

SKITSOFRENIAPOTILAAN KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA

Tiina Tuominen

TIIVISTELMÄ

Artikkelissani kuvailen skitsofreniapotilaan kognitiivista terapiaa erilaisten tutkimusten ja katsausten valottamana. Tutkimustulokset kognitiivisen terapian käytettävyydestä ja tuloksellisuudesta skitsofreniapotilailla ovat pitkälti myönteiset. Kirjallisuudessa esitetyt skitsofrenian kognitiivisen terapian elementit ovat hyvän yhteistyösuhteen luominen, potilaan psykologinen ymmärtäminen sekä kognitiivisten ja behavioraalisten menetelmien hyväksikäyttö. Lopussa esittelen kaksi terapiatapausesimerkkiä, jotka valottavat omia terapeutin kokemuksiani kahden skitsofreniapotilaan kognitiivisesta psykoterapiasta. Pohdin saavuttamiani tuloksia sekä myös ongelmia suhteessa kirjallisuudessa esitettyihin tutkimus- ja tapausselostuksiin.

Avainsanat: kognitiivinen terapia, skitsofrenia, psykoottiset oireet, äänien kuuleminen, uskomukset.

Johdanto

Työssäni Vankimielisairaalan psykologina kohtaan skitsofreenikoita ja psykoottisia potilaita päivittäin. Tilastojen perusteella voidaan skitsofreenikoiden ja psykoottistasoisesti häiriintyneiden määrää arvioida suuntaa-antavasti. Vuoden 2002 Vankimielisairaalassa toteutuneista hoitajaksoista arvioituna 40%:lla on diagnosoitu skitsofrenia tai psykoottinen häiriö. Yhden päivän otannasta 50%:lla on psykoottistasoinen diagnoosi (Vankimielisairaalan tilastot, 2003). Näissä luvuissa on otettava huomioon se, että toteutuneissa hoitajaksoissa sama potilas on saattanut olla hoidossa useita kertoja, kun taas yhden päivän otannassa skitsofreenikolle tyypillinen pitkä hoitoaika vaikuttaa prosenttilukuun. Näyttää kuitenkin olevan selvää, että psykoottistasoisesti sairaiden osuus on kasvanut Vankimielisairaalassa kuten nähtävästi myös Suomen vankiloissa. Jatkotutkimukset

tästä aiheesta ovat kesken. Englannissa ja Walesissa on tehty laaja tutkimus aiheesta ja siellä skitsofrenia tai delusionaalinen psykoosi todettiin 9%:lla miesvangeista ja naisvangeista 13%:lla (Singleton, Meltzer, Gatward, Coid, & Deasy, 2002). Skitsofreenikoiden hoito on siten nykypäivää vankiloissakin.

Skitsofreenikon hoito on usein suljetuissa tai avohoidon oloissa toteutettua lääkehoitoa. On todettu, että pelkällä lääkehoidolla hoidetut skitsofreenikot epäonnistuvat sopeutumisessaan siviiliin enemmän kuin lääkehoidon ohella kognitiivista terapiaa saaneet. Kognitiivisen terapian on myös sanottu lisäävän lääkemyönteisyyttä (Pelic ja Schuyler, 2002). Toisaalta käypä lääkitys voi myös olla edellytys kognitiiviselle terapialle. On todettu, että varhainen interventio on olennaisen tärkeää, jotta pystyttäisiin välttämään sairauden kroonistuminen tai muut sairauden pitkittyessä mukaan tulevat tekijät sekä sivuoireet (Birchwood, Fowler & Jackson, 2000).

Skitsofreenikkojen ja psykoottisten potilaiden hoito perustuu Vankimielisairaalassa pitkälti lääkehoitoon ja osastohoitoon, mikä sisältää yhteisöhoitollisia elementtejä olematta kuitenkaan sellaiseksi suunniteltu. Kognitiivisen terapian mahdollisuudet psykoottisten potilaiden hoidossa ovat jääneet taka-alalle, osaltaan siitä syystä, ettei ammattitaitoista terapiakoulutuksen omaavaa henkilökuntaa ole ollut, mutta myös siksi, ettei se ole Vankimielisairaalassa kuulunut skitsofreenikon hoitokäytäntöön. Skitsofreenikoiden hoitoajat ovat pitkiä, eivätkä heidän periaatteessa kuuluisikaan olla pitkiä aikoja vankilassa vaikeahoitoisuutensa vuoksi. Tuomion keskeyttämisprosessin ollessa pitkä ja byrokraattisesti raskas, osa skitsofreenikoista kärsii tuomionsa kuitenkin vankilassa ja sairautensa takia usein Vankimielisairaalassa. Oman lisänsä diagnostiikkaan tuovat vielä persoonallisuushäiriöt sekä päihdeongelmat, joita skitsofreenikoilla on. Osa potilaista on lääkeresistenttejä tai ainakin he reagoivat huonosti antipsykoottiselle lääkitykselle. Hoitoaika pitkittyy ja hoidon sisältö kapeutuu usein lääkitys- ja perushoidoksi. Kuntouttavia elementtejä ei hoidossa juuri ole. Myös ns. pyöröovisyndroomaa esiintyy eli potilaat tulevat kerta toisensa jälkeen uudestaan Vankimielisairaalan psykoosin aktivoituessa uudelleen ja jatkohoidon pettäessä. Skitsofrenialle tyypilliset negatiiviset oireet voivat lisääntyä hoidon myötä ja passiivisuutta esiintyy. Ongelma on usein erilainen potilaan omasta mielestä kuin hoitohenkilökunnan näkemänä. Potilas voi tuoda esille ongelmia sosiaalisissa tilanteissa, masennuksen tai ahdistuksen. Hoitohenkilökunta pitää kuitenkin tärkeimpänä ongelmana diagnosoitua sairautta, psykoosia, eivätkä erisuuntaiset näkemykset siten edesauta potilaan hoitomotivaatiota eli sitoutumista hoitoon. Tarkoitukseni onkin pohtia, mitä keinoja kognitiivisella terapialla on skitsofreenikon ja kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ja voiko se lisätä potilaan

ymmärrystä sairautensa suhteen. Onko kognitiivisella interventiolla ja kognitiivisen terapian tekniikoilla mahdollisuus vaikuttaa joihinkin skitsofrenialle tyypillisiin ongelmiin ja häiriöihin, erityisesti harhoihin? Miten kirjallisuudessa esitetyt lyhytterapiat (noin 15 istuntoa) soveltuvat laaja-alaisesti harhaisen ja psykoottisen potilaan hoidoksi? Kirjallisuudessa usein esitetään varsin positiivisia ja onnistuneita terapiaesimerkkejä. Terapiatapausteni myötä toivon myös saavani käytännön kokemusta siitä, muuttuuko potilaan käsitys harhoista tai niiden merkityksestä ja lähenevätkö potilaan ja hoitohenkilökunnan käsitykset sairaudesta toisiaan.

Skitsofrenia, skitsofrenian määritelmä/mitä on psykoosi?

Tällä hetkellä käytössä oleva uusin tautiluokitus ICD-10 (1997) määrittelee skitsofrenian häiriöksi, jolle on tyypillistä ”syvät ajattelun ja havaintokyvyn vääristymät sekä tunnetilojen asiaankuulumattomuus tai latistuminen”. Tajunnan selkeys ja älylliset kyvyt tavallisesti säilyvät, tosin vajauksia tiedon käsittelyssä saattaa ajan kuluessa kehittyä. Häiriö vaikuttaa syvästi henkilön kokemukseen itsestään, yksilöllisyydestään ja itsenäisyydestään. Hänelle saattaa kehittyä tilannetta selittäviä harhaluuloja, usein eriskummallisella tavalla vaikuttavien luonnollisten tai yliluonnollisten voimien olemassaolosta ja vaikutuksista hänen ajatuksiinsa ja toimintoihinsa. Aistihavainnot ovat yleensä vääristyneet myös muilla tavoin: värit tai äänet saattavat tuntua epätavallisen voimakkailta tai muuten muuttuneilta ja merkityksettömät tavallisiin asioihin liittyvät seikat tuntua erityisen tärkeiltä.” Määritelmän mukaan hämmentyneisyys on skitsofreenikolle yleistä. Tämä johtuu uskomuksesta, että arkielämän tapahtumat sisältävät jotain pahaenteistä tai erityisiä merkityksiä. Yleensä skitsofreenikon ajattelua leimaavat epäloogisuus ja epämääräisyys. Pienetkin yksityiskohdat saattavat häiritä ajattelua ja tehdä puheesta ”sillisalaattia”. Ajatuksenkulussa on usein taukoja ja sekä itsestä että ulkopuolelta tulevat seikat häiritsevät sitä.

Skitsofreniaan liittyvät ongelmat ja erityispiirteet

Skitsofrenia on kognitiivinen psykoosi (Ojanen ja Sariola,1985), sillä iso osa skitsofreenikon problematiikasta esiintyy juuri kognitioiden eli havaitsemisen, muistin, ajattelun, oppimisen ja kielen alueella. Kognitiivisten toimintojen häiriöt ovat yleisiä skitsofreenikoilla (Ilonen, Taiminen, Karlsson, Lauerma, Leinonen, Wallenius & Salokangas, 1999). Tutkimuksin on todettu, että jo lapsena näillä myöhemmin skitsofreniaan sairastuneilla on löydettävissä neurokognitiivisten toimintojen häiriöitä (Niendam, Bearden, Rosso, Sanches, Hadley, Nuechterlein & Cannon, 2003). Häiriöitä näillä lapsilla on todettu olevan sanavarastossa, havaintomotorisessa prosessoinnissa, työmuistissa sekä spatiaalisessa hahmottamisessa. On todettu, että työmuistin heikkous liittyy kielellisen ja spatiaalisen muistiinsäilömissyvyn rajoittuneisuuteen (Silver, Feldman, Bilker, & Gur 2003). On kuitenkin huomioitavaa, että osa näistä häiriöistä on havaittavissa myös skitsofreniaan sairastumattomilla sisaruksilla, mikä puoltaa sairauden geneettistä luonnetta. Skitsofreenikon muistivaikeudet voivat osaltaan selittää sopeutumisvaikeuksia. Yksi skitsofreenikon muistiin liittyvistä mielenkiintoisista tutkimuksista on Danionin tutkimusryhmän (Danion, Kazes, Huron & Karchouni, 2003) selvitys, missä he totesivat skitsofreenikon muistavan yllättävän hyvin tunnepitoisia sanoja ja tapahtumia. Tutkijat pohtivatkin, liittykö tämä skitsofreenikon taipumukseen tuottaa helposti deluusioita tai vääriä tunnepitoisia tulkintoja perin neutraaleistakin tapahtumista. Tähänkin asiaan kognitiivinen terapia pyrkii vaikuttamaan ankkuroimalla potilaan tulkintoja tosiseikkoihin. Psykoottisella ihmisellä on monenlaisia sairaudesta johtuvia erityispiirteitä, jotka kannattaa pitää mielessä hoidon edetessä. Piirteet voidaan Tarrierin (2002) mukaan jakaa psykologisiin, psyko-sosiaalisiin ja sosiaalisiin piirteisiin. Psykologisia piirteitä, joita on osin pidettävä myös biologisperäisinä, ovat mm.

- ajatteluprosessien poikkeamat, hitaus ja häiriöalttius
- herkkyys melulle
- heikentynyt tarkkaavaisuus
- yliherkkyys sosiaalisille stressitekijöille ja vuorovaikutustilanteille
- vaikeus prosessoida sosiaalisia ärsykeitä
- lattea tunne-elämä
- kohonnut herkistyminen ärsykeille
- itsemurhariskin kohoaminen
- leimaantuminen
- riski depressiivisille tunteille
- riski päihteiden käyttöön

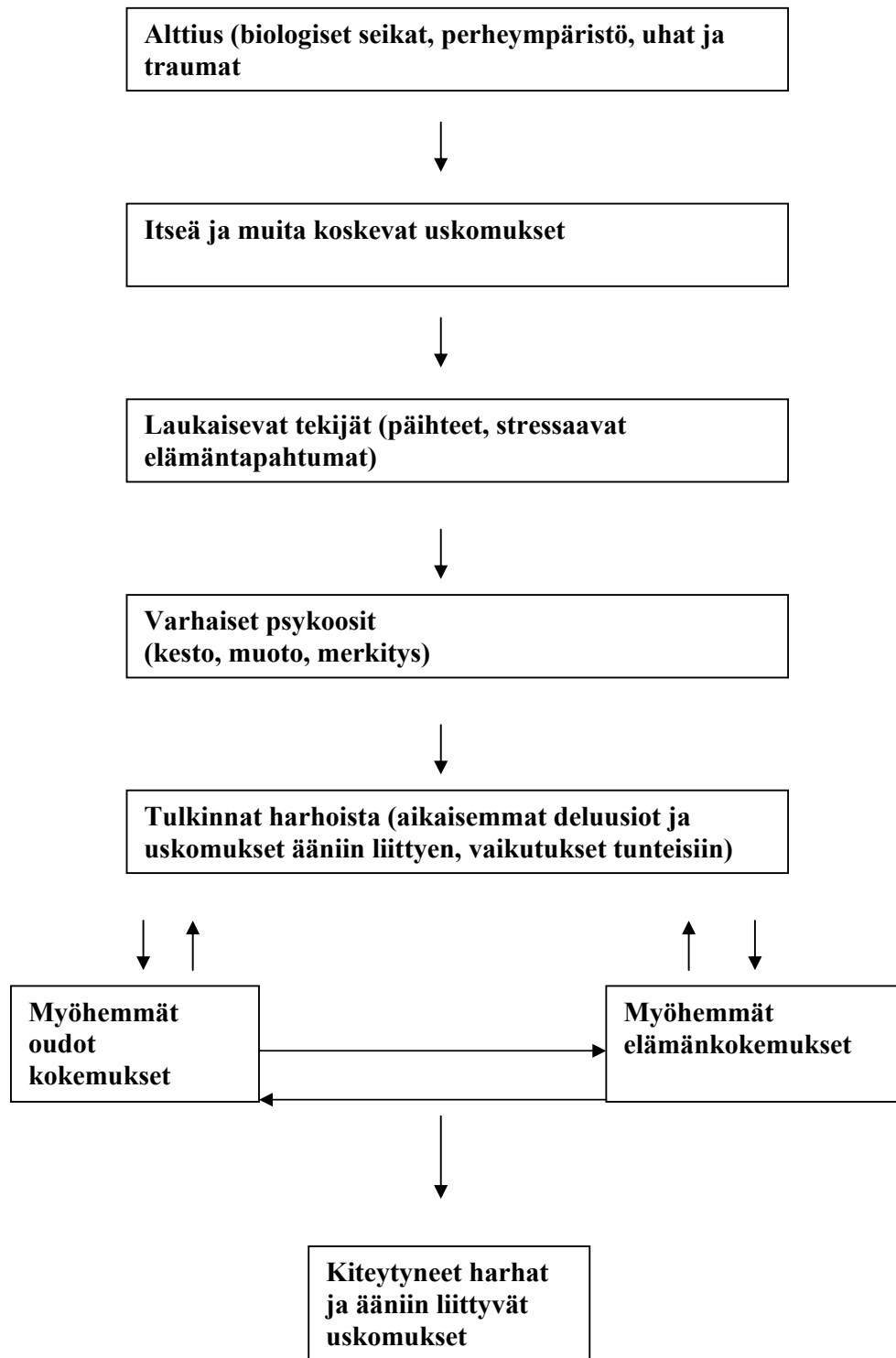
Yksi skitsofreniaan liittyvä rinnakkaisongelma on päihderiippuvuus. Skitsofrenian ja päihdeongelmien yhteisiintyvyys on yleistä ja päihdeongelma tuleeikin huomioida skitsofreenikon hoidossa (Haddock, Barrowclough, Moring, Tarrier & Lewis, 2002; Negrete, 2003; Steele, Darjee & Thomson, 2003). Tutkijoiden mukaan kognitiivisella terapialla on etunsa myös näiden ns. kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Tällöin hoitoprosessiin kannattaa kognitiivisen terapian lisäksi liittää myös motivoiva haastattelu (Barrowclough, Haddock, Tarrier, Lewis, Moring, O'Brien, Schofield & McGovern, 2001). Motivoivaa haastattelua käytetään lisäämään motivaatiota päihdeongelmasta eroon pääsemiseksi (Rollnick ja Miller, 1995). Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa Suomessa vaikeuttaa perinteinen käytäntö hoitaa psyykkiset sairaudet ja päihdeongelmat eri hoitopaikoissa. Jo fyysisestikin eri paikoissa sijaitsevien hoitolaitosten yhteistyö on usein riittämätöntä ja kokonaisnäkemys puuttuu. Monet asiantuntijat pitävät kuitenkin psyykkisiä sairauksia sekä päihdeongelmia olennaisesti toisistaan riippuvaisina ja vakuuttavat, että niitä tulee hoitaa yhtäaikaaisesti (French, 2003; Baker, Lewin, Reichler, Clancy, Carr, Garret, Sly, Devir & Terry, 2002).

On mahdollista, että eri tyyppiset psykoosit vaativat erilaista hoitoa. Kingdon ja Turkington (2002) jaottelevat psykooseja alaryhmiin, koska he ajattelevat jaottelun helpottavan hoitostrategioiden suunnittelua. Heidän mukaansa psykooseja on pikkuhiljaa alkavia (gradual) sekä akuutteja (acute). Edelliseen ryhmään tutkijat sijoittavat herkkyyteen liittyvän psykoosin, joka alkaa usein nuoruudessa ja jota edeltää joukko negatiivisia esioireita. Myös traumaan liittyvä psykoosi kuuluu tähän ryhmään. Tutkijoiden mukaan traumaattisista lapsuudenkokemuksista (usein seksuaalista hyväksikäyttöä) kärsivillä on psykoosin esioireita, hallusinaatioita ja muita ahdistavia oireita. Akuutteihin psykooseihin tutkijat luokittelevat ahdistuspsykoosit sekä huumepsykoosit. Ahdistuspsykooseista voivat kärsiä ne ihmiset, jotka reagoivat vaikeaan elämän tilanteeseen ahdistuksella ja masennuksella. He ovat usein myös sosiaalisesti eristäytyviä ja kehittävät perusdeluusionsa juuri tähän tiettyyn elämäntilanteeseen. Huumepsykoosit ovat jo nimensäkin mukaisesti alunperin huumeidenkäytöstä johtuvia mutta ne jatkuvat samannäköisenä ilman, että henkilö enää käyttää huumeita.

Hallusinaatioiden ja uskomusten kehittyminen

Skitsofrenian niin kuin psykoosinkin oireina ovat yleensä kuulo- tai näköhallusinaatiot. Prosessista, joka on johtanut äänien kuulemiseen, on erilaisia näkemyksiä. David Fowler (2002) uskoo löytävänsä merkittäviä yhteyksiä äänien sisällön, elämäntapahtumien ja uskomusjärjestelmän välillä. Äänet ja niiden sisältö eivät siis ole Fowlerin (2002) mielestä yhdenmukaisia vaan niille on löydettävissä merkitys ihmisen omasta elämästä. Fowler (2002) esittelee kaavionsa ääniin liittyvien uskomusten kehityksellisestä historiasta (kuvio 1 seuraavalla sivulla). Hän pitää tärkeänä sekä biologista taipumusta että emotionaalista alttiutta sairastumiseen. Fowlerin (2002) mukaan skitsofrenia kehittyy biopsykososiaalisessa kontekstissa, missä kiteytyneet harhat ovat seurausta sekä alttiudesta että uskomuksista.

Beck ja Rector (2003) ovat esittäneet artikkelissaan mielenkiintoisen väitteen äänien liittymisestä ajatuksiin. Heidän mukaansa oma automaattinen ajatus ("Olen luuseri") voi muuttua epämiellyttäväksi ääneksi ("sinä olet luuseri"). Mikäli ihminen huomaa toisten katselevan, hän saattaa ajatella: "ne puhuvat minusta" ja sen jälkeen kuulla äänen sanovan: " onpa outo tyyppi". Tässä tapauksessa ihminen projisoi oman pelkonsa toisiin. Mikäli äänet ovat jatkuvia ja epämiellyttäviä, potilas usein yleistää ajatuksia pärjäämättömyydestään: "en kestä enää", "en saa ääniä ikinä pois". Tämä taas voi aiheuttaa masennusta, ahdistusta tai vihan tunteita.



Kuvio 1. Deluusioihin ja ääniin liittyvien uskomusten kehityksellinen historia (Fowler 2002).

Skitsofrenia ja kognitiivinen terapia: Tutkimustuloksia kognitiivisen terapian vaikuttavuudesta

Kognitiivisen terapian käyttöä skitsofreenikoilla kuvasi ensimmäisen kerran Beck tapausselostuksessaan vuonna 1952. Noista ajoista kognitiivinen terapia on kehittynyt huimaa vauhtia ja yhä useammat tutkijat ovat kehittäneet Beckin alkuperäisiä käsitteitä aiheesta. Vuonna 1996 Toskalan toimittamassa teoksessa Hakala ym. (1996) nimesivät skitsofrenian kognitiivista hoitoa käsittelevän kappaleensa: Skitsofrenian hoito - onko jo kognitiivisen terapian aika? Tuolloin kirjoittajat toivat esille tutkimusten vähäisyyden aiheeseen liittyen sekä huolen teorian ”keskeneräisyydestä”. Tuostakin ajasta on menty eteenpäin kahdeksisen vuotta ja tutkimuksia aiheesta on tullut lisää. Katsausartikkeleita skitsofrenian kognitiivisesta terapiasta on kirjoitettu maailmalla (ks. Rector ja Beck, 2002) mutta myös Suomessa (ks. Anttonen, 2004). Nykytutkimusten mukaan kognitiivinen terapia on tuloksellista psykoottisten potilaiden ja skitsofreenikoiden hoidossa (mm. Morrison ym. 2002; Fowler, Garety ja Kuipers, 1995; Tarrier ym., 1998; Kingdon ja Turkington, 2002; Bechdolf, Knost, Kuntermann, Schiller, Klosterkötter, Hambrecht ja Pukrop, 2004). Myös lääkeresistenttien psykoosipotilaiden kognitiivinen terapia on ollut edistyksellistä (Garety, Kuipers, Fowler, Chamberlain ja Dunn, 1994). Verrattaessa terapian käyneitä skitsofreenikoita ryhmään, joka ei saanut ollenkaan terapiaa, terapiaryhmän positiiviset oireet vähenivät (Tarrier ym.1998). Kokonaisuudessaan terapia näytti vaikuttavan potilaiden ajatteluprosesseihin, käyttäytymiseen sekä tunteisiin. Tutkijat ovat myös todenneet, että nimenomaan kognitiivinen terapia näyttää olevan tehokasta skitsofrenian hoidossa. Kyse ei ole siis pelkän terapeuttisen yhteistyösuhteen vaikutuksesta. (Rector ja Beck, 2002).

Myös Anttonen liseniaatintutkimus (2004) käsitteli ääniin liittyvien uskomusten ja joidenkin kliinisten piirteiden muutoksia kognitiivis-behavioraalisen terapian jälkeen. Terapiainventio kesti neljä kuukautta ja terapia oli sisällöltään räätälöity kunkin tutkimushenkilön tarpeisiin sopivaksi. Tutkimustietoa Anttonen (2004) keräsi ääniin liittyvistä uskomuksista, masennusoireista, ahdistuneisuudesta ja psykiatrisesta yleisilasta. Tulokset osoittivat, että terapiainventio läpikäyneillä oli vähintään yksi esille tuleva myönteinen muutos äänien kuulemiseen liittyen. Kognitiivis-behavioraalisella terapialla näyttäisi olevan vaikutusta psykoottisuuteen, erityisesti äänien kuulemiseen. Anttonen (2004) tutkimus puolsi sitä, että yksilölliset erot äänien kuulemisessa

sekä henkilöhistoriassa ovat tärkeitä ottaa huomioon interventiota suunniteltaessa. Hänen tutkimuksessaan terapian eri sisällöt ja tekniikat vaikuttivat eri tavoin eri tutkittaviin.

Skitsofreniapotilaan kognitiivisen terapian erityispiirteitä

Yhteistä skitsofreniapotilaan terapiahoitomalleissa on yhteistyösuhteen painottaminen ja potilaan kiinnittyminen terapiaan. Terapiasuhte nähdään erityisen tärkeänä. Muita olennaisia asioita ovat oireiden normalisointi, psykoedukaatio, käsitteellistäminen ja potilaan tarpeen mukainen hoitomallien ja tekniikoiden soveltaminen.

Vaikka psykoottisten potilaiden kognitiivinen terapia puretuukin potilaan ajatusvääristymiin, itseä vahingoittavaan käyttäytymiseen ja toimimattomiin asenteisiin, tavoitteena on kuitenkin myös potilaan emotionaalisen ahdistuksen ja muiden oireiden helpottuminen (Renton, 2002). Kognitiivisen terapian tekniikoiden tarkoituksena on määritellä, realisoida ja korjata vääristynyttä konseptualisaatiota ja sen taustalla olevia ajatusvääristymiä. Terapian ansiosta potilas oppii käsittelemään itse esiin tulevia ongelmiaan ja suhtautumaan niihin aktiivisella otteella. Nykyiset tutkimukset kognitiivisen terapian mahdollisuuksista psykoosien hoidossa keskittyvät lähinnä oireisiin, erityisesti positiivisiin oireisiin (kts. esim. Morrison, 2002). Suurin mielenkiinto on usein deluusioissa ja hallusinaatioissa. Usein nämä oireet ovatkin potilaalla ne kaikkein näkyvimmit ja myös ympäristöä häiritsevimmät. Olennaista ovat myös potilaan aikaisemmat kokemukset, asenteet ja ydinuskomukset ja se, miten nämä kaikki johtavat potilaan tekemiin väärintulkintoihin.

Dunn (2002) jakaa kognitiivisen terapiaprosessin kolmeen osaan. Ensimmäinen taso sisältää hänen mukaansa seuraavat tehtävät:

- terapiasuhteen muodostaminen
- terapiaprosessiin vaikuttavien tekijöiden identifiointi
- potilaan kokemusten normalisointi ja dekatastrofointi
- potilaan sosiaalistaminen kognitiiviseen malliin
- ongelmalistan tekeminen
- formulaation muodostaminen (käsitteellistäminen) ja sen jakaminen potilaan kanssa

Terapiasuhteen luominen on yksi tärkeimmistä terapiaprosessin vaiheista. Dunn (2002) painottaa sitä, ettei ensimmäinen vaihe ole ohi ennen kuin potilas on kiinnittynyt sekä terapiaan että terapeuttiin. Yhteistyösuhde ja kiinnittyminen eivät ole potilaan kannalta vain terapeutista pitämistä vaan ymmärrystä ja kunnioitusta, jaettuja tavoitteita ja keinoja niiden saavuttamiseksi sekä toivon ylläpitämistä muutoksen mahdollistamiseksi. Ensimmäisessä vaiheessa nimetään ongelmat ja otetaan kantaa siihen, mihin ongelmiin voidaan ylipäänsä vaikuttaa. Dunn (2002) pitää myös tärkeänä kognitiivisen mallin opettamista potilaalle. Mitä ymmärrettävämmäksi terapeutti asian potilaalle tekee, sitä paremmin potilas sen hyväksyy ja tekee työtä sen eteen. Terapian toisessa vaiheessa nimetyt ongelmat muutetaan tavoitteiksi, usein lyhyen, keskipitkän ja pitkän ajan tavoitteiksi. Tavoitteiden selkeä asettaminen on tärkeää, sillä tavoitteet pitävät terapian fokuksen tulevaisuudessa ja ylläpitävät toivoa. Tavoitteet myös kertovat sen, milloin terapia päättyy. Autoanalogiaa käyttäen Dunn (2002) kuvaa terapiatavoitteisiin pääsemistä automatkana, jonka etukäteissuunnittelu on hyvin tärkeää. Edelleen analogiassa pysyen yhdessä potilaan kanssa määrittellään määränpää, reitti, nopeus, pysähdykset, arvioidaan matkan sujumista sekä ylläpidetään auton kuntoa. Dunnin (2002) mukaan kolmas eli viimeinen terapian vaihe sisältää terapian tuloksellisuuden arvioinnin sekä lopullisen käsitteellistämismallin muodostamisen. Pohdittaessa terapian tuloksia on tärkeä tuoda esille potilaan oma osuus prosessissa. Jotta potilas pystyisi jatkossakin tekemään työtä hyvinvointinsa eteen, hänen täytyy uskoa muutoksen mahdollisuuteen ja omaan osuuteensa siinä.

Terapeuttinen suhde on tärkeä kognitiivisen terapian onnistumiseksi ja siksi se tulee huomioida terapian joka vaiheessa. Potilaan täytyy tuntea, että hän voi luottaa terapeuttiin ja että hänet otetaan vakavasti (Renton, 2002). Luottamuksellisen ja turvallisen yhteistyösuhteen muodostaminen psykoottisen ihmisen kanssa voi olla vaikeaa tämän epäluulon sävyttämien asenteiden vuoksi. Usein skitsofreenikon aiemmassa hoitohistoriassa on ollut myös epäluottamusta herättäviä kokemuksia. Mikäli epäluottamusta esiintyy, keskustelua voidaan viedä enemmän arkipäivän asioihin ja näin yrittää keventää tunnelmaa. Myös rentoutusharjoituksia on mahdollista tehdä.

Myös Paul Frenchin (2003) perinteiseen psykoosien kognitiiviseen terapiaan kuuluu Dunnin (2002) esittelemiä interventiostrategioita. Erona Dunnin French tuo esille mm. metakognitiivisten olettamusten työstämisen, turvahakuiseen käyttäytymiseen ja valikoivaan tarkkaavaisuuteen puuttumisen sekä erilaisten toiminta-aikataulujen muodostamisen. Myös French (2003) painottaa perusteellista tutkimusvaihetta, mikä edesauttaa formulaation muodostamista. Tutkimusvaiheessa etsitään tietoa elämänhistoriasta, laukaisevista ja kriittisistä tapahtumista, tämänhetkisestä

ympäristöstä sekä oireista. Oireiden laatua ja esiintyvyyttä French (2003) kehottaa tutkimaan erilaisin kyselyin. Käsitteellistämismallia käytetään sen jälkeen terapiassa, missä etsitään yhteyksiä kokemusten, tulkintojen ja reaktioiden välille.

Skitsofreniapotilaan kognitiivisen terapian rakenteesta on hieman erilaisia käsityksiä. Toiset tutkijat painottavat etukäteissuunnittelun merkitystä, kun taas toisten mielestä istunnon sen hetkinen tilanne määrää aiheet ja suunnan. Kirjallisuudessa on esitelty terapiaprosesseja, joissa jokainen kerta viedään läpi tiukan agendan voimin. Rentonin (2002) mielestä kognitiivinen terapia on strukturoitu ja ongelmaorientoitunut. Jokaisella kerralla terapeutti esittelee aluksi päivän agendan, missä päivän asiat käydään läpi. Istunnon lopuksi annettavat välitehtävät tulee esitellä yhteistyössä potilaan kanssa. Myös ns. ongelmalistan muodostamista pidetään järkevänä. Ongelmalista voidaan muodostaa ja ryhmitellä esimerkiksi seuraavien otsakkeiden alle: paranoija, kuulohallusinaatiot, pakkotoiminnot, fyysinen terveys ja epätavalliset kokemukset. Aluksi potilas voi tuoda esille paljon ongelmia tai ongelmiin johtavia asioita ja niiden erottelu voi olla vaikeaa. Ongelmien läpikäyminen ja sen pohtiminen, mitkä niistä voisivat liittyä yhteen, on kuitenkin tärkeää ja vahvistaa potilaan luottamusta. Luottamusta lisää myös paneutuminen potilaalle tärkeisiin asioihin. Kotitehtävien merkityksen Renton (2002) näkee siinä, että terapian luonne ja tekniikat tulevat näin potilaalle selviksi. Tekniikoista hän mainitsee Sokraattisen kyselyn, jota hän pitää tärkeimpänä kognitiivisen terapian tekniikkana. Rentonin (2002) painottama agenda ja päivän aiheiden esitleminen potilaalle voi olla vaikeaa potilaan ajatushäiriöiden, negatiivisuuden ja harhoista johtuvan toisaikaisuuden takia (Kingdon ja Turkington, 2002). Tämän vuoksi hienovarainen ehdottelu ja asioiden esittely sekä potilaalta saatu palaute ovat olennaisia asioita ottaa huomioon. Kingdonin ja Turkingtonin (2002) mukaan yksinkertainen agenda, mikä potilaalle esitellään, voisi kuulua näin: ”pohditaan nyt niitä ongelmia, joita sinulla tällä hetkellä on ja yritetään selvittää, mistä ne johtuvat”. Strukturoitu tai etukäteen määritelty kysymyksenasettelu voi tuntua potilaasta ahdistavalta tai liian vaativalta. Käytännön seikoista tutkijat mainitsevat istuntojen joustavuuden. Istunnolle ei kannata määrätä etukäteen tarkkaa kesto, vaan käytetty aika määräytyy potilaan voinnin ja sen kerran aiheen mukaan. Terapeutin tulee olla sensitiivinen potilaan voinnille ja ahdistuksen kohotessa liian korkealle istunnon sisältöä ja/tai tekniikoita tulee muuttaa. Tutkijat näkevätkin joustavuuden ja potilaan tilanteen mukaan etenemisen tärkeänä (Kingdon ja Turkington, 2002).

Normalisointi ja stressi-alttiusmalli

Kingdonin ja Turkingtonin (1994) terapiamallissa on tavoitteena selittää skitsofreniaa liittämällä sairauden oireet tavanomaisiin kokemuksiin ja näin vähentää pelottavuutta ja leimautumisvaaraa. Tutkijoiden mukaan on kuitenkin pidettävä mielessä, että potilaalla on vakavia ongelmia. Tutkijoiden käyttämä malli antaa normalisoivia selityksiä usein niin väärin ymmärretylle sairaudelle ja näin vähentää sairauden sosiaalista stigmaa. Potilaan alkuarviointi on tärkeää ja siihen kuuluvat potilaan oman historian lisäksi perhehistoria sekä merkittävät elämäntapahtumat ja –olosuhteet. Jo terapiasuostumuksessa tulisi huomioida suostumus näiden tietojen hankkimiseen. Elämäntapahtumien selvittäminen kuuluu terapiaprosessiin alkuun ja on olennainen terapian askel. Kun vaikeita ja stressaavia elämäntilanteita tulee esille, niitä päästään heti tutkiskelemaan. Mahdollisten vaihtoehtoisten selitysmallien antaminen voi helpottaa ahdistusta. Tutkijat tosin huomauttavat, että mikäli stressaavista tapahtumista on aikaa, niiden uudelleen käsittely voi aluksi laukaista ahdistuksen. Ahdistuksen hallitsemiseksi tutkijat suosittelivat rentoutustekniikoita ja supportiivista otetta. Kingdon ja Turkington (1994) pitivät tärkeänä, että potilaalle selitetään sairauden oireet arkikielellä ja liitetään ne arkielämän kokemuksiin. Tämä on oireiden normalisointia. Oireet, esimerkiksi deluusiot nähdään jatkumona, jonka toisessa päässä ovat normaalielämään kuuluvat ajatukset ja voimakaspainoiset uskomukset ja toisessa päässä hyvin poikkeavat käsitykset ja deluusiot. Potilaalle selitetään myös olosuhteet, joissa hallusinaatioita tai deluusioita voi tulla lähes kenelle tahansa. Näitä ovat mm. uni- ja sensorinen deprivatio sekä fyysisen koskemattomuuden uhkatilanteet (panttivankitilanteet). Myös kulttuuritekijät voivat selittää skitsofreenistyyppisiä oireita. Poikkeavat tajunnantilat voivat liittyä uskonnollisiin kokemuksiin tai yliluonnollisiin ilmiöihin, joita mm. poltergeist ja astrologia voivat edustaa. Joitakin poikkeavilta tuntuvia ajatuksia, kuten epäluuloja, voidaan pitää tavallisen ajattelun piiriin kuuluvina. Usein tällaiset ajatukset nousevat spontaanisti tilanteessa, missä ei päästä keskustelemaan ja vertailemaan ajatuksia toisten ihmisten kanssa. Tutkijoiden mukaan on myös tärkeää erottaa toisistaan ajatus ja toiminta. Potilaalle voi olla helpottavaa kuulla, ettei ajatus vielä tarkoita tekoa. Näin on mahdollista vahvistaa potilaan kykyä kontrolloida itse käyttäytymistään, vaikka hänen mielessään olevat ajatukset olisivatkin hyvin voimakkaita ja hallitsemattoman tuntuisia. Erityisesti terapian alussa on hyödyllistä läpikäydä potilaan psykoottisia kokemuksia ja normalisoida niitä. Terapian alussa potilas ei tosin välttämättä uskalla puhua paljon oudoista

kokemuksistaan mutta rentoutus voi laukaista tilanteen. Myös ahdistuksen lieventämiseksi voidaan käyttää rentoutustekniikoita (Renton, 2002).

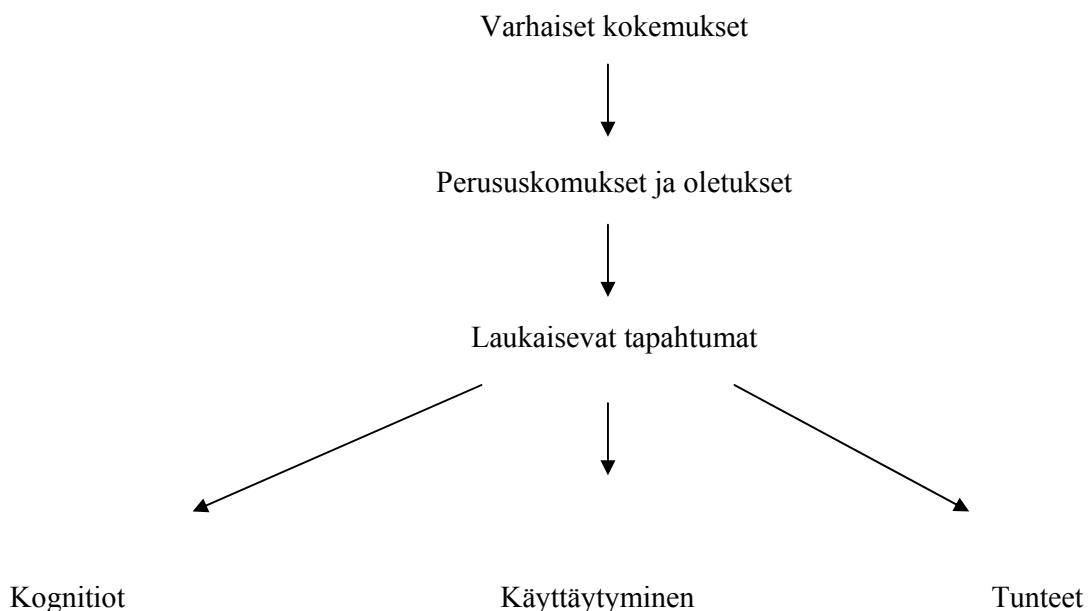
Potilaan psykopatologiaa voi Kingdonin ja Turkingtonin (2002) mielestä selittää stressi-alttiusmallin avulla (kuvio 2.). Stressiä voivat aiheuttaa esimerkiksi tiedon käsittelyn heikkoudet. Stressiä voivat lisätä myös monet arkielämän vaikeudet, kuten esimerkiksi työttömyys, paineet työelämässä tai opiskelussa sekä muut sairaudet. Stressin myötä ahdistuksen sieto heikkenee, mikä taas altistaa unihäiriöille. Stressi-alttius mallia voi esitellä potilaalle myös analogian muodossa, esim. kuvaamalla piripintaan täyttyvää kuppia, joka valuu yli äyräiden erilaisten riskitekijöiden kasautuessa (Morrison, 2002). Vaikka potilaalla ei vielä olisikaan ymmärrystä tai oivallusta sairautensa suhteen, hän saattaa löytää useita stressitekijöitä elämästään, joiden käsittely on tärkeää pärjäämisen kannalta. On myös todettu, että psykoosin esioireiden ilmaantuessa oikeanlaiset keinot stressin hallitsemiseksi voivat jopa estää akuuttiin psykoosiin sairastumista (Birchwood, Spencer & McGovern, 2000). Stressinhallintakeinoja voi opettaa kognitiivis-behavioraalisilla tekniikoilla. Ylipäänsä kognitiivis-behavioraalinen terapia on osoittautunut menestyksekkääksi keinoksi estää psykoosiin sairastuminen korkean riskin omavilla ihmisillä.



Kuvio 2. Stressi-alttius malli (Kingdon ja Turkington, 2002).

Käsitteellistäminen

Potilaan tapauksen käsitteellistäminen nähdään kognitiivisessa terapiassa tärkeänä. Formulaatio auttaa terapeuttia näkemään yhteydet elämän tapahtumien, skeematason alttiuden ja psykoottisten oireiden välillä sekä auttaa terapeutekniikoiden valitsemisessa. Formulaatiomalleja on olemassa useita. Yleensä niissä esitellään lapsuuden merkittävät tapahtumat, tilannetta edeltäneet ja sairastumiseen johtaneet tekijät sekä nykytilanteen tekijät eli sairautta ylläpitävät seikat. Avainoireiden kehitys ja uskomukset kuuluvat myös formulaatioon. Klassiseen formulaatioon (kuvio 3) sisältyvät varhaiset kokemukset, vääristyneet uskomukset ja oletukset, laukaisevat tapahtumat, kognitiot, käyttäytymisongelmat sekä tunnereaktiot (Brabban & Turkington, 2002).



Kuvio 3. Kognitiivinen käsitteellistämismalli (Beck, 1995)

Formulaation esittely potilaalle on terapeutin harkinnassa mutta se on periaatteessa suositeltavaa. Jotta formulaatio onnistuisi, on tärkeää pyrkiä selvittämään, miten potilaan delusionaaliset ajatukset tai hallusinaatiot ovat alkaneet. On mahdollista, että paranoidinen päätelmä on saanut alkunsa huumepsykoosin seurauksena mutta jatkuu myöhemmin liittyen tämän päivän tilanteisiin. Äänet voivat myös liittyä johonkin traumaattiseen tapahtumaan, vaikka kyseessä olisikin depressio. Kingdon ja Turkington (2002) kehottavatkin huolelliseen psykiatriseen alkuarvioon, missä

henkilöhistoria selvitetään ohjatun kyselyn tekniikkaa hyväksikäyttäen. Tämä on tärkeää erityisesti niiden kohdalla, jotka ovat sairastaneet jo kauan, sillä alkuperäiset laukaisevat tapahtumat unohtuvat helposti.

Dunnin (2002) formulaatiossa alussa muodostetuissa tavoitteissa pysytään koko terapian ajan. Tärkeää on lisäksi laajentaa formulaatiota, tehdä käyttäytymiskokeita, selvittää potilaan fyysinen vointi, arvioida lääkityksen vaikutukset sekä aloittaa uudelleen sairastumisen ehkäisy ja sen hallinta. Tavoitelistan voi jakaa eri osa-alueisiin samoin kuten ongelmatkin, mikä helpottaa terapian pysymistä fokuksessa. Tavoitteet kannattaa priorisoida, mutta aloittaa yleisemmän tason tavoitteista ja päätyä niiden yksityiskohtaisiin osa-tavoitteisiin. Käyttäytymiskokeiden tarkoituksena on herättää epäilystä potilaan ajatuskuvioille tuomalla vastakkaista tosiasiatietoa. Käyttäytymiskokeet tulee suunnitella niin, että niistä tehtävät johtopäätökset ovat tarkkoja ja selviä. Mikäli potilas alkaa muuttaa mielipidettään tai johtopäätöstään kokeen perusteella, on hyvä normalisoida potilaan aikaisempaa käsitystä esim. sanomalla: ”monet ihmiset tekevät välillä vääriä johtopäätöksiä asioista”. Relapsien ehkäisy on tärkeää jatkon kannalta, eivätkä monetkaan ihmiset ole tietoisia sairastumista edeltävistä prodromaalioireistaan (esioireista). Vain huolellisella sairastumisjaksojen tarkastelulla on mahdollista löytää yhteneviä tekijöitä, jotka ennustavat tai edeltävät sairastumista. Joskus myös potilaan läheiset ihmiset osaavat kertoa tällaisista tekijöistä. Sairastumista voivat edeltää pakko-oireet, paranoidiset ajatukset, lisääntynyt hermostuneisuus tai apatia, sosiaalinen eristäytyminen tai itsetunnon ongelmat. Myöskin fyysisen terveyden tai hygienian laiminlyönti voivat edeltää sairastumista. Dunnin (2002) mukaan terapian viimeinen taso sisältää sairastumisen ehkäisy suunnitelman strategioineen sekä lopullisen formulaation. Myös terapian tuloksellisuutta tulee arvioida keskusteluin ja/tai erilaisin kysely- tai arviointilomakkein.

Tapausesimerkit skitsofreniapotilaan kognitiivisesta psykoterapiasta

Kiinnostuin skitsofrenian hoidosta omassa työssäni skitsofrenikoiden parissa ja perehtyessäni alan teorioihin. Voisiko kognitiivisella terapialla hoitaa skitsofreniapotilaita? Halusin lähteä liikkeelle potilaalle tärkeistä ongelmista mutta myös mahdollisista harhoista tai vääristyneistä uskomuksista. Halusin selvittää, mitä muutoksia kognitiivinen terapiainventio tuo skitsofrenikon ajatusmaailmaan ja voiko sen avulla muuttaa potilaan käsityksiä itsestään ja sairaudestaan.

Tavoitteenani oli myös potilaan oman ymmärryksen lisääminen skitsofreniasta. Kognitiivisen terapian oli tarkoitus kestää kolme kuukautta ja terapiaistuntoja tuli olemaan kaksi kertaa viikossa. Istunnon pituus vaihteli potilaan psyykkisen voinnin mukaan. Terapian alussa käytettiin tarvittaessa strukturoituja kyselylomakkeita potilaan ilmaisemien ongelmien arvioimiseksi (esim. Beckin depressioskaala tai ahdistuskysely). Terapiassa käytettiin perinteisiä kognitiivisen terapian tekniikoita. Pyrin valitsemaan terapiatekniikan siten, että se soveltuisi juuri kyseisen potilaan ongelmiin ja persoonallisuuteen.

Terapiaprosessin kuvailua, Potilas A

Potilas oli lähes 60-vuotias mieshenkilö, jolla oli diagnosoitu siviilisairaalassa psykoottistasoinen sairaus (delusionaalinen psykoosi). Jo tätä ennen oireita oli esiintynyt. Myöhemmin hän oli ollut hoidettavana harhaluuloisuushäiriö-diagnoosilla. Vankimielisairaalassa diagnoosina oli seitsemän vuotta ensimmäisen diagnoosin asettamisen jälkeen paranoidinen skitsofrenia. Kriminaalitaustaa potilaalla ei ollut. Hän oli vankilassa ensimmäistä kertaa rikosnimikkeellä törkeä velallisen petos. Potilaalla oli ollut useita mielisairaalahoitoja, mutta ei pitkäaikaista psykoterapeuttista työskentelysuhdetta. Potilasta voidaan pitää akuuttia ahdistuspsykoosia sairastavana potilaana (Kingdon ja Turkington, 2002).

Vaikeisiin elämäntilanteisiin potilaalla ei ole ollut käsittelykeinoja. Hän koki ongelmakseen vainottuna olemisen ja erityisesti isän taholta häntä olikin vainottu. Tulevaisuuteen potilas ei uskonut, koska hän uskoi, että kaikki kuitenkin sabotoidaan ja hänet halutaan tehdä hulluksi ja sulkea mielisairaalaan.

Potilaan kanssa sovittiin kolmen kuukauden mittaisesta lyhytpsykoterapiasta. Terapiaa kuitenkin jatkettiin sopimusajan jälkeen. Terapiaistuntoja oli kaksi kertaa viikossa noin 30 minuuttia kerrallaan. Terapiatyöskentelyä potilaan kanssa leimaa potilaan laaja-alainen ja kiteytynyt harhamaailma. Terapian aloittaminen ja potilaan motivointi oli vaikeaa, koska potilas ei kokenut mitään ongelmaa, mihin olisi hänen mukaansa mahdollista vaikuttaa. Ongelmia harhamaailman ulkopuolella hän ei itsessään tai elämässään tunnistanut. Terapian alkuvaiheessa potilas ei puhunut juuri mistään muusta kuin harhamaailmaan liittyvistä asioista. Kaikille luonnollisillekin ilmiöille

hänellä oli kattava selitys eikä hän antanut myöden muunlaisille ehdotuksille. Kaikki todisteet tai perustelut hän pystyi kääntämään itsensä eduksi tai sitten hän syytti ihmisiä tietämättömydestä.

Potilas ei siis asettanut itse terapialle mitään erityisiä tavoitteita, koska ei pitänyt sitä tärkeänä. Hän kuitenkin totesi, että ”voidaanhan me sitten jutella, jos siitä sitten olisi jotain hyötyä”. Alun tiiviin kontaktin luomisvaiheen jälkeen ehdotin hänelle tavoitetta, että hän pystyisi puhumaan jostakin muusta kuin epätavallisista kokemuksista. Tähän hän suostui hieman epäröiden ja ihmetellen.

Koska potilas piti niin kovin kiinni harhamaailmastaan, päätin suunnata fokuksen itse harhojen sijaan ”periferaalisiin” uskomuksiin ja ajatuksiin (Kingdon ja Turkington, 1994). Näitä uskomuksia olivat mm.:

- ”En kykene enää mihinkään”.
- ”Kuolen milloin tahansa”.
- ”Kaikki elämässäni on mennyt pilalle isäni ansiosta”

Potilas kertoi paljon menneisyydestään ja erityisesti isästään, jonka koki kaiken pahan alkuna. Hän itse kertoo aina halunneensa auttaa isää ja tehdä asioita hänen puolestaan, mutta kiitosta siitä ei koskaan tullut. Potilas muistaa, että sai lapsena kokea pilkkaa ja haukkumista isän taholta. Myöhemmin vartuttuaan potilas uskoo isän kadehtineen häntä taloudellisesta menestyksestä ja siksi halunneen tuhota hänet. Potilaan kertomuksista ilmenee, että hän on kokenut voimakasta turvattomuutta läpi elämänsä, koska isä on uhannut hänen psykologista turvallisuuttaan. On mahdollista, että hän on kehittänyt harhat suojaamaan itseään haavoittavilta kokemuksilta ja tunteilta. Terapian edetessä potilas pystyi hieman enemmän kertomaan tavallisistakin asioista elämässään. Elämänvaiheita kävimme läpi elämänjanan avulla. Potilas selvästi nautti voidessaan puhua työstään ja muista itselle tärkeistä asioista. Hänelle tuli mieleen mukavia muistoja, jotka hän oli tyystin unohtanut. Potilas kertoi työnteosta ja isänä olemisesta. Molemmat ovat olleet hänelle sekä mukavia että vaikeita tehtäviä. Validointi eli ymmärtävän hyväksyvä kuunteleminen oli tärkeä menetelmä tässä terapiassa. Aiemmin potilaalla oli ollut kokemus siitä, että häntä haastateltiin vain skitsofreniadiagnoosin tekemistä varten. Potilas kokikin puhumisen nyt helpottavana.

Tehokkain tekniikka tämän potilaan kanssa oli mielestäni luottamuksellisen yhteistyösuhteen pitkänsitkeä rakentaminen. Toivon ylläpitäminen terapian edetessä oli myös tärkeää. Tärkeintä terapeutisessa prosessissa voikin olla potilaan saama emotionaalinen kokemus suhteessa terapeuttiin (Beck, 2002a). Olennaista on myös terapeutin voimakas kiinnostus potilaaseen.

Kognitiivisessa terapiassa tärkeänä pidetty käsitteellistämisen (kts. esim. Dunn, 2002 tai Brabban ja Turkington, 2002) esille ottaminen ei ollut helppoa potilaan kanssa. Käsitteellistämismallin muodostaminen ja sen jakaminen potilaan kanssa ei onnistunut. En voinut paneutua käsitteellistämismallin kaikkiin osiin potilaan kanssa, koska hän ei kolmen kuukauden terapiajakson jälkeen voinut hyväksyä sitä, että hänen oudot kokemuksensa olisivat harhaa ja todellisuuden vääristymistä. Potilas ymmärsi isänsä käyttäytymisen ja asenteiden vaikutukset häneen. Hän pystyi hieman arvioimaan työhistoriaansa ja siihen liittyvien stressitekijöiden merkitystä elämäänsä. Potilas pystyi myös hieman näkemään, miksi jotkut hänen työhankkeistaan kärsivät hänen omien valintojensa takia. Avioero ja lapsista luopuminen olivat potilaalle ahdistavia asioita. Hän suri käyttäytymisensä vaikutuksia lapsiinsa. Potilaan käsitys itsestään täysin loppuun ajettuna helpottui ja hän kykeni tekemään enemmän arkipäivän asioita, kuten esimerkiksi ulkoilemaan. Tällainen muutos on tutkijoiden mukaan edellytys myös potilaan harhamaailman vähittäiselle muutokselle (Brabban ja Turkington, 2002). Potilaan ajatusten vähittäinen muuttuminen siihen suuntaan, että hän pystyy hieman kontrolloimaan omaa elämäänsä, lisää liikkumavapautta hänen ajatuksissaan ja kokemuksissaan. Tähän vaikutti luultavasti potilaan positiivisten uskomusten ja kokemusten läpikäyminen Beckin ohjeiden mukaan (Beck, 2002b).

Potilas B

Potilas oli noin 30-vuotias skitsofreniaa sairastava mies. Hän oli käyttänyt vuosia suonensisäisiä huumeita, ja ensimmäisillä hoitokerroilla harhoja ja muita psykoottisia oireita pidettiin huumeidenkäytön seurauksena. Myöhemmin, vaikka huumeidenkäyttö jäi hetkeksi tauolle, oireet jatkuivat, ja hän sai määrittämättömän skitsofrenian diagnoosin. Potilas kuului joko ryhmään huumepsykoosit tai nuoruudessa alkavat psykoosit (Kingdon ja Turkington, 2002). Potilas piti huumeita syynä psykoosiinsa. Erilaisia ongelmia hänellä oli tosin ollut jo varhaisnuoruudessa. Potilas oli saanut vankeustuomion törkeästä ryöstön yrityksestä ja pahoinpitelystä.

Potilas kertoi, että hänen ongelmansa ovat ääniharhat. Hänen oli vaikea kuvata ääniä tarkemmin. Ne vain tuntuivat uhkaavilta ja syytteleviltä. Hän ei erottanut äänistä selviä sanoja paitsi oman nimensä. Muuten äänet olivat ”supattelua”. Potilas oli varuillaan muita ihmisiä kohtaan, koska uskoi näiden

puhuvan pahaa, kyttävän ja aikovan tehdä pahaa. Potilaan epäluulot voimistuivat aina äänien kuulemisen jälkeen. Negatiivisia oireita oli melko paljon. Potilas oli epäsiisti ja hoitamaton. Hänestä välittyi lattea vaikutelma. Hoidon alussa hän oli vähäeleinen ja ilmeeton. Hänen antamansa vastaukset olivat usein yksisanaisia, eikä hän aloittanut spontaanisti keskustelua. Oireiden vuoksi jatkosuunnitelmat olivat tauolla.

Sovimme potilaan kanssa kolmen kuukauden lyhytpsykoterapiasta. Terapiaistuntoja oli kaksi kertaa viikossa ja istunto kesti noin 30 minuuttia. Terapiaa päätettiin jatkaa sovitun kolmen kuukauden jälkeen. Potilaan kanssa työskenneltäessä tuli esille hänen kyvyttömyytensä itsetutkiskeluun ja –reflektioon. Omista asioista keskustelu oli hänelle vierasta ja vaikeaa. Luottamuksen kehittyminen vei aikansa kuten skitsofreniapotilailla yleensäkin. Täyttämästään Beckin depressiokyselystä potilas sai pistemääräksi kahdeksan, mikä ei viitannut masennukseen.

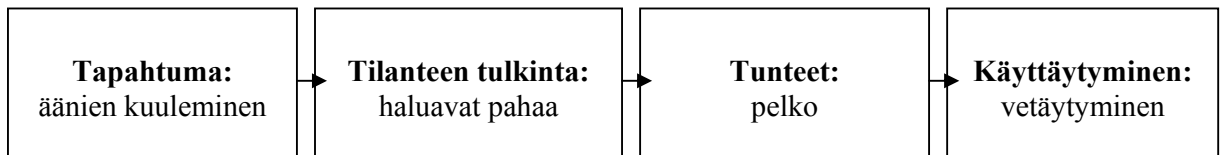
Terapian tavoitteeksi potilas asetti äänien loppumisen. Muita tavoitteita hänellä ei terapian alussa ollut. Terapian edetessä hän toivoi jatkosuunnitelmia rikoskierteen katkaisemiseksi ja apua päihdeongelmaansa. Terapian tavoitteisiin lisättiin myöhemmin myös omien tuntemusten ja ajatusten uskaliaampi esiintuominen ja niiden liittäminen konkreettisiin tapahtumiin. Koska potilaalle oli asetettu skitsofreniadiagnoosi, pidin tärkeänä käydä hänen kanssaan läpi tätä diagnoosia ja siihen liittyviä oireita. Potilaalla ei ollut käsitystä sairaudestaan eikä hän tunnistanut muita oireita kuin ääniharhat. Oireiden normalisointi olikin yksi terapian tekniikoista. Myöskin sairauteen liittyvät poikkeavat ajatukset ja negatiiviset oireet olivat potilaalle tuntemattomia. Normalisoinnin lisäksi kävimme läpi stressitekijöitä, jotka edelsivät ensimmäistä psykoottista jaksoa. Tämä oli tärkeää, jotta potilas pystyisi näkemään yhteydet stressitekijöiden ja psykoosioireiden välillä (McGraw ja Brabban, 2002). Potilaan negatiiviset oireet alkoivat helpottua vasta usean terapiaistunnon jälkeen. Istunnot olivat aluksi vaikeita potilaalle, koska hän ei ollut tottunut puhumaan asioistaan. Terapian alussa potilas vastasi kysymyksiin vain muutamalla sanalla, mutta terapian edetessä hän alkoi spontaanisti puhua asioistaan. Hän ei vielä pystynyt sijoittamaan tuntemuksiaan ajatuksiin vaan vastasi useimmiten: ”se vaan tuli jostain”. Pidin tärkeänä potilaan harhojen ankkuroimista todellisiin tapahtumiin, kuten potilaan elämänsä historiaan. Potilas toikin yhä enemmän esille kokemuksiaan varhaisemmista vaiheistaan, ja pystyimme liittämään niitä hänen kuulemiinsa ääniin ja/tai niistä tekemiinsä tulkintoihin. Potilas kertoi, että vanhemmat pitivät häntä toivottomana tapauksena. He eivät luottaneet häneen, eivätkä uskoneet hänen mahdollisuksiinsa muuttua. Potilas kertoi jo pitkään ajatelleensa, että on ”pelle” ja sen vuoksi vetäytyneensä omiin oloihin. Potilaan itsetunto oli alhainen ja helposti haavoittuva. Toisten ihmisten katseet hän tulkitsi

arvosteleviksi ja oli mielestään oppinut tulkitsemaan niitä. Potilaan kuulemista äänistä antoi tietoa hänen täyttämänsä äänipäiväkirja. Hän tunnisti äänistä vain oman nimensä. Muuten äänet olivat supinaa. Äänien sisältö ja merkitys oli potilaalle uhkaavan arvioiva, ja potilaan mielessä oli pelko siitä, että toiset halusivat hänelle paha. Yritimme potilaan kanssa löytää yhteyttä äänten sisällön ja merkityksen ja hänen aikaisempien kokemustensa välille. Beckin ja Rectorin (2003) ajatus, että alkujaan todellinen ajatus tai kokemus muuttuisi kuuloharhaksi, on mahdollinen tämän potilaan kohdalla. Potilashan kertoi, että on aina kokenut toisten ihmisten arvostelevan häntä ja pitävän häntä outona. Nyt sitten äänet olivat sisällöltään ja merkitykseltään tämän suuntaisia.

Potilas muutti käsitystään siitä, mitä huumeet hänelle merkitsevät. Hän kertoi aloittaneensa huumeidenkäytön kokeilunhalusta ja jatkoi sitä mukavuudenhalusta. Terapian edetessä potilas oli sitä mieltä, että oli myöhemmin hoitanut itseään huumeilla. Päihtyneenä ikävät olot ja ajatukset unohtuivat. Kävimme läpi potilaan huumeiden käyttöön liittyviä uskomuksia. Pyrimme pohtimaan myös huumeiden myönteisiä puolia. Tutkijat painottavatkin, että päihteisiin liittyvien uskomusten käsitteleminen on tärkeää kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ja että samassa hoitopaikassa pitäisi olla psykiatrisen hoidon ja päihdehoidon asiantuntemusta (Baker ym. 2002). Terapian myötä potilas kiinnostui jatkohoidosta ja aloimme suunnitella sitä.

Terapiassa pyrittiin löytämään potilaalle parempia ahdistuksen säätelykeinoja. Alan kirjallisuudessa on esitetty samansuuntaisia ajatuksia. Esimerkiksi Tarrier (2002) pitää tärkeänä, että potilas löytää säätelykeinoja stressin sietämiseksi. Tärkeää on myös se, miten potilas suhtautuu oireisiinsa ja mitä hän osaa niille tehdä. Oman potilaani ahdistuksen säätelykeinot lisääntyivät terapian myötä ja äänet vähenivät. Muutaman kerran potilas halusi eristyksen pariksi päiväksi, kun ulkoiset ärsykkeet kävivät liian vaativiksi. Potilas koki tämän toimivana keinona hallita ahdistustaan. Keskustelimme myös muista mahdollisuuksista säädellä ja hallita lisääntyvää ahdistusta. Olennaista kuitenkin oli vähentää potilaan ääniin liittyvää stressiä ja ahdistusta (French, 2003). Terapian aikana potilas alkoi puhua asioistaan enemmän ja monisanaisemmin ja alkoi tuoda esille myös tunneaspekteja. Potilas pystyi myös hiukan paremmin liittämään ajatuksiaan ja tunnekokemuksiaan reaali maailman tapahtumiin. Myöskin potilaan arki alkoi terapian myötä muuttumaan. Hän ulkoili ja osallistui toimintaterapiaan. Terapian alkuvaiheessa hän ei käynyt ulkona lainkaan ja vietti lähes koko vuorokauden sängyssä. Aktiivisuustason kohottamista onkin pidetty yhtenä tärkeimmistä strategioista negatiivisten oireiden hoidossa (Hogg, 1996).

Potilaan kanssa tekemämme käsitteellistämismalli oli pitkälti Frenchin (2004) esittelemän formulaation näköinen:



Tässä tapauksessa potilas tulkitsi äänet siten, että hänestä puhutaan pahaa ja hänelle halutaan ikävyyksiä. Tämän seurauksena potilas koki olevansa yksin ja eristäytyi huoneeseensa. Hän ei uskonut voivansa vaikuttaa elämäänsä. Toisiin ihmisiin hän ei osannut tai halunnut tutustua. Tällainen käyttäytyminen toimi todennäköisesti myös ns. turvahakuisena käytöksenä (French, 2003). Potilas minimoi sosiaaliset kontaktinsa, vetäytyi huoneeseensa ja näin välttyi ihmisten katseilta.

Kolmen kuukauden terapia on liian lyhyt pysyvämpien muutosten aikaansaamiseksi. Akuutin tilanteen helpottamiseen se näyttää riittävän mutta se, että potilas saisi riittävää varmuutta pärjäämiseensä, vaatii pidemmän terapia-ajan. Lisäksi terapiasuhteen luominen vie yllättävän paljon aikaa, eikä siinä auta kiirehtiä. Päätimme vielä jatkaa kognitiivista psykoterapiaa potilaan kanssa.

Lopuksi

Omat terapiakokemukseni skitsofreniapotilaan terapiasta auttoivat ymmärtämään tämäntyypisen potilaan terapiaprosessia. Terapia näyttäytyi minulle haasteellisena, mutta mielenkiintoisena tutkimusmatkana, jossa voi sattua kaikenlaista odottamatonta eikä lopputulosta voi alussa ennustaa. Kivinen ja Röyks (2001) ovatkin verranneet skitsofreenikon terapiaa eräänlaiseen kumppanuuteen, jossa oppaina toimivat vaihdellen sekä potilas että terapeutti. Skitsofreniapotilasta tulee kuunnella tarkasti ja hänen ilmeitään ja eleitään tarkkailla, jotta odottamattomia käännteitä voisi edes vähän ymmärtää. Käsikirjanomaisesti ei mielestäni voi edetä vaan joustavuutta tarvitaan. Harhaluulot voivat välillä estää terapiatyöskentelyn kokonaan tai sitten muutamia kertoja joudutaan käyttämään potilaan rauhoitteluun, lohduttamiseen ja kuuntelemiseen. Ajoittain potilaan keskittymis- ja

tarkkaavaisuusongelmat sekä muistivaikeudet vaikeuttavat loogista etenemistä ja asioita täytyy kerrata kerta toisensa jälkeen. Yhteistyösuhdetta ja kontaktia tulee tutkia ja varmistaa säännöllisesti niin, että se on potilaalle enemmän tukeva kuin uhkaava. Harhaisia kokemuksia terapiaa itseä kohtaan kannattaa välillä kysyä potilaalta, sillä hän saattaa pelätä tuoda niitä esille terapiasuhteen menettämisen pelossa. Monenlaisten seikkojen samanaikainen huomioiminen tuntuu välillä raskaalta ja tekee terapiasta ajoittain hitaasti etenevän. Voimakkaiden tunteiden keskellä työohjaus antaa tarvittavia lisäeväitä tähän haasteelliseen työskentelysuhteeseen. On myös hyvä muistaa, että pienetkin edistysaskeleet voivat olla merkityksellisiä potilaan pärjäämisen kannalta.

Lähteet

Anttonen, Seppo (2004). Opinnäytetyö: lisensiaatintutkimus. Painossa. Jyväskylän yliopisto.

Anttonen, Seppo (2004). Skitsofrenian kognitiivisen psykoterapian perusteet. *Duodecim*, 120, 394-401.

Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garret, R., Sly, K., Devir, H. & Terry, M. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 106, 233-240.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.

Bechdolf, B., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkötter, M, Hambrecht, R. & Pukrop R. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 21-28.

Beck, A. T. (2002a). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based borrowed guilt: a 1952 case study. Teoksessa: A. P. Morrison, (toim.). *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis* (s.3-14). Hove: Brunner-Routledge.

- Beck, A. T. (2002b). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based borrowed guilt: a 1952 case study. Teoksessa: A. P. Morrison, (toim.). A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis (s.15-18). Hove: Brunner-Routledge
- Beck, A. T. & Rector, N.A. (2003). A Cognitive model of hallucinations. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 19-52.
- Birchwood, M., Fowler, D. & Jackson, C. (2000). Early intervention in psychosis. a guide to concepts, evidence and interventions. Chichester:Wiley
- Birchwood, M., Spencer, E., & McGovern, D. (2000). Schizophrenia: early warning signs. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 93-101.
- Brabban, A. & Turkington, D. (2002). The search for meaning: Detecting congruence between life events, underlying schema and psychotic symptoms. Teoksessa: A. P. Morrison, (toim.). A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis (s.59-76). Hove: Brunner-Routledge.
- Danion, J-M., Kazes, M., Huron, C. & Karchouni, N. (2003). Do patients with schizophrenia consciously recollect emotional events better than neutral events? *American journal of Psychiatry*, 160:10,1879-1881.
- Dunn, H. (2002). Cognitive therapy for psychosis. Teoksessa A. P. Morrison, (toim.). A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis. Hove: Brunner-Routledge.
- Fowler, D. (2000). Psychological formulation of early episodes of psychosis. Teoksessa: M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson, (2000). Early intervention in psychosis. a guide to concepts, evidence and interventions (s.101-127). Chichester:Wiley
- Fowler, D.P., Garety, P. & Kuipers, E. (1995). Cognitive behavior therapy for psychosis. Theory and practice. NY: Wiley
- French P. (2003). Paul Frenchin workshop psykoosien terapiasta ja interventiosta. Jyväskylä, 13.-14.10.2003.
- Garety, P.A., Kuipers, L., Fowler, D., Chamberlain, F. & Dunn, G. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 259-271.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Moring, J., Tarrier, N. & Lewis, S.(2002). Teoksessa Morrison, A.P. (toim.), A casebook of cognitive therapy for psychosis (s.265-280). Hove: Brunner-Routledge

- Hogg, L. (1996). Psychological treatments for negative symptoms. Teoksessa G. Haddock ja P.D. Slade (toim.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Ilonen, T., Taiminen, T., Karlsson, H., Lauerma, H., Leinonen, K.M., Wallenius, E. & Salokangas, K. R., (1999). Neuropsychological subtyping of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 87, 183-192.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. NY: Guilford.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (toim.), (2002). *The case study guide to cognitive behaviour therapy for psychosis*. Chichester: Wiley.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. NY: Guilford.
- Kivinen, P. (1999). Psykoottisen kokemuksen avautuminen. Näkökohtia skitsofreniapotilaan kognitiivisesta terapiasta. *Argumentteja 1/1999*. Mielenterveyden keskusliitto ry, Vantaa.
- Kivinen, P. & Røyks, R. (2001). Skitsofrenia. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila ja N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.245-257). Helsinki: Duodecim.
- Hakala, S., Kuukankorpi, P., Nousiainen, H., Perämäki, P. & Valkonen, E. (1996). Skitsofrenian hoito – onko jo kognitiivisen terapian aika. Teoksessa A. Toskala (1996). *Kognitiivinen psykoterapia: Uudet kehityslinjat ja sovellukset*. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä, numero 25, ss 109-153.
- McGraw, L. ja Brabban, A. (2002). From a position of knowing: The journey into uncertainty. Teoksessa Kingdon D., ja Turkington, D. *The case study guide to cognitive behaviour therapy of psychosis* (s.27-48). Chichester: Wiley.
- Morrison, A.P. (toim.), (2002). *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. Hove: Brunner-Routledge.
- Morrison, A.P., Bentall, R. P., French, P, Walford, L., Kilcommons, A., Knight, A. Kreutz, M. & Lewis, S. W. (2002). Randomized controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. *British Journal of Psychiatry*, 181, 78-84.

- Negrete, J. C. (2003). Clinical aspects of substance abuse in persons with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 14-21.
- Niendam, T. A., Bearden, C.E., Rosso, I.M., Sanchez, L.E., Hadley, T., Nuechterlein, K.H. & Cannon, T.D. (2003). A prospective study of childhood neurocognitive functioning in schizophrenic patients and their siblings. *American journal of Psychiatry*, 160, 2060-2062.
- Ojanen, M. & Sariola, E. (1985). *Skitsofrenia - tie paranemiseen*. Helsinki: Otava
- Pelic, C. G. & Schuyler, D. (2002). Rethinking the treatment of psychotic disorders. *Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry*, 4(5), 198-199.
- Rector, N. A. & Beck, A. T. (2002). Cognitive therapy for schizophrenia: From conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 41-50.
- Renton, J. (2002). Cognitive therapy for paranoiija. *Teoksessa: Morrison, A.P. A casebook of cognitive therapy for psychosis (s.19-36)*. Hove: Brunner-Routledge
- Rollnic, S. & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Silver, H., Feldman, P., Bilker, W., & Gur, R.C. (2003). Working memory deficit as a core neuropsychological dysfunction in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1809-1816.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J & Deasy, D. (1998). *Psychiatric morbidity of prisoners in England and Wales*. London. ONS in: WHO Collaborating Centre, Institute of Psychiatry, RSM, London.
- Steele, J., Darjee, R. & Thomson, L. (2003). Substance dependence and schizophrenia in patients with dangerous, violent and criminal propensities: a comparison of co-morbid and non-co-morbid patients in a high-security setting. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14, 569-584.
- Tarrier, N. (2002). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. *Teoksessa: A. P. Morrison, (toim.), A casebook of cognitive therapy of psychosis (s.79-109)*. Hove: Brunner-Routledge.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., haddock, G. ja Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 1;317, 303-307.

Toskala, A.(1996). Kognitiivinen psykoterapia: Uudet kehityslinjat ja sovellukset. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä, numero 25.

Vankimielisairaalan tilastot (2003). Tilastot, yhden päivän otanta. Vankimielisairaala, Turku.