

Uskonnollisten harhaluulojen hoito kognitiivisessa psykoterapiassa

Virpi Kinnunen

Tässä artikkelissa tarkastellaan uskonnollisten harhaluulojen hoitamista Beckin, Rectorin, Stolarin ja Grantin (2009) kognitiivisen mallin pohjalta. Potilaan uskonnollisuus on psykoterapiassa usein monenlaisia tunteita herättävä ja vaikeaksikin koettu asia. Artikkelin tarkoituksena on antaa lisää työvälineitä potilaan uskonnollisuuden kohtaamiseen ja työstämiseen terapiasuhteessa. Keskeisinä kysymyksinä ovat mistä tunnistaa uskonnollisen harhaluulon, mitkä ovat uskonnollisten harhaluulojen terapian pääpiirteet ja mitä erityispiirteitä terapiaan liittyy.

Käsittelen tässä artikkelissa uskonnollisten harhaluulojen työstämistä kognitiivisessa terapiassa. Mielenkiinto aihepiiriä kohtaan nousi käytännön työstä, ja tämä artikkeli perustuu psykoterapiakoulutusta varten tekemääni lopputyöhön. Työskentelen kognitiivisena terapeuttina oikeuspsykiatriassa sairaalassa skitsofreniaa sairastaville potilaille, joilla on usein uskontoon liittyvää psykoottista oireilua. Olen toiselta koulutukseltani uskontotieteilijä ja kiinnostunut uskonnoista ja uskonnollisista ilmiöistä. Toivon löytäväni uutta näkökulmaa ja käytännön

välineitä psykoterapiatyöhön sekä haasteelliseksi koetun aihepiirin työstämiseen.

Artikkelin keskeiset käsitteet ovat harhaluulot, hallusinaatiot sekä uskonto. Harhaluulot eli deluusiot ovat psykoottisen oireilun ydin. Ne ovat DSM-IV:n mukaan jäykkiä ja usein hitaasti muuttuvia uskomuksia, jotka ahdistavat henkilöä tai häiritsevät hänen elämänsä vaikuttaen myös ihmissuhteisiin. Kognitiivisen terapian näkökulmasta harhaluulot nähdään joustavina ja muuntuvina, muun muassa potilaan vakuuttuneisuuden asteen ja uskomuk-

sen voimakkuuden suhteen. Harhaluulot ovat usein epätarkkoja, irrationaalisia ja kulttuuriin sopimattomia. Uskonnolliset harhaluulot voivat olla paranoidisia eli vainoharhaluuloja, grandioottisia eli suuruusharhaluuloja tai itsen vähättelyyn liittyviä harhaluuloja (Kingdon ja Turkington, 2005; Wilson, 1998). Vainoharhaluulo on esimerkiksi kokemus siitä, että henkiolennot testaavat ja koettelevat uskoa. Henkilö, jolla on suuruusharhaluulo voi kuvitella olevansa uskonnollinen merkkihenkilö. Itsen vähättelyyn liittyvät harhaluulot voivat sisältää ajatuksen arvottomuudesta suurien syntiensä tähden.

Harhaluuloihin liittyy usein aistiharhoja eli hallusinaatiota. Ne ovat ihmisen todelliseksi kokemia eri aistinalueiden aistimuksia, joita ei ole aiheuttanut mikään aistinelimeen kohdistunut ulkoinen ärsyke. Tyypillisiä skitsofreniaan liittyviä aistiharhoja ovat kuuloharhat eli henkilö voi esimerkiksi kuulla Jumalan puhuvan hänelle. Uskonnollisessa näköharhassa henkilö voi nähdä esimerkiksi enkelin tai paholaisen. Sanan uskonto etymologia viittaa uudelleen liittymiseen tai yhtymiseen (lat. *relegare*). Uskontopsykologi Palouzinin (1998) mukaan uskonnon universaalisuus kertoo ihmisen jonkinlaisesta perustarpeesta korjata tiettyä särkyneisyyttä itsessään. Uskonto voi esimerkiksi antaa elämälle mielekkyyttä ja tarkoitusta. Etymologiselta pohjalta uskonnon idea viittaa siihen, että ihmiset pyrkivät kohti kokonaisuuden tai täydellisyyden tunnetta. Uskonnon kautta ihminen voi kokea olevansa osa tiettyä kulttuuriperintöä sekä arvo- ja ajatusjärjestelmää. Uskontoon liittyy yleensä vuorovaikutusta yliluonnollisten ilmiöiden, kuten henkien ja jumalaolentojen kanssa (DSM IV; Palouzin, 1983).

Terveen ja sairaan uskonnollisuuden välinen raja on liukuva ja vaikeasti määriteltävissä. Mielen terveys on ylipäätään suhteellinen käsite. Vielä 200 vuotta sitten esimerkiksi harha-aistimukset tulkittiin viesteiksi Jumalalta. Monilla uskonnollisilla johtajilla on ollut psykoottiseksi tulkittavaa oireilua, mutta he ovat olleet yhteisössään keskeisiä ja ihailtuja hahmoja (Lukoff, 2010; Palouzin, 1983). Moni uskonnollinen liike on saanut alkunsa äänien kuulemisesta (Tobert, 2010). Useissa Raamatun tapahtumissa esiintyy Jumalan ääni. Perimätiedon mukaan profeetta Muhammed kokosi Koraanin henkikirjoituksella. Mormonikirkko on syntynyt enkelin ilmestyksen seurauksena. Kulttuuri ja ympäristö vaikuttavat olennaisesti siihen, millainen käyttäytyminen tulkitaan psykoottiseksi.

Nyky-yhteiskunnassa psykoottisuuden käsitteestä käydään keskustelua. Joidenkin tutkimusten mukaan noin kolmasosalla ihmisiä on ollut uskonnollisia tai mystisiä kokemuksia (Clarke, 2010). Claridgen (2010) mukaan psykoottisuutta voitaisiin tarkastella ikään kuin piirteenä, psykotisismina, joka kattaa tietynlaisia realiteetit ja arjen tason ylittävää ajattelua ja käyttäytymistä ja jonka ääripäänä olisi sairaudenasteinen psykoottisuus. Henkilö voi esimerkiksi uskoa suojeluskeliin, ajatella tätä ja ehkä kokea tämän läsnäolon. Sen sijaan sairaudenasteisessa uskonnollisuudessa uskonnollinen toiminta alkaa rajoittaa omien tavoitteiden saavuttamista ja hyvinvointia. Radikaalimpien antipsykiatristen ajattelijoiden mukaan psykoottiseksi diagnosointi on vain tapa leimata yhteiskunnallisesti poikkeavaa, erilaista käyttäytymistä (Szasz, 1961).

Maagiset ja yliluonnolliset uskomukset liitty-

vät useimmiten skitsofreniaan. Harhaluuloja voi esiintyä myös maanis-depressiivisessä psykoosissa tai harhaluuloisuushäiriöissä. Uskonto ei ole sinänsä sairauden etiologian kannalta merkittävä tekijä, mutta se vaikuttaa henkilön käyttäytymiseen ja sitä kautta ajatuksiin sekä sairauden ilmenemismuotoon (Wilson, 2006). Mielisairaudelle annetaan eri uskonnollisissa suuntauksissa erilaisia selitysmalleja. Esimerkiksi osa mormoneista mieltää mielisairauden synnin ilmenemismuodoksi siten, että sairastuminen olisi seurausta synnin tekemisestä (Barlow & Bergin, 1998). Islaminuskossa uskonto läpäisee kaikki elämän alueet, kuten esimerkiksi mielisairaudesta, ja sairauksilla voi olla useita uskonnollisia merkityksiä (Husain, 1998). Potilaan näkökulmasta oireisiin voi liittyä voimakkaita tunteita, kuten esim. häpeää, mikä voi vaikeuttaa niistä puhumista (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009; DSM IV). Psykoterapian näkökulmasta on olennaista yrittää ymmärtää, mitä merkityksiä potilaan mielessä omaan sairastumiseen liittyy.

Uskonto voi olla potilaalle merkittävä voimavara, mutta toisaalta myös kärsimyksen lähde (Pargament & Brant, 2006). Se voi tuoda elämään mielekkyyttä, hallintakeinoja ja ihmissuhteita. Toisaalta esimerkiksi uskonnon arvot ja moraalijärjestelmä voivat olla ahdistavalla tavalla ristiriidassa henkilön omien motiivien ja tarpeiden kanssa.

Hoitohenkilökunnan suhtautumista uskonnollisia harhaluuloja kokeviin potilaisiin leimaa usein epävarmuus ja keinottomuus. Helposti koetaan että, hoitajan tulisi ymmärtää potilaansa maailmankuvaa, jotta häntä voi auttaa. Uskonnon luonne sinänsä on arkisen

kokemisen tason ylittävä ja on vaikea arvioida milloin uskonnollinen toiminta on ”poikkeavaa” tai jotenkin väärillä urilla. On vaikea arvioida, milloin esimerkiksi henkilö meditoi liikaa tai missä määrin on normaalia tuntee henkien läsnäoloa. Saman uskonnon sisälläkin on erilaisia käsityksiä sekä toimintatapoja, ja viime kädessä jokainen itse rakentaa oman versionsa uskonnosta. Tässä artikkelissa tarkastelen uskonnollisten harhaluulojen hoitoa Beckin, Rectorin, Stolarin ja Grantin (2009) kognitiivisen mallin mukaisesti. Se myötäilee pitkälti Kingdon ja Turkingtonin (2005) kognitiivis-behavioraalista mallia. Keskeisinä kysymyksinä ovat mistä tunnistaa uskonnollisen harhaluulon, mitkä ovat uskonnollisten harhaluulojen hoidon pääpiirteet ja mitä erityistekijöitä niiden hoitoon liittyy.

MISTÄ TUNNISTAA USKONNOLLISEN HARHALUULON?

Uskontoon liittyvän uskomuksen osoittaminen harhaluuloksi on haasteellista, koska potilaan uskomuksia ei voida käytännössä testata samalla tavalla kuin muita uskomuksia. Jos potilas esimerkiksi kokee henkiolennon kiusaavan itseään, väitteen paikkansa pitävyyttä on vaikea testata käytännössä sikäli, että henkiolento ei ole aistein havaittavissa. Monet uskonnon piiriin kuuluvat ilmiöt ja teemat, kuten esimerkiksi uudelleen syntyminen tai henkiolennon vallassa oleminen, ovat vaikeasti ymmärrettävissä ja niiden merkitystä voidaan tulkita ja ymmärtää monella tavalla.

Uskonnolliset harhaluulot voivat olla osa normaalia uskomusjärjestelmää. Etenkin vieraasta kulttuurista ja vieraan uskonnon

piiristä tulevalle vähäinen tieto voi vaikeuttaa harhaluulojen tunnistamista. Esimerkiksi muslimin uskomus maailmassa vaikuttavista henkiolennoista jinneistä ei ole harhaluulo tai psykoosin oire (Beck ym., 2009). Psykoottisen henkilön uskonnollinen sanasto on usein epäloogista ja se sisältää usein neologismeja. Uskonnollista sanastoa käytetään poikkeavalla tavalla ja keskeisiä hahmoja (jumala, paholainen) rinnastetaan oudolla tavalla. Psykoottisen henkilön harhaluulot eivät saa kannatusta omassa uskonnollisessa yhteisössä, vaikkakin ne voivat muistuttaa yhteisesti jaettuja uskomuksia (Kingdon, Siddle, Naeem & Rathod 2010).

Henkilöt, joilla ei ole psykoosisairautta, ymmärtävät erikoiset kokemuksensa helpommin osaksi omaa uskonnollista viitekehystä. Monilla ihmisillä on uskomuksia yliluonnollisista ilmiöistä, kuten enkeleistä. Enkelin kokeminen arkipäivässä voi olla heille turvallisuuden tunnetta tuova ja elämää rikastuttava kokemus. Skitsofreniaa sairastaville tällaiset uskomukset kuitenkin aiheuttavat enemmän kärsimystä ja pelkoa kuin esimerkiksi henkilöille, joiden yliluonnolliset kokemukset liittyvät psykoosiin liittyneeseen persoonallisuushäiriöön. Skitsofreniaa sairastavan on usein vaikea kyseenalaistaa uskonnollisten selitysmallien järkevyyttä ja nähdä asiaa vaihtoehdoista näkökulmasta. He eivät välttämättä kykene tarkastelemaan uskonnollista kokemusta oman mielen tuotteena, vaan näkevät sen todellisena tapahtumana. Heiltä puuttuu tietoisuus omien ongelmien luonteesta (Beck ym., 2009).

Paranoidinen potilaani syytti minua terapian alussa ”psykiatria-uskonnon” edustajaksi seu-

rauksena siitä, että yritin pohtia hänen kanssaan vaihtoehtoisia syitä äänien kuulemiselle. Koska psykoosien tarkkaa syytä ei tunneta, hänen ongelmiensa taustalla vaikuttivat hänen mielestään henkiolennot, joilla Jumala koetteli hänen uskoaan. Henkiolentojen vaikutuksen alaisena hän oli ahdistunut ja hän koki henkien syyttelevän itseään.

Yllä olevassa esimerkin potilas oli terapian alkuvaiheessa hyvin loukkaantunut siitä, että yritin nähdä vaihtoehtoisia selitysmalleja hänen kokemuksilleen. Vasta myöhemmin luottamuksen kasvettua ja lääkityksen muututtua hän kykeni hyväksymään kognitiivisen mallin näkökulman yhtenä vaihtoehtona oireilleen.

Kingdon, Siddle, Naeem & Rathod (2010) on esitellyt kriteerejä, joiden avulla arvioida sitä, ovatko uskonnolliset ajatukset psykoottisia. Ensinnäkin on selvitettävä harhaluulon voimakkuus eli kuinka vahvasti henkilö on vakuuttunut uskomuksestaan. Psykoottinen henkilö on yleensä hyvin vakuuttunut uskomuksistaan. Toiseksi on huomioitava uskomuksen asiayhteys eli kuinka huonosti tai hyvin uskomus sopii henkilön tilanteeseen ja kulttuuriin. Psykoottisen henkilön harhaluulo vaikuttaa usein tilanteeseen sopimattomalta. Kolmanneksi on arvioitava se miten huolestunut henkilö on uskomuksesta ja kuinka paljon aikaa menee sen pohtimiseen. Psykoottisella henkilöllä uskonnollisten asioiden pohtiminen vie merkittävän osan ajasta. Neljänneksi on arvioitava kuinka järkeenkäypä tai uskotava henkilön uskomus on. Kuten aiemmin jo todettiin, psykoottisen henkilön uskomukset ovat ristiriitaisia ja epäloogisia. Lisäksi olisi hyvä arvioida se kuinka vahvasti henkilö uskoo, että kokemus liittyy häneen itseensä. Psykoottinen henkilö kokee tapahtumat itseensä

liittyviksi (Beck ym., 2009; Kingdon, Siddle, Naeem & Rathod 2010). Joidenkin näkemysten mukaan uskonnollisia harhaluuloja voidaan diagnosoida vain epäsuorasti eli kiinnittämällä huomiota muihin mielenterveydenhäiriöistä kertoviin oireisiin. Näitä voivat olla vaikkapa ristiriita henkilön sanojen ja käyttäytymisen välillä sekä tunteiden, ajatusten ja toiminnan häiriöt (Sims 1992).

Apuvälineenä poikkeavan uskonnollisuuden erottamisessa tavanomaisesta voi käyttää uskonnollisten asiantuntijoiden haastattelua ja uskontotieteellisen kirjallisuuden lukemista sen tiedon saamiseksi, millaisia ovat kunkin uskonnon tavanomaiset uskomukset ja rituaalit (Beck ym., 2009). Uskonnon opinkappalet ovat usein myös dokumentoitu uskonnollisen organisaation kokouksissa, esimerkiksi kirkolliskokouksissa (Kingdon ym., 2010).

HARHALUULOJEN ARVIOINTIVAIHE

Terapiasuhteen rakentaminen

Terapiassa keskitytään alkuvaiheessa myönteisen terapiasuhteen rakentamiseen ja keskustellaan potilaan kertomista ongelmista. Psykoosisairauksien kohdalla hyvän terapiasuhteen rakentamiseen tarvitaan usein pitkä aika. Terapeutin on hyvä olla avoin, hyväksyvä ja kiinnostunut potilaan kokemusta kohtaan (Anttonen, 2008; Beck ym., 2009). Omasa terapiatyöskentelyssäni olen osoittanut kiinnostusta esimerkiksi kuuntelemalla potilaan käsitystä hänen uskonnostaan, siihen liittyvästä elämäntavasta ja mahdollisesti hänen kulttuuristaan. Lähetystyötä painottavien uskonnollisten liikkeiden edustajien voi

olla aiheellista antaa kertoa alkuun ”markkinointipuhe” uskonnostaan, jonka jälkeen he pystyvät velvollisuutensa suoritettuaan keskittymään muuhun.

Uskonnollisia harhaluuloja voidaan työstää vasta kun terapeutin suhde on riittävän vahva. Terapeutin on oltava varovainen siinä, ettei hän lähde tukemaan potilaan harhaluuloja. On hyvä pitäytyä potilaan kokemuksessa, sen sijaan että puhutaan asioiden tapahtumisesta. Harhaluuloa kyseenalaistava tyyli sen sijaan aiheuttaa potilaassa vastarintaa ja vahvistaa entisestään harhaluuloa. Joskus terapeutin voi olla vaikea suhtautua empaattisesti outoihin, uhkaaviin tai sekaviin uskomuksiin. Tällöin terapeutin voi koettaa eläytyä potilaan rooliin siitä näkökulmasta, miten hankalalta potilaasta mahtaa tuntua kun hän pitää kiinni tällaisista uskomuksista ja joutuu toimimaan näiden pohjalta (Beck ym., 2009).

Uskonnollisia teemoja sivuttaessa terapeutin ei ole aiheellista kertoa omista uskonnollisista näkemyksistään, koska tämä voi tuottaa keskusteluun moralistista sävyä. Potilaan voi olla vaikeampi kertoa itsestään terapeutille, joka tuo esille omia uskonnollisia näkemyksiään (Kingdon ym., 2010). Terapeutit, jotka eivät itse ole uskonnollisia, kyseenalaistavat vähemmän jopa virheellisiä uskonnollisia uskomuksia. Mikäli he kyseenalaistavat niitä, voivat uskovaiset potilaat reagoida siihen kielteisesti. Terapeutin ja potilaan yhteinen uskonnollinen viitekehys voi olla myös haitallinen, koska se voi estää potilaan uskomusten avointa tarkastelua eli voi syntyä oletus siitä, että uskontoon liittyvät asiat koetaan samalla tavalla. Samaa uskontoa edustava terapeutti voi myös reagoida tiedostamattaan

voimakkaammin, jos havaitsee, että potilaalla on valtavirrasta poikkeava käsitys. Tämä voi käytännössä näkyä esimerkiksi väärinkäsitysten oikaisemisena liian suoralla tavalla. (Anttonen 2008, Beck ym., 2009, Kehoe, 1998; 1994, Kingdon ym., 2010).

Usein harhaluuloja päästään työstämään avoimen keskustelun kautta, kun potilas tuo esille ongelmiaan. Terapeutin tulisi välttää käyttämästä käsitteitä harhaluulo tai skitsofrenian oire, kun puhutaan henkilön uskomuksista ja ajatuksista. Jos harhaluuloja on paljon, riippuu potilaasta, onko mielekkäintä kartoittaa terapiassa ensin harhaluuloja niiden syntyhetkestä käsin vai käsitellä tuoreinta, mielessä olevaa ahdistusta aiheuttavaa harhaluuloa. Usein on järkevää lähteä liikkeelle vähemmän tunteita herättävistä harhaluuloista. Harhaluulot kartoitetaan mahdollisimman perusteellisesti esimerkiksi keston, sisällön ja niiden herättämien tunteiden osalta. On myös tärkeää saada käsitys harhaluulojen syntytilanteesta esimerkiksi keskustelemalla potilaan silloisesta elämäntilanteesta. Terapeutti yrittää ymmärtää näiden uskomusten ja elämäntilannetekijöiden välistä yhteyttä (Beck ym., 2009).

Kognitiivisten vääristymien kartoittaminen

Harhaluulojen taustalla vaikuttaa yleensä kognitiivisia vääristymiä, joista terapeutin on oltava tietoinen. Terapeutti arvioi niiden olemassaolon, määrän ja esiintyvyyksiheyden ja ”kuumat tilanteet”, jotka johtavat vääristyneisiin tulkintoihin ja harhaluulon vahvistumiseen. Kognitiivisia vääristymiä ovat

esimerkiksi valikoiva yleistäminen, katastrofiajattelu ja kaikki tai ei mitään -päätely. Valikoivassa yleistämisessä potilas tekee johtopäätöksiä muutaman havainnon pohjalta. Katastrofiajattelussa potilas ennakoii pahinta mahdollisuutta. Kaikki tai ei mitään -ajattelua edustaisi esimerkiksi se, että potilas uskoo olevansa vain joko täysin syntinen tai synniton (Beck ym., 2009). Välimuotoja ei löydy. Alla kuvattu terapiatilanne havainnollistaa ”kaikki tai ei-mitään” -ajattelua:

Terapiapotilaani ongelmana oli että hänestä tuli psykoosin aikana aggressiivinen ja vihamielinen. Hyvin voidessaan potilas toi esille terapiassa, että ”kunnon uskova ei koskaan ole vihainen, hermostu, eikä ilmaise kielteisiä tunteita. Hän on aina ystävällinen kohtelias ja hyvällä tuulella.” Pohdimme yhdessä sitä kuinka monta tällaista muslimia hän kykenee nimeämään. Potilas päätyi toteamaan, että näiden kriteerien täyttäminen aina ja joka hetki ei ole mahdollista kenellekään.

Terapeutti keskittyy erityisesti tulkintoihin, jotka heijastavat internalisointia, eksternalisointia ja minäkeskeistä kognitiivista vääristymää. Internalisoiva potilas liittyy toisten ihmisten toimintaan pahantahtoisia aikomuksia. Ahdistunut potilas voi esimerkiksi nähdä toiset ihmiset häntä tarkkailevina tai vakoi-levina. Eksternalisoiva potilas mieltää sisäiset tunteet ulkoisista tekijöistä johtuviksi. Esimerkiksi eräs potilaani piti mieleen tulleita seksuaalisia yllykkeitä ja negatiiviseksi tulkit-tavia ajatuksia saatanaan kiusoitteluna. Minä-keskeisessä ajattelussa henkilö kokee tiedon itseen liittyväksi tai viittaavaksi, vaikka se ei ole. Asiat saavat merkityksen suhteessa itseen. Terapiassa on tärkeää hahmottaa myös ne kognitiiviset vääristymät, jotka liittyvä harha-

luulojen kuviteltuihin seurauksiin. Harhaluulojen aktivoitua potilaan kognitiiviset vääristymät, taipumus luokitella ihmisiä hyviin ja pahoihin sekä tehdä päätelmiä tunteen tai kehotuntemuksen pohjalta pitävät harhaluuloja yllä. Myös tiedonkäsittelyn puutteet sekä reaalielämän ongelmien ylläpitävät harhaluuloja ja estävät sen, että ne voitaisiin osoittaa paikkansa pitämättömäksi (Garety, Hemsley & Wessely, 1991).

Funktionaalinen analyysi

Funktionaalisen analyysin vaiheessa tutkitaan tarkemmin, mitkä tilanteet laukaisevat harhaluuloisen tulkinnan ja mitkä tekijät ylläpitävät sitä. Joskus potilaan voi olla vaikea nimetä erityisiä tilanteita ja tämä saattaa edellyttää omien tunteiden tunnistamisen opettelua ja tunnetyötä. Fokuksessa on potilaan tilanteista ja kokemuksistaan tekemien arviointien ymmärtäminen. Potilasta ei tule liian voimakkaasti painostaa tutkimaan harhaluuloja vahvistavia yksityiskohtia ja hänen tunnetilaansa tulee jatkuvasti tarkkailla (Beck ym., 2009).

Harhaluulot herättävät monenlaisia tunnereaktioita ja sen kautta toimintaa, joka usein lisää itsessään lisää ahdistusta ja pitää harhaluuloa yllä. Esimerkiksi pahojen henkien piinaama ihminen saattaa eristäytyä ja vetäytyä, eikä saa palautetta siitä ettei henkiä ole asunnon ulkopuolella. Terapia tarjoaa potilaalle uusia selviytymiskeinoja ja tähtää sellaisen toiminnan vähentämiseen, joka ei tue potilaan sopeutumista. Tällaisiin kuuluvat muun muassa eristäytyminen, välttely, tuen haku ja muut turvatoimet. Terapiastrategiat tähtäävät harhaluulojen jäykkyyden, huoleh-

timisen ja stressin vähentämiseen sallien potilaan toimia paremmin (Beck ym., 2009).

Käsitteellistäminen

Käsitteellistäminen tarjoaa potilaalle näkemyksen siitä mistä hänen ongelmassaan on kyse. Harhaluulot saavat usein ilmenemismuotonsa nuoruusiässä. Ne pohjautuvat uskomuksiin ja ajattelutapoihin, joita henkilöllä on ollut ennen harhaluulojen syntyä. Esimerkiksi suuruusharhaluulot pohjautuvat usein elämänkriiseihin, joiden seurauksena henkilö on alkanut pitää itseään huonona tai arvottomana. On tärkeää ymmärtää henkilön ydinuskomuksia ja se tilanne, missä harhaluulot ovat syntyneet:

Terapiapotilas koki psykoosissa seurakunnan pappien puhuvan itselleen moittivaan sävyyn. Potilaan omista ydinuskomuksista ilmeni ajatus siitä, että hän on huono, eikä osaa mitään. Tämän uskomuksen syntymiseen olivat vaikuttaneet muun muassa vaikeudet koulussa ja liian yksin jääminen omassa perheessä. Potilaan kokemat äänet vahvistivat uskomusta itsestä huonona. Potilaan täytyi vaimentaa äänet alkoholinkäytöllä, jonka seurauksena hän selvisi elämässä entistä heikommin.

Käsitteellistämisen kautta potilas ymmärtää miten menneet ja nykyiset tapahtumat edesauttavat harhaluulon ylläpitämistä. Hän hahmottaa paremmin psykoosille altistavia tekijöitä, sitä laukaisevia tekijöitä ja ylläpitäviä tekijöitä. Käsitteellistämisen jälkeen terapeutti ja potilas voivat yhdessä miettiä hoidolle tavoitteita. Ennen terapian tavoitteiden miettimistä potilaan olisi tunnistettava se, että harhaluuloiset tulkinnat aiheuttavat stressiä tai vaikeuksia elämässä ja hänen tuli-

si olla avoin pohtimaan sitä, miten voisi voida paremmin ja tulla paremmin toimeen omien uskomusten kanssa (Beck ym., 2009). Kuviossa 1 on käsitteellistetty terapiapotilaani psykoosin kehittymiseen vaikuttaneita tekijöitä.

Terapian alkuvaiheessa potilaalla oli hyvin hauras käsitys omasta sairaudestaan. Hän oli hyvin paranoidinen, eikä halunnut minun tekävän esimerkiksi muistiinpanoja. Oviva-

loa päälle pistäessäni potilas kysyi käynnistänkö nauhurin. Hän ei kyennyt löytämään mitään vaihtoehtoisia selitysmalleja kuulemilleen äänille, vaan hän koki ne uskontoon liittyvinä henkiolentoina. Terapian alussa käytettiin aikaa tutustumiseen, potilas kertoi elämästään ja uskonnostaan painottaen onnistumisia. Piirrettiin elämänviivaa, mihin potilas merkitsi oman elämänsä hyviä ja ikäviä tapahtumia. Hoidon edetessä ja pa-

GENEETTINEN ALTTIUS	HAAVOITTAVAT ELÄMÄNTAPAHTUMAT
Suvussa psykoosisairauksia	Vanhempien riitaisa avioliitto
	Oppimisvaikeudet
	Fyysisten vammojen takia kariutunut ammatti-ura
	Päihteet
	Traumaattiset muistot psykiatrisesta hoidosta

PSYKOOSIN VÄHITTÄINEN KEHITTYMINEN

Äänet: Loukkaavat ja halveksivat pahojen henkien äänet, kuiskaukset, keskenään puhuvat äänet, kehottavat äänet

Toiminta, kompensatio, turvakäyttäytyminen: Valppaus, varuillaan olo, kääntyminen uskontoon, Raamatun lukeminen, eristäytyminen, puolustautuminen

Tunne: Pelko, epäluulo, hermostuneisuus, huoli, häpeä

Tulkinta: Jotain kamalaa on tapahtumassa.
Paholainen houkuttelee minua pois uskonnon tieltä
Olen epäonnistunut
Olen syntinen
Olen toiminut väärin.

Ajatukset: Jumala koettelee minua. On sotatila, minua vainotaan ja tarkkaillaan.
Pohdin hyvyyttä ja pahuutta maailmassa, CIA:ta, Ku-Klux-Klania, Al-Qaidaa, natseja, intifadaa. Maailmassa on sotatila. Ihmisillä on varmaan salaisia aseita.

Kuvio 1. Käsitteellistämiskaavio terapiapotilaan uskonnollisesta psykoosista: mies 30 v. Tapaus on mukailtu ja tunnistetiedot häivytetty.

remman lääkityksen löydyttyä potilas kykeni näkemään elämässään myös ongelmia ja pohtimaan muita syitä ahdistaville tuntemuksilleen ja peloilleen kuin vain uskonnolliset syyt. Hän tunnisti kariutuneen uran, riitaisen perheympäristön sekä päihteidenkäyttönsä yhteyden vaikeuksiinsa ja alkoi pohtia omaa rooliaan mielenterveytensä hoitamisessa. Hän kykeni ottamaan vastaan tietoa psykoosia aiheuttavista tekijöistä ja hyväksymään ne yhtenä vaihtoehtoisena selityksenä omille hallusinaatioilleen.

Potilaan ydinuskomuksista löytyi runsaasti huonommuuden tunnetta ja epävarmuutta, mitä hän kompensoi kääntymällä uuteen uskontoon ja ottamalla tämän uskonnon sisällä hyvin tiukan asenteen. Hänen oli vaikea hyväksyä inhimillisiä tunteitaan sekä tarpeitaan ja hän vaati itseltään paljon.

HARHALUULOJEN HOITO

Psykoedukaatio ja normalisointi

Harhaluulojen hoito tähtää niistä vakuuttuneisuuden, niiden läpituotteisuuden ja niiden aiheuttaman stressin vähentämiseen. Hoidon alussa potilaan kanssa käydään läpi käsitteellistäminen, jonka kautta potilaalle tulee käsitys siitä, millaisia asioita hänen ongelmiinsa liittyy. On tärkeää, että potilas pystyy rakentamaan omalta kannaltaan mielekkään selityksen oireilleen. Tähän selitysmalliin voi kuulua mielestäni myös uskonnollisen maailmankuvan vaikutus. Alkuvaiheessa on keskeistä yrittää normalisoida potilaan kokemuksia ja tarjota psykoedukaatiota hänen sairaudestaan. Psykoottisten ilmiöiden näkeminen jatkumo-

na normaaleista kokemuksista antaa potilaalle toivoa ja edesauttaa psykoottisen kokemuksen ymmärtämistä (Anttonen, 2008). Uskonnollisia kokemuksia voidaan normalisoida käyttäen esimerkkinä tunnettujen hahmojen mystisiä kokemuksia (Paavali Damaskoksen tiellä, Muhammedin ilmestykset). Normalisointi voi auttaa potilasta kertomaan kokemuksistaan, koska ne eivät enää tunnu niin oudoilta tai poikkeavilta. Normalisointi tulee tehdä kuitenkin siten, ettei väheksytä potilaan kuvaamaa ahdinkoa ja stressiä, vaan sitä validoidaan (Beck ym., 2009).

Coxin ja Cowlingin (1989) tutkimus on osoittanut, että suuri osa väestöstä uskoo haamuihin (25%), taikaukseen (25%) ja paholaiseen (23%). Yliluonnolliset uskomukset eivät sinänsä tee kenestäkään sairasta. Normalisointivaiheessa voidaan tuoda esille myös, että suuri määrä ihmisiä jakaa potilaan käsityksiä Jumalasta, Allahista tms. maailmassa. (Beck ym., 2009). Uskontoa ja uskonnollisia ilmiöitä esiintyy jopa varhaiskantaisissa kulttuureissa. Omassa terapiatyöskentelyssäni olen tuonut esille, että potilaan uskonnollisuudella on selvästi myös hyviä vaikutuksia potilaan elämään. Se on saattanut esimerkiksi antaa potilaan elämälle merkitystä ja tuoda uusia sosiaalisia suhteita.

Sosialisaatio ja harhaluulojen testaaminen

Jotta terapeutin ja potilaan yhteistyösuhde vahvistuu, potilaalle esitellään psykoosien kognitiivinen malli. Hän alkaa ymmärtää ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen yhteyttä suhteessa koettuun ja havaittuun ongelmaan. Potilas voi täyttää ajatuspäiväkirjoja ja oppia

testaamaan ajatuksiaan. (Beck ym. 2009).

Terapiassa pyritään yhteistyössä tutkimaan potilaan mielessä olevia harhaluuloa tukevia todisteita ja löytämään ne päivittäisessä elämässä esiintyvät virhetulkinnat, jotka vahvistavat harhaluuloa ja tuottavat stressiä potilaalle. Oireilussa uskonnon kannalta asianmukaiset uskomukset voivat sekoittaa harhaluuloisiin. Potilas voi esimerkiksi kokea, että paholainen häiritsee rukouksia. Tällaisiin potilaan uskomuksiin voidaan ehkä vaikuttaa tiedolla, jota saadaan uskonnollisilta auktoriteeteilta väitteen paikkansa pitävyydestä.

Terapiapotilaani toi terapiassa esille, että hän uskoo joutuvansa helvettiin, koska hän polttaa tupakkaa. Tarkastelimme terapiassa sitä, mikä olisi uskonnon mukainen käsitys helvettiin joutumisesta ja potilas päätyi toteamaan, ettei tupakointi yksin siihen riitä. Ahdistava olo helpottui.

Sokraattisen kyselyn kautta potilas voi tulla tietoisemmaksi ajatusvääristymistään ja virheistään. Harhaluuloista kärsivän potilaan kohdalla kognitiiviset virheet vahvistavat potilaan kokemusta henkilökohtaisesta uhasta. Potilas oppii tunnistamaan ajatuksia ja mielikuvia, jotka viriävät kuumissa tilanteissa sekä tunnistamaan, testaamaan ja korjaamaan harhaluuloisia tulkintojaan (Beck ym., 2009).

Muiden kognitiivis-behavioraalisten menetelmien soveltaminen

Potilaan uskomusten ja tulkintojen taustalla vaikuttavat tunnepitoiset ja keskeiset ydinuskomukset. Nämä ei-harhaluuloiset ydinuskomukset altistavat potilaan psykoosin uusimiselle ja harhaluulon toistumiselle. Terapeutin

on aiheellista arvioida eri tilanteisiin liittyvät automaattiset ajatukset ja se kuinka vahvasti potilas on niistä vakuuttunut. Terapeutti voi rohkaista potilasta käyttämään kyselymenetelmää, jossa potilas kysyy esimerkiksi perheen jäseniltään, mitä syitä he antaisivat jollekin tapahtumalle, josta potilas on tehnyt harhaluuloisen tulkinnan. Potilas voi koota kaikki mahdolliset syyt piirakkakuviioon liittyen siihen, miksi esimerkiksi ihmiset tuijottavat häntä. Sokraattisen kyselyn avulla terapeutti voi selvittää potilaan tulkintojen taustalla vaikuttavia ydinuskomuksia. Omia tulkintoja voidaan testata myös käyttäytymiskokeiden kautta (Beck ym., 2009). Eli käytännössä potilas voisi esimerkiksi lähteä ulos testaamaan jonkun tietyn uskomuksen toteutumista tai tekemään havaintoja jostain ilmiöstä. Käyttäytymiskokeet eivät kuitenkaan ole kovin helposti sovellettavissa uskonnollisten harhaluulojen kohdalla.

Joskus harhaluulojen testaaminen edellyttää sitä, että kielteiset ydinuskomukset on työstetty ensin. Paranoidisten harhaluulojen kohdalla, joihin liittyy usein grandioottisia uskomuksia, on keskeistä muistaa niiden suojaava merkitys. Jos potilaalla on ollut uskomus siitä, että hän on uskonnollinen henkilö, jota koetellaan, valvotaan tai erityisesti huomioidaan, voi näiden uskomusten purkamisen voi uhata hänen itsearvostustaan. Tällöin riittää se, että potilasta autetaan vähentämään koettua sosiaaliin suhteisiin liittyvää uhkaa ja annetaan hänelle hyväksyttäviä vaihtoehtoisia selityksiä sille todistusaineistolle, joka ennen tuki vainoharhaista uskomusta. Jo varhain hoidon alkaessa terapeutin on arvioitava missä määrin harhaluuloja on aiheellista muuttaa, koska ne voivat olla tärkeä potilaan

uskonnollisen tai sosiokulttuurallisen identiteetin kannalta ja niiden muuttaminen voi vaikuttaa potilaan rooliin omassa yhteisössään (Beck ym. 2009).

Kaikkien potilaiden kohdalla harhaluuloihin ei päästä käsiksi. Potilaiden kyky työstää harhaluuloja on hyvin yksilöllinen. Esimerkiksi skitsofrenian osalta joillakin potilailla sairauden kroonistumiseen liittyvä ajattelumallien joustamattomuus voi estää harhaluulojen testaamisen ja vaihtoehtoisten selitysten etsimisen. On silti mahdollista vähentää niihin liittyvää tuskaa ja stressiä. Potilas voi saada parempaa hallintaa tunteisiinsa. Potilaan kanssa voidaan esimerkiksi tarkastella mitä hyötyä ja haittaa hänen elämäänsä seuraa, kun hän toimii harhaluulon mukaisesti. Potilas voi näin saada paremmat selviytymiskeinot ahdistavassa tilanteessa toimimiseen.

Terapiapotilaani arvioi, ettei ole psykoottinen, vaan kokee pahojen henkien koettelevan itseään. Hänen uskonnossaan oli luontevaa että pahat henget voivat ikään kuin koetella uskovaa ja tuoda hänen mieleensä ideoita, jotka johtavat moraalittomaan toimintaan. Hän ei kokenut kärsivänsä harhoista, vaikka voi huonosti silloin, kun koki henkien piinaavan itseään. Terapiassa hän halusi lähinnä pohtia sitä, miten voisi toimia kun henget piinaavat.

Terapiapotilas kykeni terapiassa oivaltamaan sen, että omaan asuntoon eristäytyminen ei ole toimiva ratkaisu silloin kun henget piinaavat häntä. Selviytymisstrategiaksi muodostui asiasta puhuminen omaiselle tai ammattiauttajalle ja nopea hoitoon hakeutuminen. Potilas koki hyötyvänsä näissä tilanteissa myös Raamatun lukemisesta. Harhaluulon testaaminen esimerkiksi niin, että kysyy läheiseltä kuuleeko hän äänet, ei hänellä toiminut.

Pohdinta

Uskonnollisen harhaluulon tunnistaminen ei ole yksinkertaista. Psykoterapian näkökulmasta hoidolle on tarve, jos potilas kärsii tai jos uskonnollinen toiminta esimerkiksi estää omien tavoitteiden saavuttamista. Olennaista ei ole niinkään mitä uskotaan vaan miten.

Terapiassa, jossa käsitellään uskonnollisia harhaluuloja, on eettisiä ja vuorovaikutussuhteeseen liittyviä haasteita. Hoitojärjestelmässä yleinen asennoituminen uskonnollisia potilaita kohtaan voi olla patologisoiva. Tämä voi estää potilasta kertomasta ongelmistaan ja saattaa ohjata hänet hakeutumaan ratkaisemaan ongelmiaan uskonnollisten auktoriteettien pariin. Uskovan potilaan kohdalla terapeutin on tarkasteltava omia uskontoihin ja maailmankuviin liittyviä asenteitaan ja pohdittava sitä miten nämä heijastuvat terapisuhteeseen. Oman kokemukseni mukaan hyvin uskonnolliset potilaat esittävät terapeutille enemmän kysymyksiä hänen vakauksestaan kuin vähemmän uskovaiset potilaat, mikä voi tuntua kiusalliselta. Terapia saattaa vaatia terapeutilta myös tiedon hakua tai yhteydenpitoa uskonnollisiin auktoriteetteihin. Terapeutin ei tarvitse täydellisesti ymmärtää potilaan uskonnollista viitekehystä, mutta hänen tulee olla kiinnostunut potilaan ajatusmaailmasta ja kokemuksista. Hieman ihmettelevä asenne johtaa psykoterapiassa pidemmälle, kuin sellainen suhtautumistapa jossa terapeutti uskoo jo tietävänsä miten potilas asioista ajattelee.

Omassa kliinisessä työssäni harvoin pääsen työskentelemään potilaiden kanssa, joiden harhaluulot ovat suhteellisen tuoreita tai

joilla lääkitys ei olisi jo jossain määrin poistunut harhaluuloja. Sen sijaan useilla potilailla on vuosikymmeniä kehittyneitä ja jäykistyneitä uskomusjärjestelmiä, eikä terapiasta ole enää niin suurta apua. Beckin ym. (2009) mallin pohjalta harhaluulojen työstäminen vaikuttaa yksinkertaiselta. Omissa terapiatapauksissani esimerkiksi harhaluulojen herättämät tunteet ovat estäneet niiden käsittelyä. Potilaan psykoosiherkkyyden takia olen joutunut käsittelemään asioita hyvin varovasti ja hitaasti. Havainnollistamista ja käsitteellistämistä ovat vaikeuttaneet potilaan epäluoloisuus piirtää paperille mitään ja toisaalta haluttomuus pysytellä asioissa, jotka hän on kokenut jo menneisyyteen liittyviksi. Oikeuspsykiatrisessa hoidossa menneisyys muistuttaa potilasta usein hankalista elämänvaiheista ja sairastumisesta, minkä tuloksena hän toimii itselleen ja muille ihmisille vahingollisella tavalla ja mistä saattoi seurata pitkäaikainen syyllisyys ja katumus. He toivovat terapialta usein tämänhetkisessä tilanteessa pysymistä ja voimavarojen sekä oman kehittymisen huomaamista.

Psykoosiin sairastuminen on henkilön elämää merkittävästi muuttava kokemus, jolloin hän kokee usein itselleen vieraita ja outoja asioita. Uskonto voi antaa uusille kokemuksille mielekkään viitekehysten, jolloin henkilö ei joudu kyseenalaistamaan mielenterveyttään. Uskonto on osa identiteettiä ja sosiaalisesti hyväksytty ilmiö, mistä johtuneeksi että potilaat pitävät sitkeämmin kiinni uskomuksistaan myös silloin kun ne eivät toimi. Terapiassa onkin tärkeää normalisoida potilaan kokemusta. Uskonto on useissa tapauksissa ollut mukana potilaan elämässä jo pitkään ja tulee olemaan jatkossakin. Voisiko uskontoon

terapiasuhteessa suhtautua potilaan yhteistyökumppanina? Terapeuttisen työskentelyn kautta uskonnollinen harhaluulo saattaa muuttua normaaliksi uskomukseksi.

Uskonnollisten harhaluulojen kognitiivinen psykoterapia perustuu käsitteellistämiseen ja keskittyy harhaluulon syntyä edeltävien tekijöiden ymmärtämiseen ja harhaluuloa tukevien todisteiden selvittämiseen. Lisäksi pyritään hahmottamaan ne virhetulkinnat päivittäisistä tapahtumista, jotka antavat lisätukea harhaluulolle. Terapiassa keskitytään myös ajankohtaisen stressin lievittämiseen. Psykoterapia voi parhaimmillaan auttaa henkilöä muodostamaan kokemuksistaan ehyen kertomuksen ja hahmottamaan kokemustensa taustalla olevaa viestiä niin, että kokemus integroituu osaksi omaa uskomusjärjestelmää (Anttonen 2008; Beck ym. 2009).

Potilaiden kyky käsitellä harhaluulojaan vaihtelee. Kaikkien kohdalla terapia ei välttämättä aiheuta muutosta uskomuksissa. Tuolloin terapian hyöty voi olla ahdistuksen vähenemisessä paremman elämänhallinnan saavuttamisen kautta. Oma terapiapotilaani ei koskaan kyennyt kuvaamaan minulle loukkaavien ääniharhojensa sisältöä ja millaisiin ajatuksiin ne johtavat suhteessa itseän. Hän ajattelee vieläkin, että psykoottisiin oireisiin liittyvä kärsimys on osittain Jumalan aiheuttamaa. Terapian kautta hän on kuitenkin pystynyt paremmin hahmottamaan vaihtoehtoisia tapoja nähdä oma oireilu sekä oman osuutensa oireiden hillitsemisessä esimerkiksi lääkkeiden ottamisen ja omasta hyvinvoinnista huolehtimisen kautta. Myös hänen uskonnostaan löytyy ajatus uskovan ihmisen omasta vastuusta terveyden ylläpitämisessä.

Lähteet

- Anttonen, S. (2008) Psykoosit. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.309-331). Helsinki: Duodecim.
- Barlow, S.H. & Bergin, A.E. (1998) Religion and Mental Health from Mormon Perspective. Teoksessa Koenig, H.G. (toim.), *Handbook of Religion and Mental Health* (s.225-240). London: Academic Press.
- Beck, A.T., Rector, Neil, A., Stolar, N. & Grant, P. (2009). *Schizophrenia. Cognitive Theory, Research, and Therapy*. New York: Guilford Press.
- Claridge, G. (2010). Spiritual experience: Healthy Psychosis. Teoksessa Clarke, I. (toim.), *Psychosis and Spirituality: Consolidating the New Paradigm* (s.75-89). Chichester: Wiley.
- Clarke, I. (2010). Psychosis and the Spirituality: What is Real and What is not: Towards a Positive Reconceptualization of Vulnerability to Unusual Experiences. Teoksessa Clarke, I. (toim.), *Psychosis and Spirituality: Consolidating the New Paradigm* (s.195-204). Chichester: Wiley.
- Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders IV. American Psychiatric association.
- Garety, P.A, Hemsley, D.R., & Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: Biases in performance on probabilistic inference task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 194-202.
- Husain, S.A. (1998) Religion and Mental Health from the Muslim Perspective. Teoksessa Koenig, H.G. (toim), *Handbook of Religion and Mental Health* (s.279-289). London: Academic Press.
- Kehoe, N.C. (1998) Religion and Mental Health from Catholic Perspective. Teoksessa Koenig, H.G. (toim), *Handbook of Religion and Mental Health* (s.211-223). London: Academic Press.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Kingdon, D.G., Siddle, R. Naeem, F. Rathod, S. (2010) Spirituality, Psychosis and the Development of "Normalising Rationales". Teoksessa Clarke, I. (toim.), *Psychosis and Spirituality: Consolidating the New Paradigm* (s.239-247). Chichester: Wiley.
- Koenig, H.G. (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. London: Academic Press.

Palouzian, R.F. (1983). *Invitation to the Psychology of Religion*. Glenview: Scott, Foresman and Company.

Pargament, K.I. & Brant, C.R. (1998) *Religion and Coping*. Teoksessa Koenig, H.G. (toim.), *Handbook of Religion and Mental health* (s. 112-125). London: Academic Press.

Peters, E.R. (2010) *Are Delusions in Continuum: the Case of Religious and Delusional beliefs*. Teoksessa Clarke, I. (toim.), *Psychosis and Spirituality: Consolidating the New Paradigm* (127-153). Chichester: Wiley.

Siddle, R., Haddock, G., TARRIER, N. & Faragher, E.B. *Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia*. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*. Vol. 37. Number 3, 130-138.

Sims, A. (1994) "Psyche" – spirit as well as mind? *British Journal of Psychiatry*, 165, 441-446.

Szasz, T. (1961) *The Myth of Mental Illness*. New York: Hober&Harper.

Tobert (2010) *The Polarities of Consciousness*. Teoksessa Clarke, I. (toim.), *Psychosis and Spirituality: Consolidating the New Paradigm* (37-48). Chichester: Wiley.

Wilson, W. (1998) *Religion and Psychoses*. Teoksessa Koenig, H.G. (toim.), *Handbook of Religion and Mental Health* (s.161-171). London: Academic Press.