kuormittavaa ja voi olla traumatisoivaa. Haastatteluissa välittyi selkeästi psykoosikokemuksen erittäin voimakas hämmentävyys ja pelottavuus.

Varsinkin psykoosin alkaessa kokemukset ovat emotionaalisesti intensiivisiä ja voimakkaita, mikä luo suuren paineen löytää kokemuksille selitys tai merkitys. Paine kohdistuu sellaiseen merkityksen antamiseen, joka voisi kokemuksen jäsentämisen avulla vähentää emotionaalista intensiteettiä ja kokemuksen jäsentymättömyyttä, hajanaisuutta ja kaoottisuutta. Käytettäessä kokevan minän ja arvioi-

van minän käsitteitä (Toskala & Hartikainen, 2005) psykoottisessa tilanteessa kokevan minän outo kokemus asettaa arvioivalle minälle haasteen välittömän kokemuksen sovittamisesta arvioivan minän hyväksymisiin rajoihin. Tuollaisessa tilanteessa voi kehittyä harhaluuloinen ajatus selittämään kokonaisuutta. Esimerkiksi henkilöllä on harhaluuloinen ajatus (joka on mahdollisesti seurausta hänen psykofysiologista tilastaan, tilannetekijöistä ja kenties persoonallisista tekijöistä, kuten kognitiivinen tyyli hätiköityjen johtopäätösten tekemiseen) siitä, että ravintolassa osa asiakkaista muissa pöydissä puhuu hänestä. Henkilön suhde tähän lievään psykoottiseen tai psykoosia lähellä olevaan kokemukseen on sellainen, että hallitakseen sen outouden ja ahdistavuuden (kokeva minä) henkilö kehittää ajatusrakennelman (arvioiva minä) tukemaan alkuperäistä tulkintaansa: kaupungissa on salaliitto, joka seuraa häntä johtuen vuosien takaisesta tappelusta.

Harhaluulon ohella myös aistiharha voidaan ymmärtää edellä kuvatulta pohjalta. Kuuloharha voi kehittyä psykologisena ratkaisuna kognitiivisen dissonanssin tilanteeseen, joka puolestaan syntyy siitä, että henkilön pakonomaiset intrusiiviset ajatukset tai mielikuvat, jotka voivat olla sinänsä normaali ilmiö, ovat ristiriidassa hänen arvojensa ja vakiintuneen minäkäsityksensä kanssa. Silloin oma sisäinen tapahtuma kokemuksellisesti ulkoistetaan ja syntyy kuuloharha-aistikokemus. (Morrison, Haddock, & Tarrier, 1995). Aistiharhat tai muut oudot kokemukset voivat olla harhaluuloisten uskomusten lähtökohtana kokevan ja arvioivan minän avulla selitettynä. Esimerkiksi kuullessaan hallusinatorisen äänen (kokeva minä) henkilö selittää (arvioi-

va minä) sen itseensä asennetuksi laitteeksi. Harhaluuloinen ajatus laitteesta tarvitaan, koska välitön kokemus ei ole sovitettavissa käsitykseen, mikä henkilöllä on itsestään eli arvioivan minän asettamissa rajoissa.

KOKEMUKSIIN SUHTAUTUMISEN MERKITYS

Morrison (1998) pitää psykoottisia ilmiöitä lähtökohtaisesti normaalin kokemuksen piiriin kuuluvina, jolloin ne eivät ole sinänsä vakavia ongelmia, ellei niistä tule pysyviä ja vaikeutuvia. Siihen, tuleeko koetuista psykoottisista ilmiöistä pysyviä vai ei, jääkö ihminen niihin kiinni vai jäävätkö ilmiöt ohimeneviksi, vaikuttaa keskeisesti se, kuinka ihminen suhtautuu psykoottisiin ilmiöihin ja kokemuksiin. Tuohon suhtautumiseen vaikuttaa se, kuinka hän ymmärtää ne ja mitä ne hänelle ovat (vrt. esim. ”ohimenevän ylläsurun aikaansaamia” tai ”mukaansa tempaisevan pimeän hulluuden merkkejä”).

Lintunen (2004) haastatteli ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneita nuoria aikuisia heidän sairastumiseensa ja sairaalahoitoon liittyvistä kokemuksistaan. Neljästä tutkimukseen osallistuneesta potilaasta kaksi oli viimeisen haastattelun ajankohtana toipunut ja valmis kotiutumaan. Tutkijan mukaan toipuneet potilaat löysivät hoidon aikana uuden tulkinnan sille, mitä heille oli tapahtunut ja että he olivat hoidon päätyttyä lähdössä jatkamaan arjen elämäänsä tämän tulkinnan kanssa. Sen sijaan potilailla, jotka eivät olleet toipuneet oli vaikeuksia löytää uutta tulkintaa (Lintunen 2004). Se, tulkitsivatko potilaat psykoosiinsa liittyvät tapahtumat ja kokemukset uudella tavalla

hoidon kuluessa, liittyi heidän toipumiseensa. Kun uusi tulkinta edesauttaa uudenlaisen suhteen muodostumista psykoosiin, se on paremmin liitettävissä yksilön persoonaan ja elämäntarinaa.

Hänninen (2003) kuvaa sairastumista ja kuntoutumista tarinallisesta (narratiivisesta) näkökulmasta. Ensimmäiset tarinalliset haasteet sairastumisen yhteydessä liittyvät elämän ymmärrettävyyden palauttamiseen ja omien kokemusten hyväksymiseen. Eräänlaisen ensiavun tarinattomaan tilanteeseen muodostavat kertomukset sairaudesta, sen puhkeamisesta ja etenemisestä. Hänninen (2003) ei käsittele erityisesti psykoosia, mutta hänen lähestymistapansa soveltuu hyvin myös siihen: ”...kaotoittisen ja oudon kokemuksen muuttaminen tarinaksi ikään kuin kesyttää tuon kokemuksen” (Hänninen, 2003, s. 144). Kuntoutumisen myötä sairaus tulee osaksi elämäntarinaa. Tarinallinen tyhjiö voi täyttyä uudenlaisilla tavoilla joko tarinan muuttumisen tai tarinoiden vaihtoehtoisuuden oivaltamisen kautta (Hänninen 2003).

Sellaista tilannetta, että psykoosi on liitettävissä omaan elämäntarinaa kutsutaan integroivaksi toipumistyyliksi (Birchwood, Fowler, & Jackson, 2000). Koteloitumisen toipumistyyli sen sijaan tarkoittaa tilannetta, missä psykoosiin sairastunut henkilö pyrkii sivuuttamaan sairastumisen ja eristämään psykoosikokemukset omasta elämäntarinastaan (Birchwood ym., 2000). Koteloitumiseen ei liity psykoosin ymmärtämistä ja se altistaa uusille psykoosijaksoille, kun sen sijaan integroiva tyyli tukee selviytymistä.

VAIHTOEHTOINEN SUHDE
PSYKOOSIKOKEMUKSIIN

Brabbanin ja Turkingtonin (2002) mukaan skitsofreniadiagnoosin saaminen voi itsessään olla traumaattista. Kognitiivisen terapian näkökulmasta se luo tarpeen terapeutin ja potilaan yhteiselle työskentelylle potilaan tilanteen ja psykoosin käsitteellistämiseksi hänen elämäntarinassaan ymmärrettävällä tavalla (Brabban & Turkington, 2002). Käsitteellistäminen auttaa potilasta muodostamaan vaihtoehdoisen ymmärryksen ongelmistaan (Morrison ym., 2004). Toskalan (1996) mukaan yksi keskeinen terapian myötä tapahtuneen suotuisan muutoksen merkki on itsensä käsitteellistämisen ja jäsentyneisyyden paraneminen.

Psykoosien kognitiivisen psykoterapian keskeinen lähtökohta on psykoottisten ilmiöiden näkeminen samalla jatkumolla ns. normaali-ilmiöiden kanssa (Kingdon & Turkington, 1994; Strauss, 1969). Se on johtanut psykoterapeuttiseen lähestymistapaan, jota kutsutaan normaalistamiseksi. Normaalistamisessa autetaan potilasta hahmottamaan omat psykoottiset kokemuksensa ja ilmiönsä osana tavallista elämään kuuluvaa vaihtelua, vaikka kokemukset ehkä sijaitsevatkin tuon vaihtelun ääripäässä. Normaalistaminen ei merkitse psykoosiin liittyvän kärsimyksen väheksymistä tai huomiotta jättämistä. Frenchin ja Morrisonin (2008) mukaan psykoottisen kokemuksen ja sen kontekstin yhteyden hahmottaminen voi auttaa kokemuksen normaalistamista ja tarjota toimivan vaihtoehdoisen selityksen kyseisille kokemuksille. Siten normaalistaminen tarjoaa vahvan työvälineen psykoositerapiassa pyrittäessä avaa-

maan potilaalle vaihtoehtoisia näkökulmia ja suhdetta psykoosikokemuksiin.

Psykoosin ja sen kehittymisen mallit voivat auttaa kehittämään vaikeiden oireiden ymmärtämiseksi vaihtoehtoisia yksilöllisiä malleja, jotka voivat olla potilaiden kannalta hyväksyttävämpiä (Morrison ym., 2004) ja siten tukevat vaihtoehdoisen, ei sairauteen perustuvan minuuden tai minäkuvan luomista. Hänninen (2003) näkee kuntoutumisen edellyttävän uutta kuntoutujan identiteettiä, jonka tavoitteena on sairastumisen jälkeisen uuden minuuden etsintä. Se on tärkeää myös sairauteen liittyvän sosiaalisen leimautumisen (stigman) ehkäisemiseksi tai kestämiseksi (Morrison ym., 2004). Koetun leiman tärkeydestä mahdollisena psykoosia ja psykoosialttiutta ylläpitävänä tekijänä kertoo se, että ensipsykoosin jälkeinen sosiaalinen ahdistuneisuus liittyy keskeisimmin henkilön kokemaan stigmatisoitumiseen (Birchwood ym., 2006).

Chadwick (2006) korostaa reaktiivisen ja hyväksyvän suhteen psykoottisiin kokemuksiin merkitystä psykoosista toipumisessa. Reaktiivinen suhtautuminen on kokemusta välttävä, sitä vastaan taisteleva, sitä pakeneva tai arvosteleva asenne, joka johtaa kokemuksen pitkittymiseen ja kärsimykseen. Hyväksyväsä suhtautumisessa kokemusta ei pyritä välttämään, vaan käännytään sitä kohti, pyritään ottamaan psykoottinen kokemus vastaan ja hyväksymään se sillä hetkellä olemassa olevana asiana. Hyväksyvä suhde edesauttaa psykoottisesta kokemuksesta irti pääsemistä siihen juuttumisen sijaan (Chadwick, 2006). Chadwick pyrkii edistämään hyväksyvää suhdetta tietoisuustaitojen kehittämisen avulla.

TUTKIMUKSELLINEN NÄKÖKULMA

Meta-analyysin mukaan kognitiivinen terapia tuo psykoosin hoidossa tilastollisesti merkitsevää vaikutusta masennukseen, ahdistukseen, positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin ja toimintakykyyn, mutta se ei vaikuta psykoosin uusiutumiseen (Wykes, Steel, Everitt, & Tarrrier, 2008). Eniten hyötyvät potilaat, joilla on vakaat ja pysyvät, mutta hankalat positiiviset oireet, joihin lääkehoito ei juuri vaikuta. Garety ym. (2008) tulevat päätelmään, että yleistä psykoosien kognitiivista terapiaa ei tule pitää itsestään selvänä suosituksena psykoosin uusiutumisen ehkäisemiseksi ihmisillä, joilla on lähiaikoina koettu uusiutuminen, vaan suunnata terapia edellä mainitulle siitä eniten hyötyvälle ryhmälle. Kuitenkin, kuten Scott (2008) toteaa, satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset (joihin mm. edellä olevat terapian tuloksellisuuden arviot perustuvat) raportoivat tuloksia ryhmätasolla, mutta terapeutit hoitavat yksilöitä. Voikin olla, että terapian vaikutusten tutkimiseksi olisi ryhmätutkimusten ohella hyödyllistä käyttää toisenlaista tutkimuksellista otetta.

Yksilöllisten kognitiivisten terapiaprosessien tutkiminen voi tuoda lisätietoa siitä, mikä auttaa psykoottisia ihmisiä ja millä eri tavoilla eri yksilöt voivat edistyä terapiassa. Tuollaisiin yksilöllisiin prosesseihin kohdistuvaa tutkimusta ei psykoosien kognitiivisen terapian piirissä ole juuri tehty, toisin kuin esim. narratiivisen terapian alueella (Holma & Aaltonen, 1995; Lysaker & Lysaker, 2004).

Tämä tutkimus pyrki avaamaan ryhmätason tutkimusten rinnalle toisenlaista tutkimuk-

sellista näkökulmaa siihen, kun selvitetään psykoosista toipumista ja kognitiivisen terapian edesauttamista siinä. Tutkimuksessa pyrittiin paneutumaan perusteellisesti yksilöiden kokemuksiin teemahaastattelun ja sisällönanalyysin avulla.

Tutkimus tarkastelee yksilöllistä muutosprosessia psykoosin kognitiivisessa psykoterapiassa. Tavoitteena on selvittää, minkälaisia tutkimushenkilöiden käsitykset omista psykoottisista kokemuksistaan olivat ja muuttuivatko ne kognitiivisen psykoterapian aikana.

Tutkimuksen toteuttaminen

TUTKIMUSHENKILÖT JA INTERVENTIO

Tutkimushenkilöt olivat tutkijan potilaita psykiatrisessa avohoidossa psykoosipoliklinikalla. Kaikilla oli psykoosioireita ja psykoosidiagnoosi. Tutkimuksen alkaessa tutkimuspotilaat valikoituivat siten, että tutkijan terapia- tai tutkimusjaksolle tulevilta uusilta potilailta tiedusteltiin suostumusta tutkimukseen. Potilaiden suostumusta tiedusteltiin tutkimushaastatteluihin ja terapiajaksoon sekä haastattelujen ja terapiaistuntojen äänitallentamiseen. Terapiaistunnot tallennettiin mahdollisia lisäanalyysje varten, vaikka niitä ei lopullisessa tutkimuksessa käytetty. Kolme ensimmäistä suostumuksen antanutta potilasta valikoitui tutkimukseen. He antoivat myöhemmin suostumuksensa myös terapiakeskustelujen otosten ja tapauskuvausten julkaisemiseen. Yksi potilas jouduttiin jättämään tutkimuksesta, koska hän ei suostunut terapiaistuntojen tallentamiseen. Potilaiden kohdalla toteutettiin psykoterapiajakso. Tau-

lukossa 1 on esitetty tutkimushenkilöiden tiedot tutkimuksen alkaessa iän, diagnoosin ja hoitohistorian osalta. Kaikki kolme olivat naisia. Tutkimushenkilöistä käytetään keksittyjä etunimiä ”Marja”, ”Laila” ja ”Tiina”.

Kaikki henkilöt käyttivät antipsykoottista lääkitystä tutkimuksen aikana. Tutkimushenkilöiden sairastamisen ja hoidon historiat erosivat toisistaan. Kunkin tilanne kuvataan tuloksien yhteydessä.

Tutkimushenkilöiden kanssa käytettiin psykoosin kognitiivisen terapian periaatteita ja menetelmiä. Terapian toteuttaminen oli yksilöllistä ja se ei tapahtunut ns. käsikirjan pohjalta. Yhteistä terapiaprosesseissa oli pyrkimys vaihtoehtoisen merkityksen rakentamiseen psykoottisille kokemuksille, joltain osin myös potilaan minäkäsitykselle.

Käytetyt interventiomenetelmät olivat ongelmien määrittely ja listaaminen, käsitteellistäminen (oireiden, kokemusten ja sairastumisen osalta), normalistaminen, psykoosiin johtaneiden vaiheiden hahmottaminen ja tarinallistaminen, vaihtoehtoisten selityksien kehittäminen, uusiutumisen ehkäisy ja välitehtävät. Kunkin tutkimushenkilön yksi-

öllistä terapiaprosessia tutkimusajalta kuvataan tuloksissa.

TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimushenkilöt haastateltiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla, joka äänitettiin nauhoittamalla tai digitaalisesti (haastattelulomake liitteenä 1). Haastattelutilanteet olivat etukäteen sovittuja ja haastattelut olivat terapiasta erillisiä keskusteluja. Haastatteluteemat on esitetty taulukossa 2.

Psykoottisen kokemuksen koettu laatu myönteisyys-kielteisyys akselilla nähdään merkittävänä tekijänä kokemuksiin suhtautumisessa. Äänien kuulemisen osalta on havaittu, että pahantahtoisiksi koetut äänet herättävät kuulijassaan vastustusta tai hyvittämissäytymistä (käskevien äänien kohdalla riippuen käskyn vakavuudesta), kun taas hyväntahtoisiksi koettuihin ääniin liittyy kuulijan sitoutuminen niihin (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996; Byrne, Birchwood, Trower & Meaden, 2006). Kokemusten sijoittaminen normaalisuuden jatkumolle on vahva työkalu suhtautumisessa psykoottisiin kokemuksiin vaihtoehtoisia

Tutkimushenkilö	Ikä	Psykoosidiagnoosi, kuinka pitkään ollut (vuotta/kk)	Hoidon piirissä nykyisten ongelmien vuoksi (vuotta/kk)
Marja	32	8 vuotta	8 vuotta
Laila	37	14 vuotta	1 vuosi
Tiina	24	3 kuukautta	5 kuukautta

TAULUKKO 2. PUOLISTRUKTUROIDUN HAASTATELUN TEEMAT JA TEEMOJEN SISÄLLÖT		
Teema		Sisältökuvaus
1	Kokemuksen laatu	Myönteisyys/kielteisyys/neutraalius
2	Normaalius	Normaalius, tavanomaisuus, inhimillisyys vs. epänormaalius outous, patologisuus
3	Sosiaalinen suhtautuminen	Ympäristön suhtautuminen: tavanomainen ja ymmärtävä vs. oudoksuva ja leimaava,
4	Suhde kokemuksiin	Suhtautuminen, ajattelu, oletukset, selitykset; mistä kokemuksissa on kysymys; hyväksymisen aste
5	Vaikutus minäkuvaan	Kuva itsestä, millainen on: vaikuttaako minäkuvaan

näkökulmia tarjoavalla ja toipumista edistävällä tavalla (esim. Kingdon & Turkington, 1994). Sosiaalinen suhtautuminen ja leimaantumisen (stigmatisoitumisen) kokeminen on merkittävä vaikuttaja psykoosiin sairastuneen käyttäytymiseen ja hyvinvointiin. (Morrison, ym. 2004). Suhde kokemuksiin -teema viittaa henkilön ajatuksiin oireista ja kokemuksista, siihen kuinka hän ymmärtää ja selittää ne, sekä lisäksi kuinka hyväksyvä/ei-hyväksyvä hänen asennoitumisensa on.

Ymmärrettävät selitysmallit oireille tukevat henkilön toipumista (Morrison ym. 2004) sekä tarjoavat toiveikkuutta ja vaihtoehtoisia tulevaisuudennäkymiä, päinvastoin kuin epärealistiset, pessimistiset tai jotkin sairauskeskeiset mallit ("parantumaton sairaus, johon ei voi vaikuttaa"). Chadwickin (2006) esiin nostama hyväksymisnäkökulma puolestaan on tärkeä, koska on oletettavaa, että ei-hyväksyvä, kieltävä suhtautuminen edistää psykologista kiinni jäämistä oirekokemuksiin. Varsinkin nuoren ihmisen kohdalla psykoosiin sairastumisen vaikutus

minäkuvaan voi olla suuri ja yleensä negatiivinen. Yksi keskeinen merkityksenanto on oman erilaisuuden kokeminen, joka helposti lisää ja vahvistaa vetäytyvää käyttäytymistä (French & Morrison, 2008).

Tutkimushenkilöt haastateltiin terapiajakson alkuvaiheessa tai sitä edeltävän tutkimusjakson aikana. Haastattelu toistettiin terapiajakson päättyessä tai sovitussa terapian arviointikohdassa, jonka jälkeen terapia saattoi jatkua. Haastattelija ja terapeutti olivat sama henkilö (tutkimuksen tekijä, SA). Haastattelu alkoi haastattelijan yhteenvedolla potilaan keskeisistä psykoottisista kokemuksista, minkä jälkeen haastattelu eteni teemoittain. Haastattelujen ajankohdat ovat taulukossa 3.

AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYSOINTI

Haastatteluissa ja aineiston käsittelyssä käytettiin teemahaastattelun ja sisällönanalyysin periaatteita (Hirsjärvi & Hurme, 1995). Haastattelut tallennettiin, litteroitiin ja lit-

teroiduista vastauksista tehtiin tiivistelmät. Haastattelut kestivät n. 20-40 minuuttia. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 39 sivua (riviväli 1). Tiivistelmään poimittiin tutkimushenkilön kuhunkin kysymykseen ja teemaan liittyvästä vastauspuheesta olennaiset, teemaan kuuluvat maininnat.

Teemaan kuuluvia poimintoja ensimmäisessä ja toisessa haastattelussa verrattiin toisiinsa kunkin tutkimushenkilön kohdalla erikseen. Kunkin tutkimushenkilön kohdalla tehtiin viisi vertailua. Esimerkiksi normaalisuustee- man kohdalla henkilö saattoi ensimmäisessä haastattelussa nimittää kokemuksiaan epänormaaleiksi tai kummallisiksi ja toisessa haastattelussa vastaavasti korostaa kokemuksissa olevan tavanomaisuutta tai mainita niiden olevan vain hieman epänormaalin puolella. Tuloksissa edellä oleva kuvattaisiin siten, että tutkimushenkilön suhtautuminen on muuttunut normaaliuden suuntaan.

Tulokset

Tulokset esitetään tutkimushenkilöittäin. Vastauksista esitetään näytteet rinnastaen ensimmäinen ja toinen haastattelu.

MARJA

Marja oli opiskelija, joka oli kokenut neljä rankkaa akuutin paranoidisen psykoosin jaksoa kahdeksan vuoden aikana. Akuuttien jaksosten välillä hän oireili kuulemalla ääniä jatkuvasti tai vähintään päivittäin. Arkielämässä hänellä oli sosiaalisia kontakteja, mutta ajoittain hän vetäytyi niistä täysin. Harhaluuloisuus merkitsi sitä, että hän oletti ulkopuolisen tahon vaikuttavan itseensä. Akuuttien jaksosten aikana hän oli sairaalahoidossa. Psykoteraapia alkoi sairaalahoidon jälkeen.

Marjan terapian alussa keskityttiin noin puoli vuotta kestäneeseen ajanjaksoon, jon-

TAULUKKO 3. TUTKIMUSHAASTATTELUJEN AJANKOHDAT.

Tutkimushenkilö	Haastattelu 1		Haastattelu 2		Terapian jatkuminen
	Kuinka mones tapaamiskerta terapeutin kanssa?	Kuinka monta viikkoa 1. tapaamisesta?	Kuinka mones tapaamiskerta haastattelu 1:n jälkeen?	Kuinka viikkoa haastattelu 1:n jälkeen?	
Marja	8	10	21	28	jatkui
Laila	2	1	14	28	ei jatkunut
Tiina	7	13*	5**	11	jatkui

*Ensimmäisen tapaamisen jälkeen Tiinalla oli sairaalahoidonjakso ja aikaa ensimmäisen ja toisen tapaamisen välillä oli 5 viikkoa.

**Sisältää yhden tapaamiskerran psykologian opiskelijan kanssa. Opiskelija oli ollut mukana tutkimustapaamisissa neljä kertaa ennen ensimmäistä nauhoitusta, perehtynyt kirjallisuuteen aiheesta ja saanut aiheeseen liittyvää työnohjausta.

ka aikana psykoosi puhkesi. Rakentamalla yksityiskohtaista tarinaa prosessista, joka johti akuuttiin psykoosiin, pyrittiin asioiden jäsentämiseen, ymmärryksen paranemiseen suhteessa sairastumiseen sekä sairastumisprosessin normaalistamiseen. Huomiota kiinnitettiin myös sairastumisen eri vaiheisiin liittyvien tunteiden kanssa työskentelyyn. Näin tehtiin esimerkiksi niiden tapahtumien kohdalla, joissa poikkeuksellinen käyttäytyminen aiheutti myöhemmin häpeää. Lisäksi alkuvaiheen terapiassa oli teemana masennuksen ja toimintakyvyn vaikeuksien kanssa selviytymisen tukeminen. Marjan haastattelujen väliin jäänyt aika (28 viikkoa) oli pisin ja terapiakertojen määrä haastattelujen välissä (20) oli suurin tutkimushenkilöiden joukossa.

Marjan muutokset terapiajakson aikana olivat psykoosiin suhtautumisen lievä normaalistuminen, psykoosin käsittämisen huomattava jäsentyminen ja psykoosikokemuksiin liittyvien teemojen rikastuminen, lisääntynyt erittelemisen sekä lisääntynyt vastausten määrä. Tunnetila suhtautumisessa kokemukseen muuttui hämmentyneestä ja väsyneestä häpeäksi. Marjalle kokemukset psykoosiin liittyen olivat selkeästi kielteisiä molemmilla haastattelukerroilla. Ympäristön suhtautumisessa Marja koki molemmilla haastattelukerroilla sekä kielteistä ja oudoksuvaan että tavanomaisena pysyvää ja tukevaa suhtautumista. Marjan kuvaama psykoottisten kokemusten vaikutus minäkuvaan oli molemmissa haastatteluissa melko vähäinen.

Suhtautumisessa psykoosikokemuksen luonteeseen tapahtui huomattava muutos. Ensimmäisessä haastattelussa käsitys psykoosikokemuksista oli hyvin epämääräinen ja esille

tulleet tunnekokemukset olivat hämmentyneisyys ja väsyneisyys.

”(...) oma suhtautuminen on hämmentynyt (...) emmä oikein tiedä mitä ajatella koko ilmiöstä. Et kuitenkin se on niin vahva ja imee kaiken (...) elämän ja energian (...) et semmonen takki tyhjänä kokemus (...) etten mä oikein tiedä sit et mitä ajatella tai miten suhtautua.”

Toisessa haastattelussa käsitys psykoosikokemuksista oli hyvin jäsentynyt ja tunnekokemus oli häpeä.

”(...) kyse on siitä, että mun aivoissa tapahtuu jotakin, (...) joka saa sitten nämä oudot ilmiöt aikaseks, tai tämmösen toisen kokemusmaailman, johon (...) sitten mä uppoudun (...) täydellisesti psykoosissa, ja niin kauan kun mä olen jonkun verran raiteillani niin mä saan eroteltua tämän maailman ja toisen maailman niinku erilleen. (...) psykoosissa mä olen semmosen kokonaisvaltaisen kokemuksen vallassa, joka (...) vastaa sitä minun maailmaani väkivaltaisena ja kaoottisena, (...) että semmossa tilassa mä olen psykoosissa. (...) kokemus on sillon niin (...) aito kokemus, että (...) sitä ei voi väistää, sitte siihen liittyy aktiivisuutta, kiihtyneisyyttä, tämmöstä ylivoimaisuuden tuntoa, (...) kuvittelee, et pystyy tekemään ihan mitä vaan ja olemaan ihan miten vaan ja samalla ne käyttäytymisnormitkin sitte hukkuu et mitä voi tehdä ja mitä ei voi tehdä.”

Marjan terapiassa psykoottisen jakson kehittymisen tarkan tarinallistaminen auttoi jäsentämään psykoosia ja korvaamaan sen selittämättömyyttä jäsentyneemmällä näkemystavoilla. Tämä lisäsi psykoosikokemuksen ymmärrettävyyttä ja hyväksyttävyyttä, mutta samalla ikään kuin avasi mahdollisuuden kokea kipeitä psykoosiaikaan liittyviä tunteita, kuten häpeää, jolloin tunteet oli mahdollista ottaa mukaan terapiatyöskentelyyn.

LAILA

Laila oli kuntoutuspsykiatrian palvelujen piirissä oleva potilas ja hänet ohjattiin määrääkaiseen kognitiiviseen terapiaan psykoosin uusiutumisen ehkäisyn parantamiseksi. Laila oli ollut psykiatrisen hoidon piirissä n. 14 vuotta. Ennen kuntoutuspsykiatriaa hänellä oli sairaalahoitajakso akuutin psykoottisuuden ja itsemurhayrityksen vuoksi.

Lailalla oli hyvin monenlaisia ongelmia. Terapiassa käytettiin jonkin verran aikaa ongelmien listaamiseen ja jäsentämiseen. Listaan tuli 12 ongelmaa: pelko, huono itseluottamus, väsymyksen pelko, jännittäminen, äänien kuuleminen, paniikkioireet, sairauden merkit jäävät huomaamatta, vaikeus uskoa myönteiseen ajatteluun, kriisin kokemisen vaikeus, ajatukset pyörivät suorittamisen ympärillä, itsemurha-ajatukset tuntuvat ratkaisuilta. Niitä kaikkia pystyttiin terapian aikana vaihtelevassa määrin käsittelemään. Ongelma-alueiden perusteella muodostettiin tavoitteita. Terapiassa tutkittiin tilanteita, joissa Lailan oudoilta tuntuvat kokemukset ja psykoottiset oireet vaikeutuivat. Noihin tilanteisiin etsittiin ulospääsykeinoja. Lailan kanssa rakennettiin käsitteellistämismalli, mikä satoi eri ongelmat toisiinsa ja teki psykoosin ja itsemurha-aikeiden kehittymisen ymmärrettäväksi. Toinen kognitiivinen jäsentämismalli auttoi ymmärtämään paniikkioireita. Terapian loppupuolella keskityttiin varsinaiseen uusiutumisen ehkäisyyn, kuten työskentely varhaisten varoitusmerkkien ja selviytymiskeinojen suhteen. Laila teki istuntojen välillä paljon itsenäistä työtä, esimerkiksi jäsensi asioita kirjoittamalla ja täytti psykoosin uusiutumisen ehkäisyyn liittyvää työkirjaa).

Kokemuksen laadun Laila koki molemmissa haastatteluissa sekä myönteisenä että kielteisenä ja tämä vaihteli oman olotilan tai sairauden vaikeusasteen mukaan. Tosin toisessa haastattelussa hän toi esille myönteisen ja kielteisen välimuodon, millaista ei tullut esille ensimmäisessä haastattelussa. Normaalius suhteessa kokemuksiin tuli esille terapian päättyessä vähemmän kuin alussa. Kuitenkin Lailan käsitys kokemusten epänormaaliudesta muuttui ymmärrettävämmäksi siten, että hän liitti epänormaaliuden kiireeseen, stressiin ja suorittamiseen. Ensimmäisessä haastattelussa epänormaaliuteen liittyi itsensä kokeminen ”hulluna” ja eristäytyneenä muusta maailmasta. Sosiaalisessa suhtautumisessa kielteinen suhtautuminen tuli esille voimakkaammin toisella tutkimuskerralla. Toisessa haastattelussa hän kuvasi läheisten suhtautumista, sen sijaan ensimmäisessä haastattelussa hän kuvasi vieraiden ihmisten suhtautumista. Oma hyväksyvä suhtautuminen kokemuksiin kasvoi. Psykoottisten kokemusten vaikutus minäkuvaan väheni. Minäkuva muuttui terveempään, kykenevämpään ja hyväksyvämpään suuntaan.

Vaikutusta minäkuvaan Laila koki ensimmäisessä haastattelussa hyvin paljon.

”(...) ihmiset kokee minut hulluna, joskus, ja sit saattaa itsekin kokea itsensä hulluna, et tulee semmonen et epävarmuus on aina olemassa että miten tästä eteenpäin ja ...”

”...et miten pystyy niinku arkielämässä selviytymään ja miten pystyy jostain koulutuksista selviytymään mitä muilla on odotuksia koulutuksen suhteen ja se ois itsellekin hyvä, mutta se et miten pystyy kohtaamaan sen oman tavallaan niinku huonommuuden siinä mielessä että omat voimavarat ei riitä niinku usein

terveillä ihmisillä, ettei pystykään semmisiin suorituksiin tai semmisiin tuloksiin kuin moni muu ja sit kuitenkin et käsittää itsensä hyvänä ihmisenä ja luottaa itseensä ja näkee elämänsä valoisana nii se on joskus niinku kun tulevaisuutta ajattelee ja kun nuorena ajatteli tulevaisuutta ja tiesi et on tämmönen suvussa tämmönen perinnöllinen sairaus...”

”(...) kun sairaus on pahimmillaan se hallitsee sillain, että se niinkun turruttaa ja pysäyttää ja tekee semmosen että hetkinen meneeköhän kaikki sittenkään niin hyvin kuin olen ajatellut...”

Toisessa haastattelussa vaikutus minäkuvaan oli vähentynyt.

”(...) vaikka mä aina kauheesti pelkään että meneekö tää hulluus niille rajoille ja tuleeko musta hullu niin mä en kumminkaan usko et mä oon ihan täysin hullu et mä niinkun kumminkin uskon, et mullon semmonen terveempi puoli. Ja sitte mä oon aina epäilly et nää mun pahimmat niinku sairauden puolet, niinku just niinku sen itsemurhan miettiminen, ja sitte just niinku epäonnistumiset ja tämmöset, koulussa esimerkiks tai ystäväpiirissä, et ne johtuu myös siitä, ei välttämättä hulluudesta vaan siitä, et mullon ongelmia, et mä en oo käsitellyt niitä ongelmia (...)”

”(...) mulla aina pääs semmoset hirveet pelot etenee kun mä aattelin sitä mun diagnoosia, mutta kyllä mä niinku sitte totuin siihe ja sit mä oon yrittäny ihan rauhallisesti suhtautua kuitenkin ja pitää sitä luonnollisenakin että, suvussa on ollu sellasta hulluutta ja sitte kun on lahjakkuutta ja taiteellisuutta ollu sit molemmissa suvuissa ninku isän ja äidin puolelta, niin se voi myös tuoda semmosta herkkyyttä, et sitä on vähän yliherkkä tietyille asioille.”

Kokemus itsestä ”hulluna” ei ollut niin vahva kuin ensimmäisessä haastattelussa, ja usko

omaan terveempään puoleen oli vahvemmin ja selkeästi ilmaistu. Ensimmäisessä haastattelussa korostuivat sairauden kielteiset vaikutukset elämän haasteista selviytymiseen, toisessa haastattelussa hän näki vastoin käymisten johtuvan käsiteltävissä olevista ongelmista, eikä hulluudesta. Ajatukset perinnöllisyydestä muuttuivat siten, että hän näki perinnöllisyyden ensin tulevaisuutta rajoittavana tekijänä, ja toisessa haastattelussa herkkyyden ja yliherkkyyden lähteenä, joka liittyi myös lahjakkuuteen ja taiteellisuuteen.

Lailan terapiaprosessissa ongelmien jäsentäminen, käsitteellistäminen ja niiden keskinäisten kytkentöjen tutkiminen muutti kuvaa omasta psykoosista ymmärrettävämmäksi ja hyväksyttävämmäksi, vaikkakaan ei varsinaisesti normaalimmaksi (tosin epänormaaliuden perusta oli jäsentyneempi ja ymmärrettävämpi). Minäkuvan muuttumista kykenevämpään suuntaan auttoi terapian konkreettinen luonne: varoitusmerkkien hahmottaminen ja selviytymiskeinojen rakentaminen ja Lailan oma aktiivinen panos (välitehtävät) tässä. Konkreettisuus voi merkitä vaikutusmahdollisuuksien ja siten toiveikkuuden lisääntymistä.

TIINA

Tiina oli opiskelija, joka ohjattiin psykoosipoliklinikalle Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöltä psykoosioireiden vuoksi. Ennen varsinaista hoidon käynnistymistä poliklinikalla Tiinalla oli sairaalahoitajakso akuutin psykoosin vuoksi. Akuutissa vaiheessa Tiinalla oli kuulo- ja näköhallusinaatioita sekä harhaluuloja siitä, että häneen kohdistetaan tutki-

muksia ulkopuolelta käsin. Harhaluulo jatkui vielä sairaalahoidon jälkeen kuten myös vähäinen äänien kuuleminen.

Tiinan psykoterapia alkoi akuutin vaiheen tutkimus- ja kriisihoitotyypillisellä työskentelyllä. Varsinainen ensimmäinen sovittu aikarajallinen terapiajakso toteutettiin vasta tämän tutkimuksen jälkeen. Käytännössä kognitiivinen psykoterapia oli käytössä psykoosin hoidossa potilaan ensimmäisestä tapaamisesta lähtien (ensimmäinen tutkimushaastattelu tehtiin seitsemännellä tapaamisella). Psykologian opiskelija oli mukana neljällä tapaamisella ennen ensimmäistä tutkimushaastattelua sekä tapasi Tiinan kahden kesken kerran ennen toista tutkimushaastattelua. Opiskelija oli perehtynyt psykoosin kognitiiviseen terapiaan sekä kirjallisuuden perusteella että terapeutin ohjaamana, joten hänen työskentelynsä todenäköisesti noudatti kognitiivisen psykoositerapian linjoja.

Terapeuttinen työskentely siis alkoi jo ennen ensimmäistä tutkimushaastattelua. Haastattelua edeltävällä tapaamisella laadittiin ongelmaluettelo. Haastattelun jälkeen terapiassa rakennettiin ymmärtämismallia (käsitteellistäminen) harha-aistimusten suhteen, jolla pyrittiin selittämään harha-aistimuksia ylläpitävää ja vahvistavaa kehää. Ennen sairastumista potilaan elämään sisältynyttä stressiä ja kuormitusta tutkittiin ja kartoitettiin tarkasti. Se sisälsi paljon normaalistavaa käsittelyä. Ensimmäiset merkit sairastumisesta etsittiin ja niitä oli havaittavissa kahdesta kolmeen kuukautta ennen ensimmäistä hoitoon hakeutumista. Psykoottisten kokemusten sisältöjä käytiin läpi.

Tiinan muutokset olivat psykoottisten kokemusten kielteisyyden lievä väheneminen ja tunnekokemuksen muuttuminen pelosta stressaavuudeksi ja väsyttävyydeksi. kielteisyttä lievensi oman ymmärtävän suhtautumisen lisääntyminen. Kokemukset tulivat jonkin verran normaalimmiksi ja niiden jäsentyneisyys lisääntyi lievästi. Aluksi suhde psykoosiin jäsenyi sairausnäkökulmasta ja myöhemmin stressinäkökulmasta. Vaikutus minäkuvaan lisääntyi jonkin verran sisältäen sen, että hän koki muuttuneensa heremmäksi. Sosiaalisen suhtautumisen osalta Tiinan käsitys ei muuttunut. Molemmilla haastattelukerroilla hän koki saaneensa osakseen tavanomaista, myönteistä ja ymmärrettävää suhtautumista eikä kokenut tulleen leimautuneeksi.

Käsitys psykoottisten kokemusten normaalisuudesta muuttui haastattelujen välillä. Ensimmäisessä haastattelussa kokemukset olivat Tiinalle hyvin outoja ja epänormaaleja.

”Outoja (...) se kaikki tapahtu vähän niinkun kertarysäyksellä (...) niitä tuntemuksia tuli jatkuvasti ja äänet oli jatkuvia (...) kyllä se outoo on, et ei se mitenkään normaalia elämää ollu, et en mä normaalisti syöny esimerkiksi tai nukkunu, niin ei se sitte ei se normaalia ollu.”

Toisessa haastattelussa tuli esille kokemusten pitäminen sekä epänormaaleina että normaaleina.

”No on ne kummallisia (...) emmä ainakaan vielä oo (...) niitä normaaleiksi kokemuksiksi itelle luokitellu (...) tietenkki ois hyvä jos pysytys ne sillä tavalla ajattelemaan et se on ihan niinku jokapäiväinen asia et se vaan kuuluu ja siihe on sopeuduttava mut kyl jotenkin (...) mä (...) vierastan niitä kaikkee.”

”Tai ehkä siinä mielessä normaalina, että jos rupiaa ajattelleen sitte sitä, että olin niin stressaantunu silloin (...) sitte ehkä (...) ajattelee että se oli normaali sitä kautta, että se oli normaali reaktio siihen stressiin ja väsymykseen, (...) et siinä mielessä sen voi ymmärtää.”

Tiinan terapian aikana kokemus psykoosista muuttui pelottavasta sairausnäkökulmasta ymmärrettävämpään stressinäkökulmaan psykoosivaiheen aiheuttajana. Harha-aistimusten käsitteellistäminen on voinut lisätä niiden yhteyttä pitkään jatkuneeseen ylikuormitukseen (stressiajattelu) ja kuormituksen kasaantumisen hahmottaminen terapiassa vähitellen psykoosin johtavana polkuna on voinut avata mahdollisuutta tähän vaihtoehtoiseen näkökulmaan. Ylikuormitusnäkökulma johti terapiassa siihen, että Tiinan kanssa käsiteltiin keinoja kuormituksen säätelemiseen ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Keinoja olivat lähinnä sosiaalisesta ja toiminnallisesta aktiivisuudesta huolehtiminen.

Pohdinta

Tutkimuksen mielenkiinnon kohteena oli yksilön suhde ja suhtautuminen omiin psykoosikokemuksiinsa ja tuon suhteen mahdollinen muuttuminen terapiaprosessin aikana. Suhdetta psykoosikokemuksiin tutkittiin teemahaastattelulla kahdessa eri ajankohdassa ja muutoksia näiden ajankohtien välillä tarkasteltiin.

Tutkimuksen kohteena olleet kolme terapiaprosessia eivät ole keskenään vertailukelpoisia. Haastattelukertojen väliin jääneet terapiajaksot vaihtelivat pituudeltaan ja määrältään ja hoitokontaktin kesto ennen ensimmäistä haastattelua vaihteli. Tutkimushenki-

löt erosivat toisistaan sairastamisen keston suhteen. Terapiaprosesseja on syytä tarkastella erillisinä kokonaisuuksina. Kuitenkin on nähtävissä, että kaikilla tutkimushenkilöillä tapahtui suotuisia ja lähtökohtaoletusten mukaisia muutoksia samalla, kun heillä ei tapahtunut yksiselitteisiä kielteisiä, odotusten vastaisia muutoksia.

Marjalla normaaliuden kokemus lisääntyi ja suhtautuminen jäsenyi huomattavassa määrin. Alussa hänellä oli pelkästään ajatus siitä, kuinka psykoosikokemus vie kaiken energian. Toisessa haastattelussa hän kuvaili psykoottista kokemusmaailmaa, johon hän uppoutui ja johon liittyi kiihtyneisyyttä, väkivaltaisuutta, ylivoimaisuuden tuntoa ja käytäytymisnormien menettämistä. Vastausten erittelevyyden, pidentymisen ja yksityiskohtauuden lisääntyminen voi liittyä jäsenyneisyyden paranemiseen, mikä on Toskalan (1996) mukaan keskeinen merkki terapian tuomasta suotuisasta muutoksesta. Myös tunnetasolla voi nähdä jäsentymistä: epämääräisempi hämmentyneisyyden (ja väsyneisyyden) kokemus korvautui eriytyneemmällä tunteella, häpeällä. Hyväksyvän suhteen kokemuksiin (Chadwick, 2006) vahvistuminen on voinut avata kokemisen mahdollisuuksia kipeiden tunteiden suhteen. Marjan terapian aikana tapahtuneissa muutoksissa voidaan nähdä tarinallistamisen vaikutus. Sairastumisen koostaminen tarinaksi ”kesytti” (Hänninen, 2003) kaoottisen kokemuksen ja samalla vähensi traumaattiseen psykoosin kokemiseen liittyvää emotionaalista intensiteettiä. Sairastumisprosessin ja oireiden normalistamisen terapiassa voi myös olettaa alentaneen emotionaalista intensiteettiä. Emotionaalisen intensiteetin väheneminen on voinut vas-

tavuoroisesti tukea psykoosikokemusten jäsentymistä osaksi omaa elämäntarinaa, mikä taas tukee tilanteen hyväksymistä myönteisessä mielessä.

Laila pystyi hyväksymään kokemuksiaan paremmin ja hänen minäkuvansa muuttui selkeästi parempaan suuntaan (terveempi, kykenevämpi ja hyväksyvämpi). Psykoottiset kokemukset hallitsivat vähemmän minäkuvaa, hänen nähdessään vaikeuksien joutuvaan enemmän ongelmista eikä niinkään ”hulluudesta”. Lailan voi nähdä siirtyneen sairaan identiteetistä lähemmäksi kuntoutujan identiteettiä (Hänninen, 2003). Lailan kokema normaalius väheni. Tämä tulos ei ole yksiselitteinen, koska toisessa haastattelussa Laila toi esiin epänormaaliuden kokemisen tilannesidonaisuuden ja hän pystyi erittelemään, mistä epänormaaliksi kokeminen syntyy (kiire, stressi ja suorituskeskeisyys). Lailan kokema sosiaalinen oudoksuvuus ja leimaavuus lisääntyivät. Siitä on vaikea vetää johtopäätöksiä, koska hän käsitteli eri kerroilla eri tilanteita: ensimmäisessä haastattelussa vieraiden ihmisten suhtautumista ja toisessa haastattelussa läheisten suhtautumista. Lailan terapiassa ongelmien ja tavoitteiden asettaminen oli konkreettista ja siinä kehitettiin käsittämismallien ja normalistamisen avulla sairastamisen ymmärrettävyyttä. Myös itsenäinen työskentely oli merkittävää (välitehtävät, itsenäinen kirjoittaminen, uusiutumisen ehkäisyn työkirjan täyttäminen). Lailan terapiassa korostuivat siten potilaan toimijuus ja vaikutusmahdollisuudet omaan sairauteen ja toipumiseen liittyen. Voidaan nähdä, että Lailan muutos liittyi siihen, että hänelle alkoi muodostua vaihtoehtoinen suhde psykoosikokemuksiin (Morrison ym,

2004), mikä tässä tapauksessa näkyi erityisesti minäkuvan kohdalla. Kuva itsestä poikkeavana ja sairauden leimaavuus identiteetille vaihtuivat siihen, että potilas toi esille oman terveemmän puolen ja hahmotti vaikeudet ”hulluuden” sijaan ongelmoina. Lailan sairastamisen kesto oli tutkimushenkilöiden pisin. Voi olettaa, että pitempi sairastamisaika tekee todennäköisemmäksi sairauteen liittyvän identiteetin omaksumisen. Voi olla, että Lailan kohdalla terapia rohkaisi muutoksiin minäkuvan tasolla, missä tarve muutokseen oli olemassa.

Tiinan suhteessa psykoosikokemuksiin tapahtui muutosta kielteisen suhtautumisen vähenemisenä, normaaliuden lisääntymisenä ja jäsenyisyyden lisääntymisenä. Hänen näkökulmansa jäsenyi ja tarkentui siten, että aluksi hän ymmärsi psykoosin pääasiasa sairautena ja toisella haastattelukerralla hän näki stressin keskeisen merkityksen sairastumisessa. Tuossa voi nähdä yhtäläisyyttä Lintusen (2004) havainnon kanssa siten, että psykoottiseen ajanjaksoon liittyvä tulkinta muuttui, millä on yhteys toipumiskehitykseen. Psykoosin vaikutus minäkuvaan näytti selvästi lisääntyneen Tiinan haastattelujen välillä. Ensi silmäyksellä näyttää siltä, että tuollainen tulos ei ollut suotuisa. Tulos on kuitenkin tulkittavissa myös siten, että toisessa haastattelussa Tiina pystyi tunnistamaan ja erittelemään omaa muuttumistaan paremmin kuin ensimmäisessä haastattelussa. Tämän taustalla voi olla psykoottiseen jaksoon ja käyttäytymiseen kohdistuvan hyväksyvän suhtautumisen (Chadwick, 2006) jonkinasteinen esiintulo. Ensimmäisessä haastattelussa Tiina kuvaa elämän muutoksia toiminnan tasolla. Toisessa haastattelussa hän on

huolissaan tulevaisuudestaan ja sairauden vakavuudesta, haluaisi palata normaaliin elämään, havaitsee herkkyytensä sekä tunnistaa tunteitaan ja suhtautuu niihin hyväksyvästi.

Tiinan terapian keskeiset elementit olivat ongelmien jäsentäminen, stressiin ja kuormittumiseen painottuneen yhteisen ymmärryksen rakentaminen sairastumisesta sekä harha-aistimusten ymmärtämiseen tähtäävä työskentely. Näissä kaikissa elementeissä oli yhteinen normaalitapa (French & Morrison, 2008) näkökulma. On mahdollista, että Tiinan vastausten heijastama muutos kertoo toipumistyylin painotuksen muutoksesta koteloitumisesta integroivaan suuntaan (Birchwood ym, 2000), koska jälkimmäisellä kerralla hän on tietoinen huolistaan ja tunnekokemuksistaan, mikä voi edesauttaa psykoosivaiheen liittymistä rakentavalla tavalla hänen elämäntarinaansa. Kielteisyyden väheneminen suhteessa psykoosikokemuksiin voi myös viitata koteloitumisesta integroivuuteen avautumisen suuntaan. Terapiatyöskentelyn jäsentävyys ja ymmärryksen hakeminen mm. kuormituskehityksen kautta on voinut avata tai ehkäistä koteloitumista. On mahdollista nähdä, että arvioiva minä on terapiatyöskentelyn myötä pystynyt paremmin sisällyttämään itseensä aiemmat ja sen hetkiset välittömät kokemukset (Toskala & Hartikainen, 2005). Kielteisen suhtautumisen väheneminen psykoottisiin kokemuksiin on voinut merkitä reaktiivisen suhteen vähentämistä ja hyväksyvän suhteen lisääntymistä (Chadwick, 2006). Tällainen muutos johtaa Chadwickin (2006) mukaan siihen, että psykoottista kokemuksesta ”irti päästäminen” mahdollistuu paremmin. Tällainen muutos suhtautumisessa olisi merkittävä sen kannal-

ta, muodostuuko psykoottisesta kokemisesta enemmän ohimenevä vai pysyvä ilmiö (Morrison, 1998).

Tutkimuksen toteuttaja oli sama henkilö kuin terapeutti. Se voi tuoda mukanaan luotettavuusongelmia sikäli, että voidaan esittää haastattelujen erojen heijastavan tutkijan/terapeutin ja tutkimushenkilön terapiajakson aikana muuttunutta suhdetta. Esimerkiksi tutkimushenkilöt saattoivat kokea olonsa helpommaksi ja vähemmän ahdistuneeksi toisen haastattelun aikana, koska terapeutti oli silloin tutumpi ja yhteistyö oli paremmin käynnistynyt. Mikäli näin olisi, sen ei tarvitsisi viedä pohjaa siltä, että terapeuttinen työskentely on joka tapauksessa ollut merkityksellistä havaittujen suhtautumisen muutosten osalta. Sen puolesta puhuu myös muutosten luonne, joka pääsääntöisesti noudattaa psykoosien kognitiivisen terapian keskeisiä pyrkimyksiä ja siten tutkimuksen odotuksia.

Kaikkien tutkimuspotilaiden kohdalla on nähtävissä Toskalan (1996) terapian suotuisan muutoksen merkiksi nimeämä oman itsen käsitteellistämisen ja jäsentyneisyyden paraneminen. Kaikilla lisääntyi joko hyväksyvyys tai hyväksymistä tukeva normaalius suhteessa psykoosikokemuksiin. Nuo seikat puoltavat päätelmää, että kyseisessä tutkimuksessa käytetty lähestymistapa on potilaan kannalta suotuisa ja luo pohjaa psykoterapeuttiselle jatkotyöskentelylle. Chadwickin (2006) mukaan psykoottisten kokemusten hyväksyminen ja kohtaaminen edesauttavat niistä irti päästämistä. Psykoosien psykoterapian kehittämisen suhteen tutkimus korostaa myös sitä, että psykote-

rapia on tärkeä mukauttaa kunkin potilaan tilanteen mukaan huomioiden erityisesti sairastamisen kesto ja luonne, mitkä luovat pohjan suhtautumiselle psykoosikokemuksiin. Terapeuttiset elementit voivat olla eri terapiaprosesseissa samat, mutta etenemisjärjestys erilainen ja eri alueisiin käytetty aika ja työn määrä erilainen.

Lähteet

Bendall, S., McGorry, P., & Krstev, H. (2006). The trauma of being psychotic. An analysis of posttraumatic stress disorder in response to acute psychosis. Kirjassa Larkin, W. & Morrison, A.P. (toim.), *Trauma and psychosis. New directions for theory and therapy*. Hove: Routledge.

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.

Birchwood, M., Fowler, D., & Jackson C. (2000). (toim.), *Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester: Wiley.

Brabban, A., Turkington, D. (2002). *The search for meaning: Detecting congruence between life events, underlying schema and psychotic symptoms*. Kirjassa Morrison, A.P. (toim.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. Hove: Brunner-Routledge.

Byrne, S., Birchwood, M., Trower, P. & Meaden, A. (2006). *A casebook of cognitive behaviour therapy for command hallucinations. A social rank theory approach*. Hove: Routledge.

Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley.

- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley
- 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. Keuruu: Duodecim.
- Garety, P.A., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 412-423.
- Hirsjärvi, S. & Hurme H. (1995). *Teemahaastattelu*. Helsinki: Gaudeamus.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1995). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17, 307-316.
- Hänninen, V. (2003). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1994). *Cognitive behaviour therapy for schizophrenia*. London: Guilford.
- Lintunen, M. (2004). ”Kun menin ihan sekaisin” - ensikertalaisten potilaiden kokemuksia psykoosiin sairastumisesta, psykiatriseen sairaalaan joutumisesta ja sairaalassaolosta. *Lisensiaattityö*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos.
- Lysaker, P.H. & Lysaker, J.T. (2004). Dialogical transformation in the psychotherapy of schizophrenia. Kirjassa Hermans, H.J.M. & Dimaggio, G. (toim.), *The dialogical self in psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.
- McGorry, P.D., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D., & Singh, B.S. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: An unrecognized postpsychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 253-258.
- Morrison, A.P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.
- Morrison, A.P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Morrison, A., Renton, J., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R. (2004). *Cognitive therapy for psychosis. A formulation based approach*. Hove: Brunner-Routledge.
- Scott, J. (2008). Cognitive-behavioural therapy for severe mental disorders: back to the future? *British Journal of Psychiatry*, 192, 401-403.
- Strauss, J.S. (1969). Hallucinations and delusions as points on a continua function. *Archives of General Psychiatry*, 21, 581-586.

Toskala, A. (1996). Psykoterapeuttinen muutos: konstruktivistinen näkökulma. Kirjassa Toskala, A. & Wahlström, J. (toim.), Psykoterapian prosessit – tutkimukselliset konstruktiot. Rauma: Suomen psykologinen seura.

Toskala, A. & Hartikainen, K. (2005). Minuuden rakentuminen. Psykkinen kehitys jakognitiivis-konstruktiiivinen psykoterapia. Keuruu: Jyväskylän koulutuskeskus.

Wykes, T., Steel, C., Everitt B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive-behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523–537.

LIITE 1:

PUOLISTRUKTUROITU HAASTATTELULOMAKE

PVM:

NIMI:

Kokemuksen laatu

Pidätkö kokemuksiasi myönteisinä, kielteisinä vai siltä väliltä, sekä että?

Normaalius vs. outous, patologisuus

Mitä ajattelet noista kokemuksista? Ovatko ne tavallisia, ”inhimillisiä”, epänormaaleja ?

Koettu sosiaalinen suhtautuminen, leimautuminen

Huomataanko kokemuksesi ympäristössäsi ?
Mitä ympäristö niistä ajattelee ?

Suhde kokemuksiin

Kuinka suhtaudut noihin kokemuksiin ? Mitä ajattelet niistä ?

Identiteetti, kokemusten vaikutus siihen

Miten nuo kokemukset vaikuttavat siihen, minkälainen kuva sinulla on itsestäsi ? Millaisena pidät itseäsi ?
