

KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA

Laura Sinisalo

**”Kantava voima” - Psykoosin kognitiivinen lyhytterapia potilaiden
kokemana**

Janne-Jukka Huopaniemi

Hyväksymis- ja omistautumisterapia psykoosista toipuvien hoidossa

Laura Nevala, Laura Sinisalo ja Seppo Anttonen

Äänidialogi ääniä kuulevan psykoterapiassa

Seppo Anttonen

Negatiiviset oireet: mistä on kysymys ja kuinka hoidetaan?

KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA vertaisarvioitu tieteellinen ammattilehti

ISSN1795-3308

Päätoimittaja Niklas Granö

Apulaispäätoimittaja Maaria Koivisto

Lehteä julkaisee Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry

Luettavissa www.kognitiivinenpsykoterapia.fi

Ohjeita kirjoittajille

<https://kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti-artikkelit/kirjoitusohjeet/>

Psykoosit ja psykoterapia

Niklas Granö
päätoimittaja

Psykoosit ja psykoottiset oireet ovat kaikissa muodoissaan merkittäviä mielenterveyden häiriöitä, jotka ovat voimakkaammin esiintyvinä yhteydessä lukuisiin samanaikaissairastavuuksiin ja huonontuneeseen toimintakykyyn. Jo pidemmän aikaa on tiedetty kognitiivisen psykoterapian ja sen sovellusten toimivan psykoottisten oireiden, lähinnä ns. skitsofrenian positiivisten oireiden hoidossa, ja kognitiivista psykoterapiaa voidaan suositella hyvällä tieteellisen tutkimuksen näytönasteella yleisempien psykoosioireiden, kuten aistiharhojen ja harhaluulojen hoitamiseen.

Käsillä olevan Kognitiivinen psykoterapia - teemanumeron artikkelit ovat vertaisarvioituja ja ne esittelevät uusia avauksia psykoosien hoitoon kognitiivisen psykoterapian kentällä. Laura Sinisalo kuvaa erikoissairaanhoidon osana toteutettavaa fokuksitua lyhytpsykoterapiamallia psykoosin hoidossa, Janne-Jukka Huopaniemi esittelee Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa psykoosihoidon kontekstissa, Laura Nevala, Laura Sinisalo ja Seppo Anttonen käsittelevät artikkelissaan äänidialogi-tekniikkaa psykoosiin liittyvien äänten hoidossa ja Seppo Anttonen avaa ns. skitsofrenian negatiivisten oireiden hoitoa kognitiivisen psykoterapian menetelmillä.

Tämä Kognitiivinen psykoterapia- lehden numero on myös ensimmäinen uuden toimittajakunnan toimittama lehti päätoimittaja Risto Valjakan toimittamien numeroiden jälkeen, joka on nyt toimitettu allekirjoittaneen ja apulaispäätoimittaja Maaria Koiviston kanssa. Ristolle osoitamme suurkiitokset lehden eteen tehdyistä ponnisteluista! Jatkossa uudistamme lehteä siten, että tarjoamme lukijoille - ja kirjoittajille - kevyemmin toimitettuja, toimituskunnan editoimia ”Lopputyöt” - artikkeleita sekä perinteisemmin editoituja ”Vertaisarvioidut” - artikkeleita, jolloin lehteen voi tarjota molempiin kategorioihin sopivia käsikirjoituksia.

Antoisia lukuhetkiä!

”Kantava voima” – Psykoosin kognitiivinen lyhytterapia potilaiden kokemana

Laura Sinisalo

Psykoosin kognitiivisen psykoterapian vaikuttavuutta koskevat tutkimukset tarkastelevat terapiassa tapahtuvia muutoksia pääsääntöisesti erilaisilla oiremittareilla. Potilaille merkitykselliset muutokset liittyvät kuitenkin oirekuvaa laajempiin teemoihin, kuten minäkuvaan, selviytymiskeinoihin ja hyväksyntään. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sitä, millä tavalla psykoosin kognitiivisen lyhytterapian käyneet potilaat kokivat sen vaikuttaneen heidän toipumiseensa ja saivatko he siitä jotain sellaista hyötyä, jota he eivät olleet saaneet muusta hoidosta. Tutkimusta varten haastattelin viittä potilasta, jotka olivat käyneet 16–20 kerran lyhytterapian Helsingin kaupungin psykoosipalveluissa. Haastattelujen perusteella lyhytterapian tärkein anti potilaille liittyi itsen hyväksymiseen sekä oman arvon tunteen ja itsemyötätunnon vahvistumiseen, samalla kun häpeän ja syyllisyyden tunteet lievenivät. Myös lisääntynyt joustavuus ajattelussa, hyväksyvämpi suhtautuminen vaikeisiin tunteisiin ja psykoottisiin kokemuksiin sekä keinot selviytyä niiden kanssa koettiin tärkeinä. Osa mainitsi myös aiempien elämäkokemusten ymmärtämisen psykoosiin sairastumisen taustalla ja traumaattisten kokemusten käsittelyn. Terapiasuhteessa potilaille oli tärkeää kuulluksi ja hyväksytyksi tuleminen sekä terapeutin myötätuntoisuus ja ammatillisuus. Kuitenkin myös terapeutin kyky haastaa potilasta tarkastelemaan kriittisesti omia ajatusmallejaan koettiin hyödyllisenä. Muuhun hoitoon nähden lyhytterapia oli potilaiden mukaan intensiivisempää ja ratkaisukeskeisempää, sisältäen enemmän oireilun taustatekijöiden käsittelyä. Eräs haastateltava kuvasi lyhytterapian olleen ”kantava voima” hänen hoidossaan. Nämä tulokset tarjoavat ainutlaatuista tietoa siitä, mikä psykoosin kognitiivisessa psykoterapiassa on merkityksellistä potilaille ja miten se edistää heidän toipumistaan.

Johdanto

Psykoosiin sairastuminen on ihmiselle usein traumaattinen elämäkriisi, joka saattaa pahimmillaan keskeyttää normaalin kehityksen ja syrjäyttää hänet yhteiskunnasta. Psykoosi voi myös muuttaa sairastuneen käsitystä itsestään

ja hän joutuu tahtomattaan kantamaan sairauteen liittyvää stigmaa eli häpeäleimaa. Joskus psykoosioireet ovat jatkuvia ja niiden kanssa eläminen voi olla hyvin kuormittavaa. Tästä huolimatta psykoterapian mahdollisuuksia auttaa psykoosiin sairastuneita on perinteisesti pidetty vähäisinä ja psykoosisairaudet ovat jääneet psykoterapiankin kentällä marginaaliin. Kognitiivisen psykoterapian piirissä tähän tarpeeseen on kuitenkin vastattu kehittämällä nimenomaan psykoosin hoitoon soveltuvia menetelmiä. Olin psykologina kehittämässä ja toteuttamassa psykoosin kognitiiviseen psykoterapiaan pohjautuvia lyhytterapioita Helsingin kaupungin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuosina 2015–2022 ja potilaat antoivat niistä lähes poikkeuksetta hyvää palautetta. Tämä innosti minua tutkimaan psykoterapeuttikoulutuksen opinnäytetyössäni tarkemmin sitä, millä tavalla potilaat kokivat hyötynensä psykoosin kognitiivisesta lyhytterapiasta, ja mikä oli sen keskeisin anti heille osana muuta hoitoa.

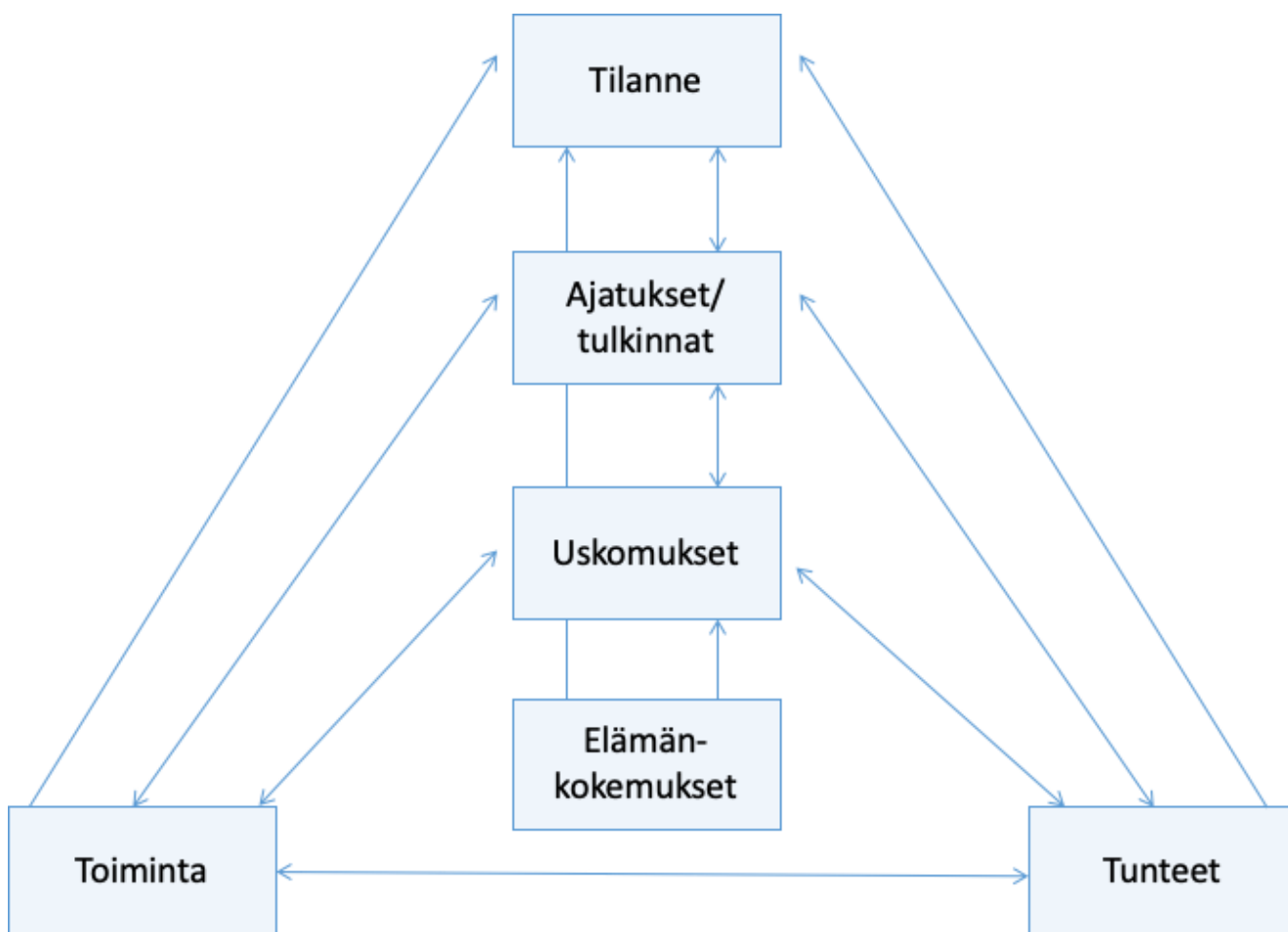
Kognitiivinen psykoterapia psykoosin hoidossa

Historiallisesti psykoosista toipumista on pidetty epätodennäköisenä eikä ihmisille ole juuri luotu toivoa tulevaisuudesta (Pitt, Kilbride, Nothard, Welford & Morrison, 2007). Skitsofrenia on pitkään käsitetty väistämättä etenevänä biologisena häiriönä ja tämä käsitys saattaa edelleen vaikuttaa muun muassa ammattilaisten suhtautumiseen psykoosioireista kärsivään potilaaseen (French & Morrison, 2008). Psykoosin kognitiivinen taas psykoterapia perustuu ajatukseen, että psykoosi on kokemus, jota voidaan ymmärtää myös psykologisesti ja josta voi toipua. Lääkehoito on olennainen osa psykoosin hoitoa, mutta sen rinnalla on kuitenkin tärkeää tarjota erilaisia toipumista ja kuntoutumista edistäviä psykososiaalisia hoitoja.

Pittin ym. (2007) potilaiden kokemuksia kartoittaneen tutkimuksen mukaan potilaat toivovat mielenterveyspalveluilta enemmän yhteistyötä, hoidon jatkuvuutta, suojelua ammattilaisten aiheuttamalta haitalta, laajempaa valinnanvapautta hoitojen suhteen, vahvempaa painotusta ja ohjaamista toipumiseen, vaihtoehtoja lääketieteelliselle mallille sekä potilaiden laajempaa osallistamista. Heidän havaintojensa mukaan psykoosiin sairastuneet eivät toivu pelkästään oireista vaan myös laajemmin siitä vaikutuksesta, mikä psyykkisellä kuormituksella ja mielenterveyspalvelujen käyttämisellä on käsitykseen itsestä ja kyvystä osallistua tasa-arvoisesti yhteiskunnassa. Psykoosien kognitiivisen psykoterapian voi nähdä osittain vastaavan tähän tarpeeseen olemalla vahvasti yhteistyöhön, oireiden normalisointiin, sairastumisen hyväksymiseen ja toipumisen edistämiseen pohjautuva hoitomuoto.

Psykoosin kognitiivista psykoterapiaa on kehitetty 1990-luvulta alkaen erityisesti Iso-Britanniassa. Yksilölliseen käsitteellistämiseen perustuvan psykoosin kognitiivisen psykoterapian vaikuttavuutta on tutkittu paljon ja ainakin oiremittareilla tarkasteltuna voidaan nähdä muutosta hallusinaatioissa ja harhaluuloissa (Turner, Burger, Smit, Valmaggia & van der Gaag, 2020). Psykoosien hoidossa myös uudelleen sairastumisen ehkäisy on erittäin tärkeää ja siinä kognitiivisen psykoterapian ja perheterapian on todettu olevan psykososiaalisista hoitomuodoista vaikuttavimmat (Bighelli ym., 2021). Viime vuosina psykoosin kognitiivinen psykoterapia on sisällytetty virallisiin hoitosuosituksiin myös Suomessa (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2020).

Psykoosin kognitiivisessa psykoterapiassa subjektiivisesti outoihin tai psykoottisiin kokemuksiin liittyviä merkityksenantoja pidetään ratkaisevina sen suhteen, kuinka invalidisoivia, lamauttavia ja pysyviä niistä tulee (Anttonen, 2013). Näitä merkityksenantoja tutkitaan yksilöllisen käsitteellistämisen pohjalta (Kuva 1), joka myös ohjaa hoidon suunnittelua (Morrison, 2001; Morrison, Renton, Dunn, Williams & Bentall, 2004).



Kuva 1. Psykoosin elämänhistoriallinen käsitteellistämismalli (Morrison, 2001).

Kognitiivisessa psykoterapiassa keskeisenä on ajatus siitä, että psykoottiset kokemukset esiintyvät normaalisuuden jatkumolla, eli ne eivät poikkea laadullisesti tavanomaisista kokemuksista, vaikka ovatkin usein niiden äärimuotoja (Anttonen & Määttä, 2020). Normalisoinnin merkitystä terapiaprosessille pidetään oleellisena vaikuttavana tekijänä sekä psykoosien kognitiivista psykoterapiaa tekevien ammattilaisten (Morrison & Barrat, 2010) että terapian käyneiden potilaiden keskuudessa (Kilbride ym., 2013). Normalisoinnin tehon voidaan ajatella liittyvän siihen, että se mahdollistaa potilaalle vaihtoehdoisen näkökulman psykoosikokemukseen ja muutoksen siihen suhtautumisessa.

Hoitomuotona psykoosin kognitiivinen psykoterapia on hyvin potilaslähtöinen ja yksilöllistä kokemusta kunnioittava ja sillä on vahva arvopohja, johon kuuluu toipumiskeskeisyys, realistinen optimismi, terapeuttinen yhteistyösuhde, terapeutin lämpö, empatia ja hyväksyvä asennoituminen, normalistaminen ja stigman purkaminen, aktiivinen kuunteleminen ja palautteen kysyminen sekä validointi (Anttonen & Määttä,

2020). Erityisen tärkeänä pidetään yhteistyötä potilaan kanssa ja on havaittu, että hyvä allianssi lisää terapian vaikuttavuutta ja huono allianssi voi taas johtaa jopa haitalliseen lopputulokseen (Goldsmith, Lewis, Dunn & Bentall, 2015).

Helsingin kaupungin psykoosipalveluissa 16-20 kerran lyhytterapiat ovat nykyään vakiintunut osa psykoosin hoito-ohjelmaa kaikilla alueellisilla avohoidon poliklinikoilla. Niitä toteuttavat pääsääntöisesti psykologit, jotka ovat saaneet toimipaikkakoulutuksen psykoosin kognitiiviseen psykoterapian menetelmiin. Lyhytterapiat eivät ole manualisoituja, vaan perustuvat Morrisonin mallin mukaiseen yksilölliseen käsitteellistämiseen, joka ohjaa työskentelyä. Tämä on tärkeää siksi, että psykoosipalveluissa hoidossa olevat potilaat kärsivät hyvin moninaisista psyykkisistä ongelmista, joihin terapian täytyy vastata. Lyhytterapioiden rakenne on kuitenkin osittain strukturoitu. Kaikille potilaille tehdään alussa haastattelu, jossa kartoitetaan heidän elämäntilannettaan ja toiveitaan terapian suhteen. Yhteisen keskustelun pohjalta potilas nimeää itse ongelman, johon toivoisi muutosta ja potilas arvioi sen häiritsevyyttä VAS-janalla. Alkuarvioon kuuluu myös oiremittareita (BPRS ja SOFAS). Tämän jälkeen tehdään käsitteellistäminen ja asetetaan terapian tavoitteet potilaan nimeämien ongelmien pohjalta. Työskentelyvaiheen menetelmät valitaan potilaan tarpeiden mukaan ja ne sisältävät erilaisia psykoosin kognitiivisen psykoterapian menetelmiä. Terapiassa on mahdollista soveltaa myös muita kognitiivisia menetelmiä, joita on kehitetty esimerkiksi mielialaongelmiin tai tunnesäätelyvaikeuksiin. Terapian loppuvaiheessa keskitytään yleensä saavutetun muutoksen vakiinnuttamiseen ja psykoosin uusiutumisen ennaltaehkäisyyn. Terapia päätetään loppuhaastatteluun, jonka yhteydessä alussa tehdyt mittaukset toistetaan terapian vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Potilaiden kokemukset psykoosin kognitiivisesta psykoterapiasta

Psykoosien kognitiivisen terapian vaikuttavuuden mittaaminen on usein keskittynyt psykoosioireiden määrässä tapahtuviin muutoksiin eikä niinkään koettuun stressiin tai tyytyväisyyteen, jotka taas ovat merkittäviä potilaille itselleen (Greenwood ym., 2010). Mittaamisen tekee haastavaksi myös se, että on vaikea muodostaa yhteistä käsitystä tai standardia siitä, mikä psykoosien kognitiivisessa terapiassa on tärkeää tuloksen kannalta, koska terapia edellyttää usein monien eri ongelmien, kuten ahdistuneisuuden, masennuksen ja alhaisen itsetunnon huomioimista (Morrison & Barrat, 2010). Siten voisi ajatella, että terapiaprosessin tutkiminen laaja-alaisesti ja potilaslähtöisesti tavoittaisi parhaiten muutosprosessit, jotka voivat liittyä

muuhunkin kuin oireiden vähenemiseen. Vaikka psykoosien kognitiivinen psykoterapia painottaa vahvasti yhteistyötä ja tasa-arvoa, ovat psykoosiin sairastuneiden kokemukset kuitenkin jääneet vähälle huomiolle aiheeseen liittyvän tutkimuksen piirissä (Berry & Hayward, 2011). Seuraavassa esitellään tähän mennessä julkaistujen tutkimusten tuloksia.

Wood, Burke & Morrison (2013) pystyivät erottamaan kaikista tutkimuksista kolme teemaa potilaiden kokemuksissa: terapeutin allianssi, muutoksen mahdollistaminen ja koetut haasteet käytännössä. Terapeutin allianssin sisällä teemat, kuten sitoutuminen, tasa-arvoisuus, jaettu kontrolli, ja kuulluksi tuleminen terapiasuhteessa sekä terapeutin piirteistä luotettavuus, joustavuus, empatia, aitous, tuomitsemattomuus ja kyky sietää potilaan kärsimystä olivat potilaille tärkeitä. Muutosta edistäviä tekijöitä taas olivat ongelmien ymmärtäminen käsitteellistämisen avulla, psykoedukaatio, kotitehtävät, normalisointi ja toipumisessa erityisesti henkilökohtainen kehittyminen ja oppiminen, vaihtoehtojen näkeminen, psykoosikokemusten hyväksyminen, selviytymiskeinojen oppiminen, toimintakyvyn kohentuminen, positiivinen muutos tunnetasolla sekä itsenäisyys, saavutukset ja toiveisuus.

Samantyyppistä yhteenvetoa eri tutkimuksista ovat tehneet Berry ja Hayward (2011), jotka havaitsivat keskeisten muutosten liittyvän asennoitumiseen, voimaantumiseen ja minäkäsitykseen. Suhtautuminen psykoosikokemukseen muuttui terapian aikana hyväksyvämmäksi ja se oli yhteydessä myös voimaantumisen kokemukseen. Nämä tekijät yhdessä olivat taas tutkijoiden mukaan yhteydessä siihen, että oma minuus miellettiin erilliseksi psykoosikokemuksesta eivätkä potilaat enää määritelleet itseään sairauden kautta. Potilaat eivät välttämättä kokeneet muutosta psykoottisten kokemusten määrässä, mutta kyky pärjätä kokemusten kanssa ja koettu vaikutusvalta suhteessa niihin lisääntyi.

Kilbriden ym. (2013) potilasjohtoisessa tutkimuksessa tulokset olivat hyvin pitkälti samansuuntaisia, mutta sisälsivät myös muita tutkimuksia enemmän kriittisiä näkökulmia. Heidän tutkimuksessaan potilaille tärkeää oli yhteistyö ja luottamus, terapia aktiivisena oppimisprosessina (käsitteellistäminen, todistusaineiston kerääminen ja kirjalliset työvälineet), lisääntynyt ymmärrys uusien näkökulmien ja normalisoinnin kautta sekä toipuminen, joka sisälsi hyväksynnän, käytännön toimintakyvyn, voimaantumisen ja toiveisuuden lisääntymisen.

Psykoosien kognitiivisesta psykoterapiasta ei ole raportoitu olevan merkittäviä haittoja, mutta potilaat kuitenkin kokevat tärkeänä sen, että terapiaan tulija on valmis ja motivoitunut terapiaprosessin aloittamiseen ja

siihen liittyviin ponnisteluihin (Kilbride ym, 2013). Esimerkiksi kotitehtävien tekeminen voi tuntua vaikealta ja terapia saattaa lyhyellä aikavälillä lisätä emotionaalista kuormitusta. Potilaat saattavat kokea vaikeuksia myös tunteiden tunnistamisessa ja ilmaisemisessa tai ylipäättään ongelmien tunnistamisessa ja niistä keskustelemissa (Wood ym., 2013).

Suomessa potilaiden kokemuksia psykoosin kognitiivisesta psykoterapiasta on tutkinut Seppo Anttonen (2013), joka on tarkastellut psykoosiin sairastuneen suhdetta ja suhtautumista omiin psykoosikokemuksiinsa ja tuon suhteen muuttumista terapiaprosessin aikana. Anttonen (2013) keskeisenä havaintona oli, että kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kohdalla oli nähtävissä psykoosikokemuksen jäsentyneisyyden paraneminen ja kaikilla lisääntyi joko hyväksyvyys tai hyväksymistä tukeva normaalius suhteessa psykoosikokemuksiin. Lisäksi terapiaprosesseissa tapahtui psykoosikokemuksiin liittyvän emotionaalisen intensiteetin vähenemistä, minäkuvan muuttumista myönteisemmäksi (mm. toimijuus, vaikutusmahdollisuudet), vaihtoehtoisen suhteen muodostumista psykoosikokemukseen ja psykoosikokemuksen integroitumista osaksi omaa elämäntarinaa. Nämä tulokset ovat yhteneväisiä edellä mainittujen kansainvälisten tutkimusten ja psykoosien kognitiivisen psykoterapian keskeisten tavoitteiden kanssa.

Potilaiden kokemuksia on tutkittu pääosin laadullisin menetelmin potilaita haastatteleamalla, mutta Iso-Britanniassa on kehitetty yhteistyössä potilaiden kanssa myös kvantitatiivinen CHOICE-kysely (CHoice of Outcome In Cbt for psychosEs), jonka osiot vastaavat paremmin sekä potilaiden omaa käsitystä toipumisesta että psykoosien kognitiivisen terapian tavoitteita, kuin perinteiset oiremittarit (Greenwood ym., 2010). Mittarin kehitystyön tuloksena havaittiin, että tärkeimpiä tavoitteita potilaille olivat hallinnan tunteen saavuttaminen, keinot selviytyä epämiellyttävien tunteiden kanssa sekä myönteinen tarkoitus ja suunta elämälle.

Tässä esiteltyjen tutkimusten tulosten pohjalta lähdin tutkimaan sitä, millä tavalla Helsingin kaupungin psykoosipalveluissa lyhytterapian käyneet kokevat sen vaikuttaneen heidän toipumiseensa ja ovatko tulokset samansuuntaisia tässä esiteltyjen tutkimusten kanssa. Lyhytterapia toteutuu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa aina yhtenä osana potilaiden moniammatillista hoitoa, joten mielenkiintoista oli myös se, onko sillä potilaille jotain lisäarvoa muiden hoitomuotojen rinnalla.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Millä tavalla potilaat kokevat psykoosin kognitiivisen lyhytterapian vaikuttaneen heidän toipumiseensa?
- 2) Saivatko potilaat psykoosin kognitiivisesta lyhytterapiasta jotain sellaista hyötyä, jota he eivät olleet saaneet muusta hoidosta?

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusta varten haastateltiin viittä henkilöä, jotka olivat kaikki käyneet lyhytterapian psykiatrian poliklinikalla vuoden sisällä haastatteluhetkestä joko minun tai toisen psykologin vastaanotolla. Kummallakin psykologilla oli pitkä kokemus psykoosien hoidosta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja kognitiivisen kouluttajapsykoterapeutin Seppo Anttosen kanssa yhteistyössä räätälöity toimipaikkakoulutus ja työnohjaus menetelmään. Otoksen koko oli pieni, mutta haastateltavat pyrittiin valitsemaan mahdollisimman edustavasti siten, että heissä olisi eri-ikäisiä naisia ja miehiä, joista osa oli sairastunut psykoosiin vasta hiljattain ja osalla oli jo pidempi sairaushistoria takanaan (Taulukko 1). Yksi kriteeri oli myös terapian käyminen vuoden sisällä haastatteluhetkestä, jotta haastateltavat muistaisivat kokemuksensa hyvin. Valinnassa käytettiin myös kliinistä harkintaa siinä, että haastattelujen äänittäminen olisi varmasti potilaalle hyväksyttävää eikä aiheuttaisi ylimääräistä stressiä. Otokseen oli vaikea löytää ketään, joka olisi hiljattain keskeyttänyt terapian tai ollut siihen erityisen tyytymätön.

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistujien taustatiedot.

Haastateltava (tunnus)	Sukupuoli	I k ä (vuotta)	Ensipsykoosista tai psykiatrisen h o i d o n a l k a m i s e s t a k u l u n u t a i k a h a a s t a t t e l u h e t k e l l	Terapia- käyntien määrä
H1	mies	20	2	20
H2	nainen	29	1	20
H3	nainen	27	6	20
H4	mies	56	3*	16*
H5	nainen	54	23	16

*haastateltava ei ole ihan varma, muistiko oikein.

Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna haastatteluna (Liite 1), jonka kysymysten laatimisessa on hyödynnetty muun muassa CHOISE-mittarin osioita (Greenwood ym., 2010) sekä Seppo Antosen laadullisen tutkimuksen (2013) kysymyksiä.

Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin. Aineisto käsiteltiin siten, että yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa. Tämän vuoksi myös taustatietoja kerättiin niukasti. Tutkittavilta on saatu kirjallinen lupa aineiston keräämiseen ja käyttöön sekä tulosten julkaisuun. Aineistoa käsiteltiin laadullisesti tarkastelemalla sitä teemoittain, joiden mukaan haastattelurunko on rakennettu. Tarkastelua tehtiin vertailemalla ja kokoamalla yhteen haastateltavien vastauksia seuraavissa teemoissa: terapiassa käsitellyt ongelmat ja niissä koettu muutos, muutos liittyen psykoottisiin kokemuksiin, muutos liittyen tunteiden kokemiseen, muutos suhtautumisessa itseen/muihin ja kokemus omista vaikutusmahdollisuuksista, terapiasuhde, psykoosin kognitiivinen lyhytterapia osana muuta hoitoa ja terapian anti potilaille.

Tulokset

Terapiassa käsitellyt ongelmat ja niissä koettu muutos

Haastateltavat kertoivat käsitelleensä erilaisia ongelmia, kuten mielialaan ja tunteisiin liittyviä vaikeuksia, itsetuhoisia ajatuksia, traumaattisia kokemuksia sekä pelkotiiloja, ahdistuneisuutta ja pakko-oireita. Kukaan haastateltavista ei spontaanisti maininnut psykoosioireita tai muita psykoosisairauteen suoraan liittyviä ongelmia, vaikka niitä tuli esille

myöhemmin haastattelussa. Kaikki haastateltavat kokivat saaneensa terapiasta apua nimeämiinsä ongelmiin. Haastateltavien vastauksissa korostuivat sekä muutos suhtautumisessa ongelmiin, kuten uudet näkökulmat, että keinot käsitellä ahdistuneisuutta ja tunteita.

H2: ”Jossain määrin edelleen huomaan sen, että nää (traumaattiset) tapahtumat vaikuttaa muhun yhä, mutta kun silloin tuntu melkein siltä, että ne tapahtuu nykyhetkessä, niin sai siihen sitä, että ne tuntuu enemmän menneiltä tapahtumilta. Tavallaan et sai vähän sellaista tervettä etäisyyttä niihin tapahtumiin.”

H3: ”Käsittelin niitä pakko-oireisia juttuja enimmäkseen ja itsesyttöksiä ja sitä, että mie murehdin niin paljon menneisyyttä. Itsetuhoisia ajatuksia oli siinä alkupuolella, mutta sitten ne väheni tosi paljon yhdessä vaiheessa ja sen jälkeen niitä ei ole niin paljon ollut.”

Muutos liittyen psykoottisiin kokemuksiin

Kysyttäessä kaikki haastateltavat tunnistivat itsellään joskus olleen psykoottisia kokemuksia. Haastateltavien suhtautuminen niihin kuitenkin vaihteli paljon. Osalla oli selkeä muistikuva omasta sairastumisestaan ja oireistaan, mutta osan oli vaikea muistaa, oliko oireilua ollut tai he eivät pitäneet psykoosiin sairastumista merkityksellisenä asiana lyhytterapian kannalta. Haastateltavat, joilla oli traumakokemuksia, kuvasivat laajimmin kokemustaan psykoosista ja heidän kuvauksissaan tulee hyvin esille muutos suhtautumisessa psykoosioireisiin ja elämäntapahtumien merkityksen ymmärtäminen psykoosiin sairastumisen taustalla. Häpeän ja syyllisyyden tunteiden väheneminen ja hyväksyvän, normalisoivan suhtautumisen lisääntyminen näyttäytyivät merkittävinä muutoksina.

H2: ”Jossain määrin ehkä se helpottaa niiden tapahtumien tai kokemusten hyväksymistä, että tavallaan pääsi ammatti-ihmisen kanssa käsittelemään sitä, mitä oli tapahtunut. Niin kyllä se jonkun verran muutti sitä omaa suhtautumista siihen, että oli tosiaan helpompi hyväksyä se, että näin on tapahtunut ja että ei niinkään syytä itseään siitä tapahtuneesta.”

H5: ”Mua on hyväksikäytetty kaikin puolin, fyysisesti ja psyykkisesti kohdeltu julmasti lapsuudessa sekä kotona että koulussa. Et se ei ole mikään ihme, että mä sairastuin sitten, että ei kenenkään psyyyke kestä sellasta, kun se oli räähkäystä. Mä oon anteeksiantavaisempi itseäni kohtaan, että mä en

syöllistä itseäni enää niin kuin silloin aikaisemmin, enkä häpeäkään. Siis se, että mä oon päässyt siitä häpeästä eroon, et mä en voi sille mitään, et se on niin kun aiheutettu mulle.”

Lisääntyneen tiedon ja ymmärryksen koettiin auttavan myös psykoosioireiden, kuten jatkuvien ääniharhojen, kanssa elämiseen.

H5: ”Mä kuulen ääniä, mutta terapeutti sanoi, että se on traumaperäistä, että se ei ole pelkästään psykoosioire vaan johtuu myös traumoista. Mä oon viimeiset viisi vuotta kuullut niitä vähän väliä. Välillä ne on helpottanut, terapian aikana ainakin tuntui, että niin ku osa jäi silleen taka-alalle. Kun ne on hyvin ikäviä, et ne ei oo mitään hauskoja ne äänet, et ne on ne ihmiset, jotka on esimerkiksi koulussa tehny mulle pahaa niin mä kuulen niiden äänet mun päässä. Se on aika raskasta kestää, et silleen kaiken sen jälkeen.” Haastateltava koki, että terapian jälkeen hänen on helpompi kuulla ääniä ja ne eivät ahdistane häntä enää niin paljon.

Yksi haastateltava mielsi psykoosioireensa olevan ennemmin pakkoajatuksia. Suhtautuminen näihin kokemuksiin oli haastateltavan mukaan joka tapauksessa muuttunut terapian aikana. Sen lisäksi, että suhtautuminen psykoosikokemuksiin muuttui haastateltavilla, kokivat he myös saaneensa lisää keinoja selviytyä niiden kanssa.

H5: ”Mulle oli jonkin asteinen helpotus se tieto, että mä voin laittaa ne (äänet) sille lehdelle esimerkiksi. Se yksi mielikuvaharjoitus oli nimittäin sellainen, että pistettiin lehdelle joku ajatus ja sitten annettiin sen virrata alas ja poistua. Se esimerkiksi helpotti kauheasti. Ja jos mä sanon vastaan, niin se helpotti kans.”

H2: ”Kyllä se tapahtuneen hyväksyminen oli aika semmoinen olennainen siinä, miten niiden kanssa pärjää. Jonkin verran kyllä sanoisin, että olen saanut siitä (lyhytterapiasta) keinoja tulla toimeen sen kanssa, mitä on tapahtunut. Tapahtumista puhuminen on sellainen asia, että pystyn keskustelemaan tästä asiasta.”

Muutos psykoottisiin kokemuksiin suhtautumisessa ja kokemus avun saamisesta vaikuttivat haastateltavien mukaan myös siihen, miten he suhtautuisivat psykoosioireisiin tulevaisuudessa ja kuinka valmiita olisivat hakemaan hoitoa.

H2: ”Jos nyt uudestaan pääsisi käymään jotain tällaista niin se (terapian käyminen) helpottais myös sen tilanteen tunnistamista, että ahaa, nyt mä oon taas sairastumassa, mutta ehkä löytyis semmoista itsemyötätuntoa, että nyt näin tapahtuu ja pystyy suhtautumaan myötätuntoisemmin itseensä ja siihen, että tää nyt on tätä.”

H2: ”Mulle jäi positiivinen kokemus siitä terapiasta. Niin tavallaan se, että oli tämmöinen positiivinen - ja muutenkin on ollut ihan positiivinen kokemus hoidosta mitä oon saanut - niin se vaikuttaa varmasti siihen, että avun hakeminen on helpompaa, kun on se perusolettamus, että saa apua.”

Muutos liittyen tunteiden kokemiseen

Muutosta tunteiden kokemisessa kartoitettiin kolmella eri osa-alueella, joita olivat turvallisuuden tunne, suhtautuminen kielteisiin tunteisiin sekä ilon ja mielihyvän kokeminen. Suurin osa haastateltavista ei kokenut turvallisuuden tunteensa merkittävästi lisääntyneen terapian vaikutuksesta tai pitäneet sitä omalla kohdallaan merkityksellisenä teemana, mutta yhdelle haastateltavista se oli erityisen tärkeä.

H2: ”Siihen (turvallisuuden tunteeseen) se vaikutti tosi paljon ja huomaan sen tavallaan, että nimenomaan siinä se sairastumisen taustalla olevien traumaattisten tapahtumien käsittely on ollut tehokasta, että semmoinen perusturvallisuuden tunne on aika paljon parempi kuin mitä ennen terapiaa.”

Suhtautumisessa kielteisiin tunteisiin olivat kaikki haastateltavat kokeneet muutosta. Kielteisten tunteiden hyväksyminen ja niiden salliminen itselleen oli helpompaa.

H1: ”En syyllistä itseäni niistä (negatiivisista tunteista) niin paljon.”

H5: ”Mä voin sallia itselleni enemmän niitä. Se, että kielteisiäkin tunteita saa ihmisellä olla, se on musta tärkeätä havaita, että ei voi olla positiivinen koko ajan.”

Myönteisenä muutoksena mainittiin myös avoimuus tunteiden ilmaisemisessa.

H4: ”Kyllä se sillä tavalla vaikutti, että avoimemmin käsittelee niitä tunteita. Se semmoinen ulosanti oli lukossa, sillä tavalla ei tunteita osaa käsitellä.”

Myönteisten tunteiden kokemisessa ei koettu juuri tapahtuneen muutosta. Vain yksi haastateltavista koki pystyvänsä terapian vaikutuksesta kokemaan enemmän mielihyvää. Osa koki myös kysymyksen vaikeana vastata.

H2: ”Se on ehkä vähän semmoinen osa-alue, missä en ole niin suurta vaikutusta havainnut. Mulla on edelleen tällä hetkellä masennusoireita et ehkä semmoista tavallaan siinäkin näkyy, että on saanut työkaluja siihen, että pystyy suhtautumaan itseensä myötätuntoisemmin. Sallii itselleen sen, että jos nyt jostain saa mielihyvää niin se on ihan luvallista, mutta tavallaan edelleen on aika semmoinen olotila, että on vaikea saada mielihyvää mistään tällä hetkellä.”

Muutos suhtautumisessa itseen/muihin ja kokemus omista vaikutusmahdollisuuksista

Muutoksen suhtautumisessa muihin ihmisiin oli kokenut suurin osa haastateltavista. He kokivat terapian helpottaneen erityisesti sosiaalista kanssakäymistä joko sitä kautta, että oma oleminen niissä oli muuttunut luontevammaksi tai omat tulkinnat muiden ihmisten käyttäytymisestä olivat muuttuneet neutraalimmiksi.

H5: ”Varmaan nyt mä tajusin, että ihmiset voi olla, niillä voi olla huono päivä esimerkiksi, kun mä itse ole kuvitellut koko ajan, että ne on vihasia mulle. Että ihmisillä voi olla erilaisia syitä miksi ne ei hymyile just silloin kassalla.”

Merkittävimpiä muutoksia kaikki haastateltavat tunnistivat tapahtuneen suhteessa itseensä. Itseä kohtaan koettu ymmärrys, empatia ja myötätunto lisääntyivät kaikilla, samalla kun ankaruus ja vaativuus ja niihin liittyvät syyllisyyden ja häpeän tunteet vähenivät.

H1: ”(Olen) oppinut ymmärtämään, että niin kun ei aina tarvii vaatia itseltään sitä ihan parasta, et silti voi olla vähään tyytyväinen.”

H2: ”Siinä on ollut merkittävä muutos, että pystyy suhtautumaan myötätuntoisemmin ja on helpompi hyväksyä se, että on sairastunut. Oli tosi vahva syyllisyys siitä, että tuntui että oli päästänyt tilanteen siihen. Että olisi

itse pitänyt pystyä toimimaan niin, ettei niin olisi tapahtunut. Sit oli myös tosi voimakas häpeä siitä sairastumisesta ja ylipäänsä siitä, mikä elämäntilanne oli ja niin ehkä se kiteytyy siihen semmoiseen häpeään, syyllisyyteen.”

H3: ”Joo, suhtaudun paljon suopeammin. Se mun uudenvuodenlupauskin oli se, että mie kohtelen itseäni paremmin. Niin sillä tavalla, että ei ole niin ankara enää itselleni.”

H4: ”Kyllä vähän parempana ihmisenä pidän itseäni.”

H5: ”Mä rupesin vihdoon viimein kokemaan itseäni kohtaan empatiaa, jonka mä ansaitseen tuntea. Juu, kyllä, empatiaa on, niinku myötätunto itseensä kohtaan on ihan toisissa sfääreissä sen terapian jälkeen.”

Muutosta omissa vaikutusmahdollisuuksissa eivät kaikki tunnistanee tai kokenee oleellisen omalla kohdallaan. Osalle se oli kuitenkin keskeinen kokemus.

H1: ”On niin kun niitä keinoja, että mä voin vaikuttaa siihen omaan olotilaan ja omaan vointiin sen asenteen kautta.”

H3: ”Ei siihen kukaan muukaan voi vaikuttaa. Mä oon niin kun ainut, joka oikeesti, tai no voi muutkin vaikuttaa, mut, jos ei itse kohtele itseänsä hyvin niin se ei oikein toimi.”

Terapiasuhte

Kaikki haastateltavat kokivat tulleen kuulluksi terapiassa ja moni toi esille, että se on ollut todella tärkeää heille.

H3: ”Oikeesti ollaan kiinnostuneita kaikesta, mitä mie kerron eikä pelkästään niin kun noista isoista asioista vaan voi hyvillä mielin olla.”

Haastateltavat kokivat terapeutin suhtautuneen heihin ymmärtäväisesti, myötätuntoisesti ja kannustavasti. Myös terapeutin ammatillisuus ja pätevyys nostettiin esille.

H2: ” (Terapeutti suhtautui minuun) ammattimaisesti, tosi asiallisesti ja myötätuntoisesti. Koin, että mua ei tuomita tai syyllistetä ja että tavallaan mut siinä hyväksytään sellaisena kuin mä olen.”

Yksi haastateltavista kuvasi kokeneensa terapeutin suhtautuneen häneen myös kriittisesti, mutta kokenut tällaisen kriittisyyden positiivisena.

H1: ”(Terapeutti suhtautui minuun) tukevasti, osittain kriittisesti. Niin kun, jos on joku ajatuspolku, niin ei ota sitä annettuna, koko sitä lähestymistapaa saattaa kyseenalaistaa”

Psykoosin kognitiivinen lyhytterapia osana muuta hoitoa

Suhteessa muuhun saamaansa hoitoon haastateltavat kuvasivat lyhytterapiaa intensiivisempänä, minkä koettiin edesauttavan asioiden työstämistä.

H3: ”Se, että muistaakin, kun tulee tänne niitä asioita, joista haluaa puhua. Niin ku et, kun tulee semmoinen päivä, että vois kertoa tästä, mut jos on pidempi aika, niin ne unohtuu ne asiat.”

Yksi haastateltavista koki keskustelun terapiakäyneillä myös luontevammaksi kuin muissa hoitotilanteissa, mutta ei osannut tarkemmin eritellä kokemustaan. Sisällöllisesti haastateltavat nostivat esille erilaisia näkökohtia siihen, miten lyhytterapia erosi muusta hoidosta. Keskeisimmät näistä oli ajatusten ja uskomusten aktiivinen käsittely, elämäkokemusten vaikutuksen tiedostaminen sairastumisen taustalla, traumaattisten kokemusten käsittely, oirekeskeisyyttä laajempi näkökulma, ratkaisukeskeinen lähestymistapa ja selviytymiskeinojen opettelu.

H1: ”Ei ollu sitä vaan, että kerrotaan kuulumiset ja sitten niin kun seurataan sillä tavalla sitä vointia, vaan myös se, että tulee sitä kommenttia siihen niin kun, miten lähestyä omia asioita. Tota ei koe ehkä muuten. Enemmän mä oon täs puhunu verrattuna muuhun hoitoon omista ajatuksista, omista ajatuskuvioista ja miten arki peilaantuu niihin.”

H2: ”Ehkä tavallaan se, että tuntuu, että siinä tiedostetaan se, että aikaisemmat elämäntapahtumat vaikuttaa siihen sairastumiseen ja tuntu siltä, että tulee nähdyksi kokonaisuena. Tai ei ole pelkästään se, että mä oon sairastunut, vaan se mun henkilöhistoria vaikuttaa siihen, missä tilanteessa on nyt ja minkä mä koin semmoiseksi arvostavaksi tavallaan, että ei

sivuutettu sitä, mitä mä oon käynyt läpi ja mitä mulle on tapahtunut aikaisemmin. Ehkä niin kun muuten muu hoito on helposti sitä, että hoidetaan oireita eikä niinkään niitä syitä. Koin, että tässä lyhytterapiassa hoidetaan sitä alkuperäistä vauriota, sitä taustalla olevaa syytä.”

H5: ”Kyllä se oli se ratkaisukeskeisyys, se oli mun mielestä sellaista, mitä mä en ole kohdannut aikaisemmin noin niin kun, tommosissa mittasuhteissa, et siinä oli niin paljon sitä asiaa. Miten hallita sitä ahdistusta, että siihenkin oli monenlaisia erilaisia niksejä ja keinoja.”

Haastateltavat kokivat kaikki, että lyhytterapian tarjoaminen psykoosiin sairastuneille on hyödyllistä heidän oman kokemuksensa pohjalta, mutta useimmat eivät osanneet tarkemmin eritellä, miksi. Yksi haastateltava toi esille näkemyksensä siitä, että pelkästään oireisiin keskittymällä ei hänen mielestään saavuteta tehokasta hoitotulosta.

H2: ”Varmaan just se, että ainakaan niin kun henkilökohtaisesti en koe, että mulle psykoosin sairastuminen olis tullut niin kun puun takaa tai irrallaan. Se tuli yllättäen, mutta se riippu siitä, mitä mulle on aikaisemmin tapahtunut ja tavallaan se, että ilman, että saa apua siihen, niihin vaikeisiin kokemuksiin siinä sairastumisen taustalla, niin mä en usko, että pelkästään sitä oiretta lääkitsemällä, tai jos vaan siihen oireeseen puututaan, niin mä en usko, että se on tehokasta yksinään.”

Yksi haastateltava toi hieman yllättäen esille, että nimenomaan lyhytterapia verrattuna pitkään psykoterapiaan on hyödyllistä.

H5: ”Mä katson, että se on parempi vaihtoehto kuin se monivuotinen terapia, koska se, että jos on niin vaikea traumatausta kuin esimerkiksi mulla niin se vuosikausia niiden asioiden vatvominen se ei enää tuo sitä helpotusta vaan se laittaa elämään uudestaan ja uudestaan ne samat asiat.”

Lyhytterapian keskeisin anti potilaille

Lyhytterapian keskeisin anti haastateltaville liittyi itsen hyväksymiseen, omanarvon tunteen lisääntymiseen sekä häpeän ja syyllisyyden tunteiden vähenemiseen.

H4: ”No siinä, että sai semmoisen tunteen, että on ihan hyvä ihminen. Kun pidin itseäni vähän huonompana ihmisenä, huonona isänä.”

H2: ”Häpeän kokemuksen taltuttaminen ja sellainen, tavallaan se, että niin kun pystyy hyväksymään itsensä ja pystyy hyväksymään ja sisäistämään sen, että on sairastunut. Ja tavallaan saa semmoisen omanarvon tunteen takaisin. Haluaisin tuoda esille sen, että olen kokenut sen tosi hyödylliseksi ja semmoiseksi tosi tärkeäksi kulmakiveksi tässä omassa hoidossani, että uskon, että lyhytterapia on ollut nimenomaan yksi näistä merkittävimmistä asioista, jotka on vaikuttanut siihen, että vointi on jonkin verran kohentunut ja uskon, että pitkässä juoksussa varsinkin terapia on semmoinen kantava voima siinä hoidossa. En usko, että hoito olisi onnistunut ilman terapiaa.”

Myös ahdistuksenhallintakeinot ja joustavampi suhtautuminen omiin ajatuksiin nostettiin esille.

H1: ”Jos menee vaan tiukkojen ajatuskuvioiden perässä niin, kun ei tarvii laittaa niitä standardiksi sen oman elämän laadulle, että on joku asia, joka pitää toteutua omasta mielestään.”

Yksi haastateltavista koki koko elämänsä muuttuneen todella paljon terapian myötä ja elämänhalun ja ilon löytyminen oli siinä keskeistä.

H3: ”Varmaan se, että muuttui koko elämä tosi paljon. Et niin ku löysi sen elämisen ilon ja sen, että haluaakin jatkaa omaa elämää ja miettiä tulevaisuutta ja kaikkea, et sai sen elämän takaisin. Mä oon monelta ihmiseltä kuullut, että mä oon niin paljon parempivointinen, et se on kyllä, vaikka on huonoja päiviä ja huonoa olo, niin ei ole silti sellainen olo, että haluais luovuttaa.”

Haastateltavat toivat esille myös kiitollisuutta siitä, että olivat päässeet lyhytterapiaan.

H3: ”Kiitos! Mä oon oikeasti tosi, tosi kiitollinen sun tekemästä työstä. Se on vaikuttanut niin paljon mun elämään. Mua rupee itkettämään. Niistä (käynneistä) on ollut niin iso apu.”

H5: ”Siis oikeasti se toi valoa mun elämään koko toi terapia, että tavallaan oon vähän surullinenkin et se loppu, et olis niinku ollu vielä varmaan vaikka mitä, mitä olis voinut käsitellä.”

Pohdinta

Tämän tutkimuksen kohteena oli psykoosiin sairastuneiden kokemukset psykoosin kognitiivisesta lyhytterapiasta ja erityisesti se, millä tavalla sen koettiin vaikuttaneen toipumiseen. Lisäksi tarkasteltiin sitä, erosiko lyhytterapiasta saatu hyöty jotenkin muusta saadusta hoidosta. Tämän tutkimuksen perustella psykoosien kognitiivisen lyhytterapian keskeisin anti liittyi itsen hyväksymiseen, omanarvon tunteen ja itsemyötätunnon lisääntymiseen samalla kun häpeän ja syyllisyyden tunteet lievenivät. Myös lisääntynyt joustavuus ajattelussa ja paremmat selviytymiskeinot vaikeiden tunteiden ja kokemusten kanssa koettiin tärkeinä, olivat ne sitten psykoosioireita tai jotain muuta. Nämä tulokset tukevat hyvin aiemmissa tutkimuksissa tehtyjä havaintoja potilaiden kokemasta muutoksesta (Anttonen, 2013; Kilbride ym., 2013; Wood ym., 2013) ja vastaavat hyvin psykoosien kognitiivisen psykoterapian keskeisiä tavoitteita.

Haastatteluissa tuli hyvin esille haaste siitä, että potilailla on hyvin moninaisia ongelmia, joihin terapian tulisi vastata (Morrison & Barratt, 2010). Psykoosien kognitiivisen psykoterapian vahvuus on kuitenkin juuri siinä, että lähestymistapa on hyvin potilaslähtöinen. Tämä näkyy myös tämän tutkimuksen tuloksissa siinä, että kaikki haastateltavat kokivat saaneensa apua nimeämiinsä ongelmiin. Haastatteluissa näkyi myös se, että psykoottisten oireiden ja psykoosiin sairastumisen koettu merkitys vaihteli paljon, mikä on kliinisen kokemukseni perusteella yleistä. Psykoosin sairastumista tai psykoosioireita ei siis pidä automaattisesti nähdä potilaan keskeisenä ongelmana terapiassa, mikäli hän kokee jonkin muun asian, esimerkiksi mielialojen vaihtelun, haittaavan häntä enemmän.

Haastatteluissa tuli esille aiemmissa tutkimuksissa tehty havainto, että psykoosioireiden osalta ei välttämättä terapian myötä tapahdu muutosta niiden esiintyvyydessä vaan muutos tapahtuu suhtautumisessa ja tunnetasolla niin, ettei kokemus ole enää yhtä häiritsevää (Berry & Hayward, 2011). Myös keinovalikoiman lisääntyminen antaa potilaille vaikutusvaltaa suhteessa kokemuksiin, mikä tuli tässä tutkimuksessa esille erityisesti äänien kuulemiseen liittyen. Lisääntynyt tieto ja ymmärrys psykoosioireista on tässä tärkeä ja siinä näkyy myös psykoedukaation merkitys yhtenä kognitiivisen psykoterapian vaikuttavana elementtinä (Morrison & Barratt, 2010; Wood ym., 2013). Nämä havainnot vastaavat hyvin psykoosin kognitiivisen psykoterapian keskeistä tavoitetta vaikuttaa ensisijaisesti psykoosikokemuksiin liittyviin tulkintoihin ja niiden häiritsevyyteen. Voi myös pohtia, onko psykoosin kognitiivisen psykoterapian vaikuttavuuden

arviointi pelkästään oiremittareilla mielekästä, jos muutos oireiden määrässä ei ole varsinaisesti terapian tavoite.

Traumatisoituneilla erityisen tärkeäksi nousi traumakokemuksille ja sairastumiselle annetut merkitykset ja muutos suhtautumisessa niihin, mikä näkyi häpeän ja syyllisyyden tunteiden lieventymisenä ja hyväksynnän ja itseä kohtaan koetun myötätunnon lisääntymisenä. Keskeistä tässä lienee ollut trauman tunnistaminen, siitä puhuminen, tieto trauman vaikutuksesta ja yhteydestä psykoosikokemuksiin. Voisi myös ajatella, että keskeinen menetelmä tässä on ollut näiden yhteyksien jäsentäminen elämänhistoriallisen käsitteellistämisen kautta, johon koko psykoosien kognitiivisen terapian lähestymistapa pohjaa (Morrison, 2001). Tämä lienee yhteydessä myös siihen, että traumatapahtumiin oli saatu riittävä etäisyyttä. Traumataustan huomioiminen nousi tässä tutkimuksessa selvemmin esille kuin aiemmissa tutkimuksissa.

Tunteiden kokemiseen liittyen mielenkiintoista oli, että tässä tutkimuksessa ei tullut esille kovin keskeisesti muutosta turvallisuuden tunteessa. Tämä saattaa toisaalta heijastaa sitä, että kaikilla tutkimukseen osallistuneilla ei ollut laajempaa turvattomuuden tunnetta, josta moni psykoosiin sairastunut kärsii tai sitten lyhytterapia ei ollut vielä riittävästi vastannut tähän tarpeeseen. Haastatteluissa turvallisuuden tunteen lisääntyminen oli ollut oleellista yhdellä henkilöllä, jonka turvattomuus liittyi hyvin pitkälti traumatisoitumiseen. Merkittävimmäksi muutokseksi tunne-elämässä oli koettu suhtautuminen kielteisiin tunteisiin, joka oli kaikilla muuttunut sallivammaksi ja kielteisiä tunteita kohtaan koettu pelko oli vähentynyt. Myös aiemmat tutkimukset ovat korostaneet tunne-elämässä tapahtuvia muutoksia merkityksellisinä psykoosien kognitiivisessa psykoterapiassa (Greenwood ym., 2010; Wood ym., 2013).

Suhtautuminen muihin ihmisiin ei haastateltavien itsensä kokemana muuttunut merkittävästi, mutta sosiaaliset tilanteet koettiin luontevampina ja tulkinnat muiden ihmisten tarkoitusperistä neutraalimpana. Sen sijaan merkittävimmat muutokset tapahtuivat suhteessa itseen, mikä näkyi ymmärryksenä, empatiana ja itseään kohtaan koettuna myötätuntona sekä ankaruuden ja vaativuuden vähentymisenä. Positiivinen muutos suhteessa itseen on tullut esille myös aiemmissa tutkimuksissa (Anttonen 2013; Kilbride, 2013). Terapeutin potilasta kohtaan osoittaman kannustuksen, ymmärtäväisyyden ja myötätunnon voisi ajatella vahvistaneen tällaista myönteisestä muutosta suhteessa itseen. Merkitystä oli varmasti myös haastateltavien kokemuksilla siitä, että tuli kuulluksi ja nähdyksi kokonaisuena ihmisenä, eikä vain oireiden kautta, ja hyväksytyksi tuleminen

juuri sellaisena kuin on. Terapiasuhteessa tärkeänä koettiin myös terapeutin ammatillisuus, asiallisuus ja kyky sopivasti haastaa potilasta tarkastelemaan kriittisesti omia ajatusmallejaan. Tässä tutkimuksessa haastateltavien kokemukset terapeuttien suhtautumisesta ja toimintatavoista ilmentävät hyvin Anttosen ja Määtän (2020) määrittelemiä terapeutin toimintaa ohjaavia arvoja psykoosien kognitiivisessa psykoterapiassa. Potilaiden kokemukset viittaavat myös hyvään allianssiin terapiasuhteessa. Terapeuttinen allianssi mahdollistaa muutoksen ja on potilaiden kokeman mukaan keskeinen terapian vaikuttava tekijä (Wood ym., 2013).

Haastateltavien kokemus siitä, miten kognitiivinen lyhytterapia eroaa muusta hoidosta, oli mielenkiintoinen. Vastausten perusteella tavanomainen psykoosin hoito poliklinikalla saattaa olla melko oirekeskeistä, niin sanottua voinnin seurantaa, eikä juurikaan sisällä psyykkisen oireilun taustalla vaikuttavien ajatusten, uskomusten ja elämäkokemusten käsittelyä. Lyhytterapian koettiin siis eroavan tässä suhteessa muusta hoidosta tarkastelemalla potilaan pulmia laajemmasta näkökulmasta ja huomioimalla paremmin traumakokemukset, sekä tarjoamalla ratkaisukeskeisempää lähestymistapaa ja selviytymiskeinoja oireiden kanssa elämiseen. Näiden tekijöiden voi nähdä edesauttavan elämän ja oman itsen rakentamista uudelleen ja toivon heräämistä, joiden on tutkimuksissa havaittu olevan keskeisiä psykoosista toipumisessa (Pitt ym., 2007). Psykoosin kognitiivisella lyhytterapialla vaikuttaisi siis olevan potilaille lisäarvoa muun psykiatrian poliklinikan tarjoaman hoidon rinnalla.

Haastateltavat toivat esille myös tapaamisten tiheyden ja säännöllisyyden erona tavanomaisiin vastaanottokäynteihin poliklinikalla, mikä herättää myös kysymyksen siitä, onko muu keskusteluhoito aina edes riittävän intensiivistä tuottaakseen psyykkistä muutosta. Lisäksi hoitojärjestelmän kannalta huomionarvoista oli tässä tutkimuksessa myös se, miten lyhytterapian koettiin vaikuttaneen myönteisesti hoitoon hakeutumiseen jatkossa, mikäli psykoosi uusiutuisi. Vastauksissa tuli esille viitteitä siitä, että lisääntynyt ymmärrys, hyväksyntä ja myötätunto itseä kohtaan edesauttavat hoidon vastaanottamista, mikä on aivan keskeistä psykoosisairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa, jossa haasteena on usein sitoutumisvaikeudet lääkehoitoon ja avohoidon vastaanottokäynteihin. Kognitiivisen psykoterapian lähestymistapoja voisi siis soveltaa hoitotyöhön laajemminkin. Kilbriden ym. (2013) mukaan mielenterveyden ammattilaiset voisivat yleisesti lisätä potilaiden sitoutumista hoitoon omaksumalla yhteistyöhön pohjautuvia lähestymistapoja, kuten joustavuus ja valinnanvapaus.

Psykiatrian poliklinikalla on harvoin mahdollisuus tarjota potilaille pitkiä psykoterapioita, vaikka ne olisivat osalle potilaista tarpeellisia. Tämän tutkimuksen perusteella hyviä tuloksia voidaan kuitenkin saada aikaan jo lyhyessäkin terapiassa. Tähän varmasti vaikuttaa se, että tavoitteet on hyvin mietitty, työskentely on aktiivista ja terapiat toteutuvat osana muuta psykiatrista hoitoa, joka tukee terapiaprosessia. Yksi haastateltavista koki, että lyhytterapia voi joissain tapauksissa olla jopa parempi hoitomuoto kuin pitkä psykoterapia. Haastateltavan kuvauksen perusteella tämä kokemus saattaa liittyä siihen, että vaikeasti traumatisoitunut voi ehkä kokea lyhytterapian rajallisuuden ja selkeän tavoitteellisuuden turvallisena.

Tämän tutkimuksen puutteena voidaan nähdä tällaisille tutkimuksille tyypillinen pieni otoskoko, jolloin yksittäisten haastateltavien kokemukset saavat melko suuren painoarvon (Kilbride ym., 2013). Siitä huolimatta tutkimuksen tulokset ovat yhtenäisiä aiemman tutkimustiedon kanssa ja vahvistavat teoreettisia oletuksia siitä, mikä psykoosien kognitiivisessa psykoterapiassa on vaikuttavaa. Osa haastattelun kysymyksistä koettiin vaikeaselkoisina, minkä vuoksi kaikkiin kysymyksiin ei saatu kaikilta haastateltavilta vastauksia. Lisäksi haastattelurunko olisi voinut sisältää suoria kysymyksiä siitä, mikä lyhytterapioissa on mahdollisesti koettu vaikeana. Aiemman tutkimustiedon perusteella koettu hankaluus on yleensä liittynyt kotitehtävien tekemiseen ja terapian työläyteen (Kilbride ym., 2013). Tutkimuksiin olisi jatkossa hyödyllistä rekrytoida myös henkilöitä, jotka ovat keskeyttäneet terapian (Wood ym., 2013). Potilaiden kokemuksia tutkittaessa tutkimusten suunnitteluun ja toteutukseen voitaisiin myös ottaa vahvemmin mukaan kokemusasiantuntijoita, kuten on tehty monissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Kilbride ym., 2013; Pitt ym., 2007).

Tämän tutkimuksen perusteella potilaiden kokemukset tarjoavat kuitenkin ainutlaatuista tietoa siitä, mikä psykoosin kognitiivisessa psykoterapiassa auttaa ihmisiä toipumaan psykoosista ja saavuttamaan itselleen merkityksellisen elämän. Tätä tietoa voidaan käyttää hyödyksi psykoosien hoidon kehittämisessä laajemminkin. Olisi myös tärkeää pohtia sitä, miten hoidon tuloksiin vaikuttaa se, nähdäänkö psykoosiin sairastuneet passiivisina hoidon kohteina, joiden toipumista arvioidaan ulkoapäin määritellyin mittarein vai palvelujen käyttäjinä, jotka ovat aktiivisia toimijoita omassa elämässään ja joiden kokemus saamastaan hoidosta ja sen vaikutuksesta toipumiseensa on keskeinen hoidon tuloksellisuutta arvioitaessa.

Lähteet

Anttonen, S. (2013). Psykoterapia ja muutos omiin psykoottisiin kokemuksiin suhtautumisessa. *Kognitiivinen psykoterapia* 10(1), 41–58.

Anttonen, S. & Määttä, H. (2020). Psykoosit. Teoksessa *Kognitiivinen psykoterapia* S. Kähkönen, I. Karila., M. Koivisto & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.416–450). Helsinki: Duodecim.

Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.-P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C. & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 8, 969-980.

Berry, C. & Hayward, M. (2011). What can qualitative research tell us about service user perspectives of CBT for psychosis? A synthesis of current evidence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 487-494.

French, P. & Morrison, A.P. (2008). *Psykoosin varhaisoireet. Tunnistaminen ja kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim.

Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G. & Bentall R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45, 2365–2373.

Greenwood, K. E., Sweeney, A., Williams, S., Garety, P., Kuipers, E., Scott, J. & Peters, E. (2010). CHOICE of Outcome In Cbt for psychosEs (CHOICE): The development of a new service user-led outcome measure of CBT for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 126–135.

Kilbride, M., Byrne, R., Price, J., Wood, L., Barratt, S., Welford, M. & Morrison, A. P. (2013). Exploring service users' perceptions of cognitive behavioural therapy for psychosis: a user led study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 89–102.

Morrison, A. P. & Barratt, S. (2010). What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 136-142.

Morrison, A. P., Renton, J., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R. (2004). *Cognitive therapy for psychosis. A formulation-based approach*. Hove: Brunner-Routledge.

Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.

Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M. & Morrison, A. P. (2007). Researching recovery from psychosis: a user-led project. *Psychiatric Bulletin*, 31, 55–60.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus (2020). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Turner, D. T., Burger, S., Smit, F., Valmaggia, L. R. & van der Gaag, M. (2020). What Constitutes Sufficient Evidence for Case Formulation–Driven CBT for Psychosis? Cumulative Meta-analysis of the Effect on Hallucinations and Delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 46, 1072–1085.

Wood, L., Burke, E. & Morrison, A. (2013) Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 1-13.

Liite 1

Haastattelurunko Pvm:

Tunniste:

Ohje potilaalle: Esitän sinulle seuraavaksi kysymyksiä liittyen lyhytterapiaan, jonka olet käynyt psykiatrian poliklinikalla. Erityisenä kiinnostuksen kohteena tässä haastattelussa on sinun kokemuksesi terapiasta ja sen vaikutuksista toipumiseesi. Jos koet, että jokin kysymys ei koske sinua

tai et halua siihen vastata, voidaan se ohittaa. Voit myös halutessasi nostaa esille aiheita näiden kysymysten ulkopuolelta, jos ne liittyvät käymääsi terapiaan.

Taustatietoja

Minkä ikäinen olet?

Milloin sinulla on ollut ensimmäisen kerran psykoottisia kokemuksia?
Kuinka pitkään olet ollut psykiatrisen hoidon piirissä?

Yleisiä kysymyksiä

Milloin kävit terapian ja kuinka pitkä se oli? Minkälaisia ongelmia käsittelit lyhytterapiassa? Saitko apua näihin ongelmiin?

Muutos liittyen psykoottisiin kokemuksiin

Onko sinulla tällä hetkellä tai joskus aiemmin ollut outoja kokemuksia tai voimakkaita pelkoja, joiden on ajateltu olevan psykoottisia?

Jos käsittelit terapiassa näitä kokemuksia, muuttuiko suhtautumisesi niihin?
Löysitkö uusia keinoja selviytyä kokemustesi kanssa?

Näkyykö se jollain tapaa sinun elämässäsi terapian jälkeen?

Vaikuttiko terapia siihen, miten suhtaudut tällaisiin kokemuksiin tulevaisuudessa, jos niitä esiintyy?

Muutos liittyen tunteiden kokemiseen

Vaikuttiko terapia siihen, kuinka turvalliseksi tunnet olosi? Vaikuttiko terapia siihen, miten suhtaudut kielteisiin tunteisiin? Vaikuttiko terapia siihen, miten pystyt kokemaan iloa ja mielihyvää?

Muutos suhtautumisessa itseän/muihin

Vaikuttiko terapia siihen, miten suhtaudut muihin ihmisiin tai tulet toimeen muiden kanssa?

Vaikuttiko terapia siihen, miten suhtaudut itseesi?

Koetko pystyväsi itse vaikuttamaan elämääsi? Muuttuiko kokemuksesi siitä terapian aikana?

Terapiasuhte

Miten koit terapeutin suhtautuvan sinuun? Koitko tullee kuulluksi terapiassa?

Lyhytterapia osana muuta hoitoa

Jos vertaat käymääsi terapiaa muuhun aiemmin saamaasi hoitoon, oliko siinä jotain erilaista?

Onko lyhytterapian tarjoaminen psykoosiin sairastuneille mielestäsi hyödyllistä?

Potilaalle itselleen tärkeät asiat

Mikä sinulle oli terapian keskeisin anti?

Onko jotain, mitä haluaisit vielä tuoda esille liittyen käymääsi lyhytterapiaan?

Hyväksymis- ja omistautumisterapia psykoosista toipuvien hoidossa

Janne-Jukka Huopaniemi

Tässä artikkelissa esittelen hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) soveltamista psykoosista toipuvien hoidossa psykiatrisessa hoidossa tai psykoterapiassa sovellettavana viitekehyksenä. HOT on prosessipohjainen lähestymistapa, jossa opetellaan käsittelemään epämiellyttäviä ajatuksia ja tunteita tavoilla, joilla niiden vaikutusvalta vähenee. HOT korostaa ihmisten auttamista elämään elinvoimaista, rikasta ja merkityksellistä elämää erilaisten ongelmien ja oireiden aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Tämän tukemiseksi pyritään selkiyttämään, mitä ihmiset pohjimmiltaan haluavat elämältään eli mikä heille on merkityksellistä ja tärkeää. HOT antaa kiinnostavia näkökulmia ja työkaluja psykooseihin liittyvään ongelmakäyttäytymiseen sekä kielteisiin asenteisiin, stigmaan ja häpeään.

Psykoosit aiheuttavat usein kokijalleen merkittävää inhimillistä kärsimystä ja hoitoon sitoutuminen voi olla joskus hankalaa, minkä lisäksi psykiatrian hoitokeinoilla voi olla merkittäviä haittoja ja osa ihmisistä kokee diagnoosit leimaaviksi, millä on kielteisiä vaikutuksia itsekäsitykseen ja elämän mahdollisuuksiin. Myös psykoterapialla voi olla haittavaikutuksia. Psykoosit voivat olla uusiutuvia ja pitkittyneen psykoosisairauden eli skitsofrenian kansantaloudellinen merkitys on merkittävä. Ulkomaisten tutkimusten perusteella skitsofrenia aiheuttaa 1–3% terveydenhuollon kustannuksista, jonka perusteella ne olisivat Suomessa noin 800–900 miljoonaa euroa vuodessa (Goeree ym., 2005; Hu, 2006; Knapp ym., 2004; Marcellusi ym., 2018; Wu ym., 2005). Jin ja Mosweu (2016) ovat esittäneet, että skitsofrenian aiheuttamista kokonaiskustannuksista voidaan säästää sijoittamalla terapeutitseen tuettuun työllistämiseen, tukemalla hoitavia omaisia, vähentämällä sairaalahoitoja ja niiden kestoa avohoitoa tehostamalla ja vähentämällä yhteisohoidon avulla sairastamisen haitallisia seurauksia.

Moni toipuva ei saa hoitosuosituksen mukaista hoitoa ja vaikuttavaksi todettua psykososiaalista tukea, minkä lisäksi monia terapeutteja saattaa pelottaa hoitaa vakavia mielenterveyden häiriöitä tai heiltä puuttuu siihen soveltuva koulutus (Gaudiano ja Busch, 2013). Siksi on tärkeää, että lääketieteellisten keinojen rinnalle on tarjolla vaikuttavia ja omaksuttavia

psykososiaalisen tuen muotoja, mihin HOT antaa innostavia mahdollisuuksia.

Yleiskatsaus psykooseihin ja niiden hoitoon

Psykoosi on sateenvarjokäsite, joka kattaa laajan joukon oireita, kuten havaitsemiseen, kognitiivisiin toimintoihin, tunnesäätelyyn ja toimintaan liittyviä häiriöitä (Oliver ym., 2013). Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä, joka voi ilmetä harhaluuloina, aistiharhoina, puheen tai toiminnan huomattavana hajanaisuutena tai katatonisina oireina. Skitsofrenia on yleisin psykoottinen häiriö ja useimmilla skitsofreniaa sairastavista henkilöistä psykoosioireita esiintyy jaksoittain, mutta psykoosioireet voivat olla jatkuviakin. Skitsofrenian tavallisia ja usein asiakkaiden toimintakyvyn kannalta haittaavimpia oireita ovat negatiiviset oireet, kuten vähentynyt tunneilmaisuus ja tahdottomuus, sekä kognitiiviset oireet, kuten työmuistin ja toiminnanohjauksen heikkeneminen. Nämä oireet ovat yleisiä psykoosijaksojen välissäkin. Myös masennus- ja ahdistusoireet ovat tavallisia, etenkin akuuttien psykoosijaksojen aikana ja niiden jälkeen. Skitsofreniaan liittyy merkittävästi kohonnut itsemurhariski ja suurentunut ennenaikaisen kuoleman riski. Skitsofrenian syyt liittyvät geeneihin ja ympäristötekijöihin, mutta ne tunnetaan edelleen puutteellisesti. Esiintyvyys väestössä on noin yksi prosentti ja häiriö kehittyy yksilöllisesti. Skitsofreniaan liittyy usein toimintakykyyn vaikuttavaa kognitiivisten toimintojen heikentymistä. Häiriön kulku ja ennuste on yksilöllinen ja vaihteleva oireettomuudesta merkittävään toimintakyvyn haittaan asti. Ennusteeseen vaikuttaa asiakkaan motivoituminen ja sitoutuminen omaan hoitoon, aktiivinen osallistuminen hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä läheisten ja sosiaalisen verkoston tuki, johon sisältyy myös sopivan asumisen ja työn löytäminen. (Suvisaari ym., 2021.)

Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa varhaisella tunnistamisella, varhain aloitetulla hoidolla ja aktiivisella kuntoutuksella. Keskeisiä tekijöitä hoidossa ovat psykoosilääkitys, jossa pyritään tehokkaan oirelievityksen lisäksi pienimpään tehokkaaseen annokseen ja haittavaikutusten minimoimiseen, asiakkaan ja hänen perheensä koulutuksellinen terapia eli psykoedukaatio, psykososiaalisen yksilöhoidon spesifiset muodot, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia, asiakkaan toimintakykyä ja elämänlaatua lisäävät monipuoliset psykososiaalisen kuntoutuksen muodot, työ kuntoutuksen ja tuetun työllistymisen edistäminen sekä terveydentilan arviointi, sen edistäminen ja erityisesti sydän- ja verisuonisairauksien sekä

diabeteksen riskien pienentäminen. Pitkäaikaishoidossa keskeistä on asiakkaiden aktiivinen tukeminen hoitoon sitoutumisessa, uusien sairausjaksojen ehkäiseminen, mielekäs päiväohjelma ja sosiaaliset suhteet, asiakkaiden integroiminen yhteiskuntaan ja joustavat palvelut kriisitilanteissa. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Hoitoon kuuluvat myös psykososiaaliset hoitomuodot, kuten koulutuksellinen terapia, kognitiiviset menetelmät ja asiakkaan tarpeiden mukaan valitut muut psykososiaaliset kuntoutusmuodot. Moni skitsofreniadiagnoosin saaneista henkilöistä on Suomessa työkyvyttömyyseläkkeellä, jolle päätymiseen vaikuttavat yhteiskunnan ja työnantajien kielteiset asenteet ja näyttöön perustuvan, työllistymistä tukevan kuntoutuksen heikko saatavuus. (Suvisaari ym., 2021.) Tuetun työllistymisen IPS-menetelmällä (Individual Placement and Support) on vahva tutkimusnäyttö skitsofreniaa ja muita vakavia mielenterveysongelmia sairastavien työllistymisen tukemisessa (Supported Employment for Schizophrenia, 2016).

Psykooseihin liitetystä stigmasta

Erityisesti nuoret ensipsykoosipotilaat ovat alttiita kokemaan, että mielenterveyden häiriöt stigmatisoivat heidät, minkä vuoksi itsestigmatisaatiota on erityisen tärkeä työstää (Oliver ja Morris, 2013). Itsestigmatisaatio on prosessi, jossa yhteiskunnan negatiiviset stereotyypit ”sisäistetään” (Link, 1987). Käyttäytymisanalyttisin ja HOT:n termein siitä tulee osa yksilön verbaalista käyttäytymistä ja käsitteellistä minää. Tämä prosessi on osoittautunut erityisen relevantiksi ihmisillä, joilla on ollut psykoosi (Corrigan, 2004). Psykoosiin sairastuneet kohtaavat usein mielenterveyden häiriöihin ja psykooseihin liittyviä asenteita yhteiskunnassa ja soveltavat niitä itseensä. Tämä voi ilmetä itsekriittisinä näkemyksinä ja epäluottamuksena omaa arvostelukykyä ja identiteettiä kohtaan sekä johtaa elämää kaventaviin valintoihin, jotka tehdään pelon pohjalta. (Gumley ja Schwannauer, 2006.)

Itsestigmatisaatio on todennettu ongelma psykoosista toipuvilla ihmisillä, ja se vaikeuttaa sosiaalista integraatiota ja toipumista (Díaz-Mandado & Periañez, 2021). Itsestigmatisaatiolla on yhteys koettuun elämänlaatuun, toimintakykyyn, toivon kokemukseen ja itsetuntoon (Picco ym., 2016). Itsestigmatisaatio on yhdistetty heikentyneeseen sosiaaliseen toimintakykyyn, sosiaalisen tuen heikkouteen ja huonontuneeseen hoitoennusteeseen tai toipumiseen (Çapar & Kavak, 2019; Zhang ym.,

2019). Se vaikuttaa myös taloudelliseen asemaan ja lisääntyneeseen itsemurhariskiin (Lien ym., 2018; Wastler ym., 2020). Vähäinen itsestigmatisaatio on yhteydessä parempaan koettuun terveydentilaan ja mm. avioliittojen luomiseen, korkea itsestigmatisaatio taas on yhteydessä pitkäaikaisempaan psykiatriseen hoitokontaktiin (Alexová ym., 2019). Negatiiviset vaikutukset ovat yhteydessä emotionaaliseen hyvinvointiin kuten positiivisten tunnetilojen vähenemiseen (ylpeys, innostus, elinvoimaisuus, inspiraatio) ja negatiivisten tunnetilojen lisääntymiseen (häpeä, syyllisyys, ärtyneisyys ja huoli), jotka myötävaikuttavat yhdessä stigman ja kielteisen minäkäsityksen kanssa vaikea-asteisempaan oireiluun, heikompaan toipumiseen ja korkeampaan itsemurhariskiin (Morgades-Bamba ym., 2019). Koetun stigman ja yksinäisyyden välillä on vahva korrelaatio (Yildirim ja Kavak Budak, 2020).

Stigman syiksi nousivat tutkimuksissa esille mm. skitsofreniaan liitetty vaarallisuus tai aggressiivisuus (da Silva ym., 2020; Egbe ym., 2014; Zhang ym., 2019). Häpeä, tiedon puute, negatiiviset asenteet, hoitoon liittyvät pelot ja ammattilaisten kielteiset asenteet ja uskomukset johtuvat usein vääristä käsityksistä psykiatrisiin häiriöihin liittyen (da Silva ym., 2020; Egbe ym., 2014). Asenteisiin vaikuttavat myös matala koulutustaso ja kokemuksen puute psykooseista (Colizzi ym., 2020).

Suvisaaren ym. (2021) mukaan toipuminenkin on mahdollista ja joka seitsemäs skitsofreniaa sairastavista toipuu kliinisesti ja sosiaalisesti. Psykologinen toipuminen tarkoittaa sitä, että henkilö kokee elämänsä merkitykselliseksi ja tyydyttäväksi eikä ”sairaus” määrittele henkilön kokemusta itsestään. Yksilöllinen, toipumisorientaation mukainen näkökulma ennusteeseen korostaa henkilön omakohtaista kokemusta mielekkäästä elämästä. Toipumisen tavoite on elää tyydytystä tuovaa ja toiveikasta elämää häiriön aiheuttamista rajoituksista huolimatta (Anthony, 1993). Tässä toipumisprosessissa ammattilaisen tavoite on tukea ja edistää asiakkaan toiveikkautta, elämän tarkoituksellisuuden kokemista ja elämän mielekkyyttä.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia psykoosien hoidossa

Kognitiivisella käyttäytymisterapialla (KKT) on vahva tutkimusnäyttö skitsofrenian hoidossa (Cognitive behavioral therapy for schizophrenia, 2016; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2022). KKT skitsofrenian hoidossa sisältää yhteistyöhön perustuvan terapiasuhteen luomisen, yhteisen ymmärryksen saavuttamisen ongelmista, tavoitteidenasettelun ja sopivien

keinojen tai strategioiden opettamisen asiakkaan oireiden vähentämiseksi tai hallitsemiseksi. Tavoite ei ole parantaa skitsofreniaa vaan kohentaa asiakkaan kykyä toimia itsenäisesti, hallita häiriötä ja vähentää häiriöön liittyvää ahdinkoa jokapäiväisessä elämässä. Menetelmiin kuuluu ajatusten uudelleenmuotoilu, käyttäytymiskokeet, uskomusten todenmukaisuuden kokeileminen, itsehavainnointi ja taitoharjoittelu. Lähestymistavassa pyritään olemaan konfrontoimatta asiakasta ja pyritään normalisoimaan psykoottisia kokemuksia osana jatkumoa ei-psykoottisten kokemusten kanssa. KKT:n on todettu olevan tehokasta psykoottisiin oireisiin kuten hallusinaatioihin ja harhaluuloihin, mutta myös psykoottisiin oireisiin liittyvään masennukseen ja ahdistukseen sekä niiden vaikutuksiin päivittäisessä elämässä (Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia, 2016). KKT:n vaikutukset perustuvat psykoottisten intruusioiden tutkimiseen ja niihin liittyneiden haitallisten tulkintojen vaihtoehtoiseen ymmärrykseen, jonka apuna käytetään kaikkia kognitiivisia ja käyttäytymisterapeuttisia tekniikoita.

KKT:lla voidaan jossain määrin lievittää häiriön positiivisia ja negatiivisia oireita, mutta psykoosijaksojen uusiutumiseen sillä ei välttämättä pystytä vaikuttamaan. KKT soveltuu myös skitsofreniaa sairastavien ahdistuneisuusoireiden, sosiaalisen jännittämisen ja masennuksen hoitoon, ja sitä voidaan yksilöterapian lisäksi toteuttaa ryhmämuotoisesti. Erityisesti KKT:ta suositellaan psykoosin mahdollisessa riskivaiheessa oleville henkilöille. Psykoterapian tarve ja soveltuvuus tulee aina arvioida yksilöllisesti. KKT on tutkimusten perusteella turvallista myös niille ihmisille, jotka eivät halua lääkehoitoa. Psykoosien hoitoon on kehitetty oma psykoosien KKT:n menetelmäsovellus, joka soveltuu skitsofreniaa sairastaville. Tähän riittää lyhyempi menetelmäkoulutus ja siinä fokusoidaan stressi-haavoittuvuusmallin ymmärtämiseen, tärkeimpien oireiden tunnistamiseen ja hallintaan sekä pahenemisvaiheita ehkäiseviin menetelmiin. Siinä on edukatiivisia elementtejä, mutta siinä hyödynnetään vahvemmin terapeuttista yhteistyötä ja kognitiivisen psykoterapiasuuntauksen teoriapohjaa sekä menetelmiä. Menetelmän pitkäkestoisesta vaikuttavuudesta tarvitaan lisätutkimuksia. Suomessa psykoosien KKT-sovelluksen koulutusta on annettu eri nimikkeillä, eikä vakiintunutta termiä ole vielä syntynyt. Asiakastyössä käytetty jakso on yleensä noin 20 kertaa kertaviikkoisena, mutta se voi tarvittaessa jatkua pidempään. Kansainvälisissä suosituksissa todetaan, että jokaisen skitsofreniaan sairastuneen pitäisi jossain vaiheessa saada psykooseihin fokuoitunutta KKT:ta (Suvisaari ym., 2021).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiasta yleisesti

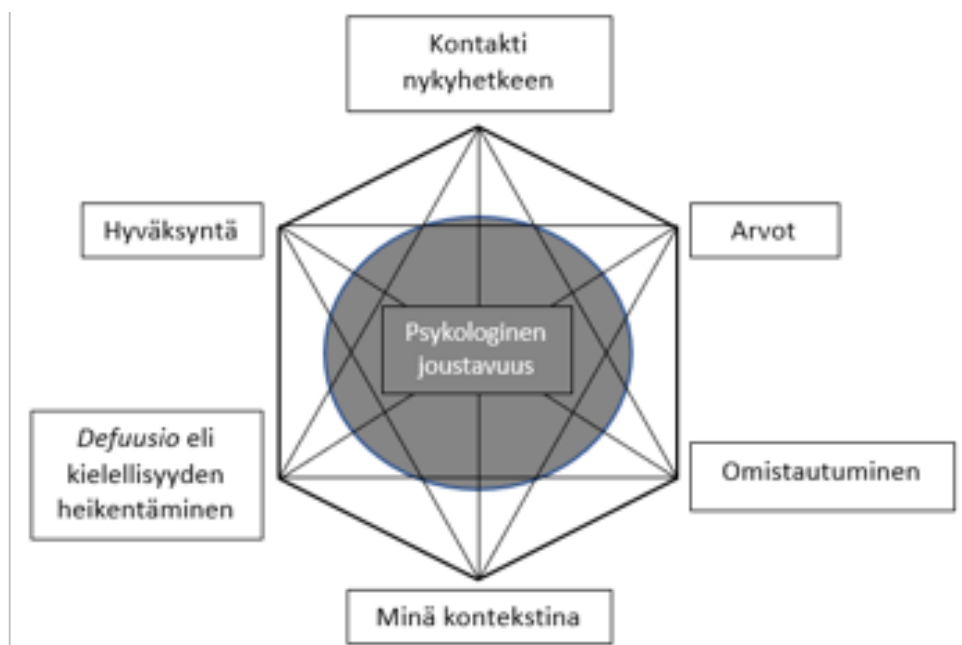
Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) on ”kolmannen aallon” kognitiivinen käyttäytymisterapia ja kehittynyt kontekstuaalisten käyttäytymistieteiden parissa, joissa tutkitaan käyttäytymisen funktioita ja toimivuutta toivotun lopputuloksen kannalta eri konteksteissa (Hughes, 2018). HOT yhdistää hyväksyntää ja tietoista läsnäoloa auttaakseen ihmisiä suhtautumaan hankaliin ajatuksiin ja tunteisiin siten, että vahvistetaan omistautumista toimintaan, jota ohjaavat henkilökohtaiset arvot. HOT pyrkii muuttamaan yksilön *suhdetta* sisäisiin kokemuksiin sen sijaan, että pyrkisi muuttamaan niiden sisältöä tai esiintymistä. HOT on transdiagnostinen lähestymistapa, joka käyttää samaa teoreettista mallia käsitteellistääkseen ja kohdentaakseen interventiot prosesseihin, jotka vaikuttavat laajaan joukkoon erilaisia häiriöitä (Oliver ym., 2013).

HOT:n juuret ovat sovelletussa käyttäytymisanalyysissä ja erityisesti funktionaalisessa käyttäytymisanalyysissä. Näiden mukaan kaikki käyttäytyminen täytyy selittää yhteydessä ympäristömuuttujiin, koska muuten siihen ei voida vaikuttaa. HOT (kuten KKT) korostaa kielellistä käyttäytymistä ja kognitioita, mutta HOT lähtee siitä, että ajatukset ja uskomukset eivät ole suoraan syy-yhteydessä muuhun käyttäytymiseen. HOT:n taustalla on suhdekehysteoria (RFT), jonka mukaan kielelliset suhteet opitaan ja ne voivat olla mielivaltaisia ja johdettuja. Ajatus voi näin olleen korvata suoran kokemuksen ja edustaa sitä. HOT:ssa psykopatologia ymmärretään psykologisen jäykkyyden seuraukseksi, etenkin ajatusten ottamisen vakavasti ja tosissaan, sekä välttämiskäyttäytymisen vaikutuksiin. Nämä ovat kaksi suurinta psykologisen kärsimyksen lähdettä (Ruiz, 2012).

HOT pyrkii vähentämään ajattelun ja kielen haitallisia vaikutuksia, jotta yksilön vapaus elää omien arvojensa mukaista elämää lisääntyisi. HOT pyrkii lisäämään psykologista joustavuutta auttamalla ihmisiä kehittämään tietoisuustaitoja ja huomaamisen taitoja, sitoutumaan arvojen mukaiseen toimintaan ja vähentämään kokemuksellista välttelyä sekä kognitiivista fuusiota, jotka voimistavat negatiivisia tunnetiloja ja rajoittavat toimintaa. (Hayes ym., 2006, 2011.) HOT rohkaisee asiakkaita reagoimaan sisäisiin kokemuksiin kuten ajatuksiin, mielikuviin, tunteisiin ja muistoihin ”mielen tapahtumina” sen sijaan, että suhtautuisi niiden sisältöön tosiasioina, mikä auttaa asiakkaita kehittämään tietoisuuden hyväksynnän perspektiivin kokemuksiinsa (O’Donoghue ym., 2018).

HOT:n kuusi teoreettista prosessia esitetään visuaalisesti *hexaflexin* muodossa (kuvio 1). Psykologinen joustavuus on määritelty kykynä muodostaa tietoinen yhteys nykyhetkeen ja muuttamaan käyttäytymistä tai säilyttämään sellaista käyttäytymistä, joka palvelee henkilökohtaisia arvoja. Psykologiseen joustavuuteen vaikuttavat prosessit ovat hyväksyntä, *defuusio* eli kielellisyyden heikentäminen, minä kontekstina, kontakti nykyhetkeen, arvot ja omistautuminen. Nämä voidaan jaotella kolmeen ryhmään, jotka ovat avoin (hyväksyntä ja *defuusio*), tietoinen (minä kontekstina, kontakti nykyhetkeen) ja aktiivinen (arvot ja omistautuminen; Oliver ym., 2013).

Kuvio 1. Psykologisen joustavuuden ”hexaflex”-malli



Hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltaminen psykoosien hoidossa

HOT:lla on APA:n mukaan kohtalainen tutkimusnäyttö psykoosien hoidossa. Hyväksymis- ja omistautumisterapian psykooseihin tarkoitettussa hoitomallissa (HOTp) ei pyritä suoraan vähentämään psykoosioireita, vaan vahvistamaan kykyä selviytyä oireiden kanssa ja vähentämään niiden herättämää ahdinkoa. HOTp:ssä ei pyritä muuttamaan sisältöä vaan suhdetta ajatuksiin, tunteisiin, muistoihin ja fyysisiin tuntemuksiin, pyritään vähentämään välttelyä ja takertumista ajatuksiin, lisätään huomiota tähän hetkeen, tavoitteiden ja arvojen selkiyttämiseen ja omistaudutaan arvojen

mukaisille askeleille. (Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis, 2016.) HOT soveltuu hyvin psykoosisairauksien edustamalle heterogeeniselle joukolle transdiagnostisen luonteensa vuoksi (Taylor ja Bremner, 2018).

Kokemusten haitallisen kontrolloimisen sijaan HOT:ssä olennaista on se, miten toimivia selviytymiskeinot ovat asiakkaan tavoitteiden kannalta. Psykoosista kärsivät käyvät usein kamppailua kokemustensa tai niiden välttelyn kanssa, mikä voi paradoksaalisesti johtaa pitkäkestoisempaan oireiluun, ahdinkoon ja toimintakyvyn heikkenemiseen (Gaudio ja Busch, 2013). HOT:n funktionaalinen luonne erottaa sen monista muista KKT:n näkökulmista psykoosien psykoterapiassa. HOT:n päätavoite on lisätä psykologista joustavuutta, minkä vuoksi on tärkeää ymmärtää miten kokemuksellinen välttely, fuusioituminen ja muut prosessit kaventavat asiakkaan käyttäytymisvalikoimaa. HOTp eroaa muista lähestymistavoista, jotka korostavat oireiden kuten hallusinaatioiden sisällön muuttamista, mikä ei ole aina tehokasta. HOT:ssa ei pyritä vähentämään oireita eikä siinä ole oletusta, että oireiden läsnäolo olisi itsessään ongelmallista, vaan yksilöt voivat toimia arvojensa mukaan oireiden läsnä ollessa, jos he oppivat suhtautumaan niihin psykologisesti joustavammin (Bach, 2013).

Tietoista ja hyväksyvää perspektiiviä vahvistavat interventiot voivat olla erityisen hyödyllisiä silloin, kun asiakkaat kamppailevat kokemusten kanssa, joita ei voi muuttaa tai kontrolloida tai kun toistuva pyrkimys kontrolloida niitä (esimerkiksi välttelyn, vetäytymisen, ajattelustrategioiden tai päihteiden käytön muodossa) johtaa ongelmiin päivittäisessä elämässä. Eräs pyrkimys on vähentää asiakkaiden taipumusta yrittää ”järkeillä” kokemuksiaan silloin, kun se ei ole hyödyllistä tai toimivaa. HOT auttaa asiakkaita huomaamaan milloin kokemusten ”järkeily” on toimimaton kontrollikeino, joka ylläpitää ongelmia. HOT edustaa täten näkökulman muutosta kokemusten kontrolloimisesta siihen, että keskitytään enemmän käyttäytymisen muutosprosesseihin, joilla on usein positiivisia seurauksia (O’Donoghue ym., 2018).

Liikakontrollin ongelmissa psykoottiset oireet voidaan rinnastaa tavallisempiin tunnesäätelyn ongelmiin. Esimerkiksi vainoharhaiselle asiakkaalle kontrolli voi olla keino välttää paranoidisiin ajatuksiin tai epäonnistumisiin liittyvää pelkoa, suuruusharhaluulot taas voivat olla keino vältellä alemmuudentunteita tietyissä sosiaalisissa tilanteissa. Thomasin ym. (2013) mukaan muihin psykologisiin hoitoihin verrattuna HOT on luonteeltaan melko konfrontoiva. Se sisältää elementtejä, jotka pyrkivät ravistelemaan asiakkaan käsitystä todellisuudesta ja muodostunutta

tasapainoa, jossa ahdistavien kokemusten välttelystä on voinut muodostua ensisijainen selviytymiskeino. Koska psykoosista toipuvat usein ponnistelevat ymmärtääkseen mitä heille on tapahtunut, he voivat myös ylikuormittua herkästi. Opituista välttelystrategioista luopuminen voi herättää ahdistusta ja voimistaa psykoosioireita tai vaikeuttaa terapiaan sitoutumista. Siksi on tärkeää seurata, havainnoida ja pyytää palautetta interventioista, jotta voidaan löytää terapialle sopiva etenemistahti ja suunta. Jokaiseen harjoitukseen pyydetään asiakkaalta lupa ja tehdään selväksi, että asiakas voi milloin vain keskeyttää harjoitukset (Montes ym., 2013).

Terapiasuhteesta

Terapiasuhteen luominen on keskeisessä asemassa varhaisen psykoosin hoidossa ja terapeutin allianssin on todettu olevan yhteydessä siihen hyötyvätkö asiakkaat interventiosta vai eivät (Goldsmith ym., 2015). Psykoterapeuttisen muutoksen mediaatiotutkimuksia tarkastelleen systemaattisen katsauksen löydöksenä oli, että muutos välittyi useimmiten psykologisen joustavuuden ja tietoisuustaitojen kautta (Hayes ym., 2022). HOTp:ssä terapiasuhteesta pyritään luomaan validoiva, normalisoiva ja yhteistoiminnallinen. Terapiasuhte luoo kontekstin, joka opettaa kielen rajallisuuden ongelmanratkaisussa ja pyrkii kokemuksellisen oppimisen kautta opettamaan uusia tapoja suhtautua sisäisiin kokemuksiin samalla, kun laajentaa arvojen mukaista käyttäytymistä. Terapiasuhteen sosiaalinen konteksti sisältää radikaalin hyväksynnän, jossa kunnioitetaan ihmistä kokonaisuutena. Terapeutti on radikaalisti hyväksyvä asiakasta kohtaan, mutta sen lisäksi terapiasuhteessa pyritään vahvistamaan asiakkaan kykyä hyväksyä itsensä radikaalisti, myös epätoivotut kokemukset. Terapeutti ei suhtaudu asiakkaaseen rikkinäisenä tai korjattavana, vaan kokonaisvaltaisena ihmisenä, josta psykoosi on vain yksi osa. Terapeuttinen tyyli pyritään sovittamaan asiakkaan tahtiin ja siinä pyritään hellävaraiseen keskustelutyyliin. Siinä pyritään luomaan puitteet uuden oppimiselle mallintamisen ja esimerkkien kautta. Kokemuksellisia ja fyysisiä harjoitteita pyritään käyttämään mahdollisimman paljon oppimisen ja muistamisen tehostamiseksi, myös metaforia käytetään keinona luoda uusi suhde ahdistaviin kokemuksiin. (O'Donoghue ym., 2018)

Terapiasuhte antaa terapeutille mahdollisuuden mallintaa hyväksyntää ja muotoilla asiakkaan käyttäytymistä istuntojen aikana. Se, että terapeutti mallintaa hyväksyntää asiakkaan kokemuksiin kohtaan voi olla erityisen tärkeää psykoosioireisten asiakkaiden kohdalla. Joskus harhoihin liittyvä

sisältö voi olla terapeutille vaikea ottaa vastaan, kuten väkivaltaan tai seksuaalisuuteen liittyvät sisällöt. Tällöin terapeutin tulee olla tietoinen omasta houkutuksestaan vältellä sisältöä esimerkiksi vaihtamalla aihetta tai päättämällä istunto aikaisemmin. Sen sijaan terapeutin tulee lähestyä sisältöjä sellaisina kuin ne ovat (ajatuksia tai verbaalista käyttäytymistä) eikä tosiasioina. Terapeutti voi mallintaa hyväksyntää kertomalla esimerkkejä omasta hyväksyvästä käyttäytymisestään. Myös funktionaalisanalyttisen psykoterapian menetelmät voivat soveltua psykoosista toipuvien hoidossa. Kliinisesti relevanttia käyttäytymistä voivat olla outo käyttäytyminen, harhaisten ajatusten ilmaiseminen, äänille vastaaminen istuntojen aikana, tavoitteellisen toiminnan puuttuminen, omien tarpeiden ja toiveiden ilmaisematta jättäminen sekä tavallisten sosiaalisten taitojen puute kuten katsekontaktin välttäminen. Nämä voivat olla pitkäkestoisia ja muiden vahvistamia käyttäytymismalleja. Tämän takia terapeutin on erityisen tärkeää huomata ja vahvistaa pieniäkin muutoksia asiakkaan käyttäytymisessä istuntojen aikana. Terapeutti voi voimistaa tätä vaikutusta korostamalla omia luonnollisia reaktioitaan asiakkaan käyttäytymisen muutoksiin (Gaudiano ja Busch, 2013).

Käsitteellistämistä edeltävä arviointi

Ongelmakäsitteellistämistä edeltävän arvion tulisi kattaa kolme kategoriaa: päivittäisen elämän normaalit ongelmat, psykoottisen häiriön kanssa elämiseen liittyvät ongelmat ja erityisesti psykoottisiin oireisiin liittyvät ongelmat. Psykoosioireilla voi olla joukko erilaisia funktioita: joskus ongelmallisia kokemuksia pyritään tukahduttamaan tai välttelemään, joskus taas kokemukseen liittyvä huoli tai arvostus palvelevat yksilön erottamista tosielämän kokemuksista. Arvion yleisinä tavoitteina on kartoittaa oireita ja niihin liittyviä ongelmia, oireiden konteksti ja näiden yhteydet, arvioida asiakkaan sitoutuneisuuden ja motivaation aste, muodostaa yhteistyössä terapian tavoitteet ja kehystää ne HOT:n kanssa johdonmukaisella tavalla sekä luoda HOT-pohjainen käsitteellistäminen ohjaamaan hoitoa (Farhall, 2013).

Ennen käsitteellistämistä arvioidaan asiakkaan näkemykset siitä, miten hyvin aiemmat hoidot ja omat selviytymisstrategiat ovat auttaneet asiakasta ratkaisemaan ongelmia sekä mikä nykyisten selviytymisstrategioiden *hint*a asiakkaalle on. Tätä voidaan tarkastella Välttelyn hinta -lomakkeen avulla (liite 1). Alussa arvioidaan myös terapiaan liittyviä tavoitteita ja arvoja. Terapian edetessä arvio voi toteutua monin tavoin, kuten itsehavainnoinnin,

päiväkirjojen tai erilaisten teknisten apuvälineiden, kuten älypuhelinsovellusten, avulla. Terapian edetessä arvioidaan miten harjoitukset sujuvat, ovatko asiakkaat fuusioituneet johonkin tai välttelevätkö he jotain, mistä saadaan arvokasta tietoa terapian suuntaa ohjaamaan. Näiden perusteella arvioidaan minkälaisista kokemuksellisista harjoituksista ja metaforista asiakas voisi hyötyä (Farhall, 2013).

On todennäköistä, että moni psykoosista toipuva ei ole halukas tai kykeneväinen suorittamaan seurantaa tai itsehavainnointia, mutta näiden hyödyntäminen on suositeltavaa aina kun mahdollista. Tämä antaa hyödyllistä tietoa asiakkaan käyttäytymisestä, mutta yleisenä sääntönä voidaan pitää sitä, että mittaaminen kannattaa pitää yksinkertaisena. Olennaista on havainnoida ja kuvata kliinisesti relevanttia käyttäytymistä ja asiakkaan reaktioita siihen eri konteksteissa. Keskeinen ongelma mittaamisessa ja seurannassa on se, että psykoosista toipuvien kognitiivisiin toimintoihin liittyvät ongelmat vaikeuttavat omien kokemusten reflektointia ja raportointia, mutta siitä huolimatta haastattelut ja itsearviointimittarit ovat tarpeellisia. Psykooseihin liittyvät keskittymis- ja muistivaikeudet, ajattelun konkreettisuus tai kognitiiviset vinoumat lisäävät virhearvioiden mahdollisuutta. Kyselyiden ja itsearviointien tekoa voidaan helpottaa käyttämällä mahdollisimman lyhyitä ja tiiviitä kyselyitä, yhdistämällä kirjallista ja suullista kyselemistä, tarjoamalla tukea ja varmistamalla, että ympäristö on turvallinen ja että siitä on minimoitu häiriötekijät. Tavoitteiden asettelussa keskitytään merkityksellisiin käyttäytymismuutoksiin, jotka heijastelevat asiakkaan arvoja. Jos asiakkaan tavoite on vähentää oireita, niin terapeutti auttaa asiakasta tavoittamaan siihen liittyviä arvoja. Tämä voidaan saavuttaa kysymällä miksi se olisi asiakkaalle tärkeää tai mitä asiakas tekisi, jos olisi vapaa jostakin oireesta. Epärealistiseltakin vaikuttavaan tavoitteeseen voi liittyä arvoja, kuten osallistuminen merkittävällä tavalla yhteisön hyvän eteen, josta voidaan muodostaa monenlaisia muita konkreettisia tavoitteita. On hyvä arvioida terapian mahdollisia esteitä ja riskejä sekä luoda sopimus niiden varalle (Farhall, 2013).

Mittarit

Yleisten toimintakykyä ja oireita kuvaavien mittareiden lisäksi Farhallin (2013) mukaan HOTp:ssa mittaamiseen ja seurantaan erityisesti sopivia mittareita ovat tietoisuustaitoja mittaavat SMQ ja KIMS, eri HOT-prosesseja kuvaava AAQ, äänien hyväksyntää ja ääniin liittyvää toimintaa mittaava VAAS, välttelyä ja fuusioitumista kuvaava AFQ-Y, arvojen mukaista elämää

mittaavat VLQ ja VQ sekä kognitiivista fuusiota mittaava CFQ13. Lisäksi oireiden uskottavuutta asiakkaalle voidaan mitata kysymällä niiden uskottavuutta asteikolla 0–100. Suomennettuina löytyviä mittareita ovat AFQ-Y, VLQ, tietoisuustaitoja mittaava FFMQ ja eri HOT-prosesseja kuvaavat AAQ sekä CompACT. Mittarit ovat jäsenistön saatavilla kontekstuaalisten käyttäytymistieteiden yhdistyksen (ACBS) internetsivuilla osoitteessa <https://contextualscience.org/arviointilomakkeet>.

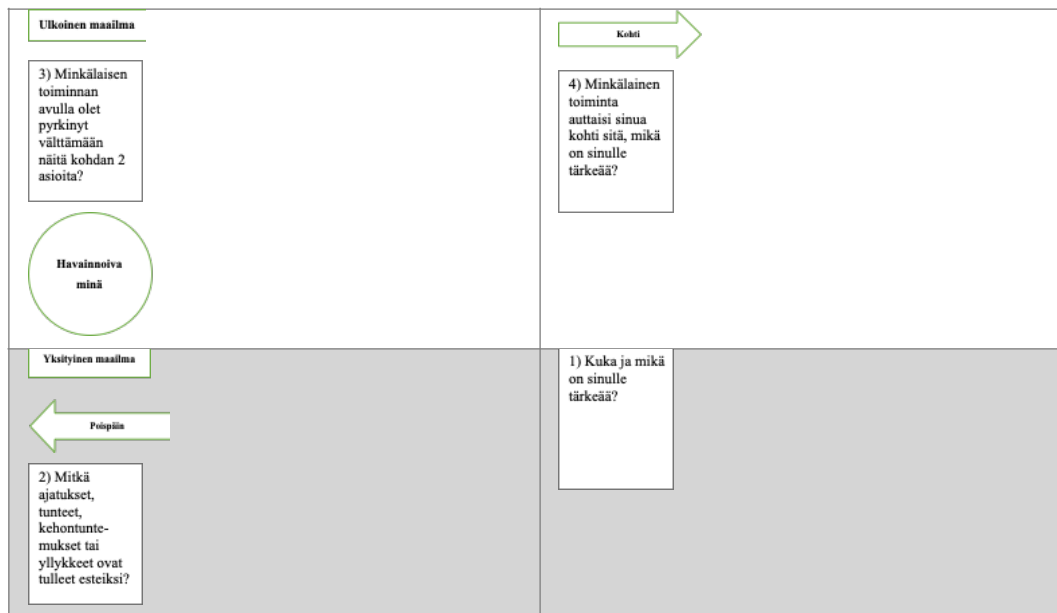
Käsitteellistäminen

Kuten muitakin ongelmia kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa käsitteellistettäessä myös psykooseja olisi suositeltavaa mahdollisuuksien mukaan käsitteellistää laajasti ja tarkasti esimerkiksi funktionaalisen käyttäytymisanalyysin tai Martti T. Tuomiston kehittämän käyttäytymisloukkien kymmenjärjestelmän avulla (Tuomisto, 2020), jonka ongelmaluokat on avattu taulukossa 1.

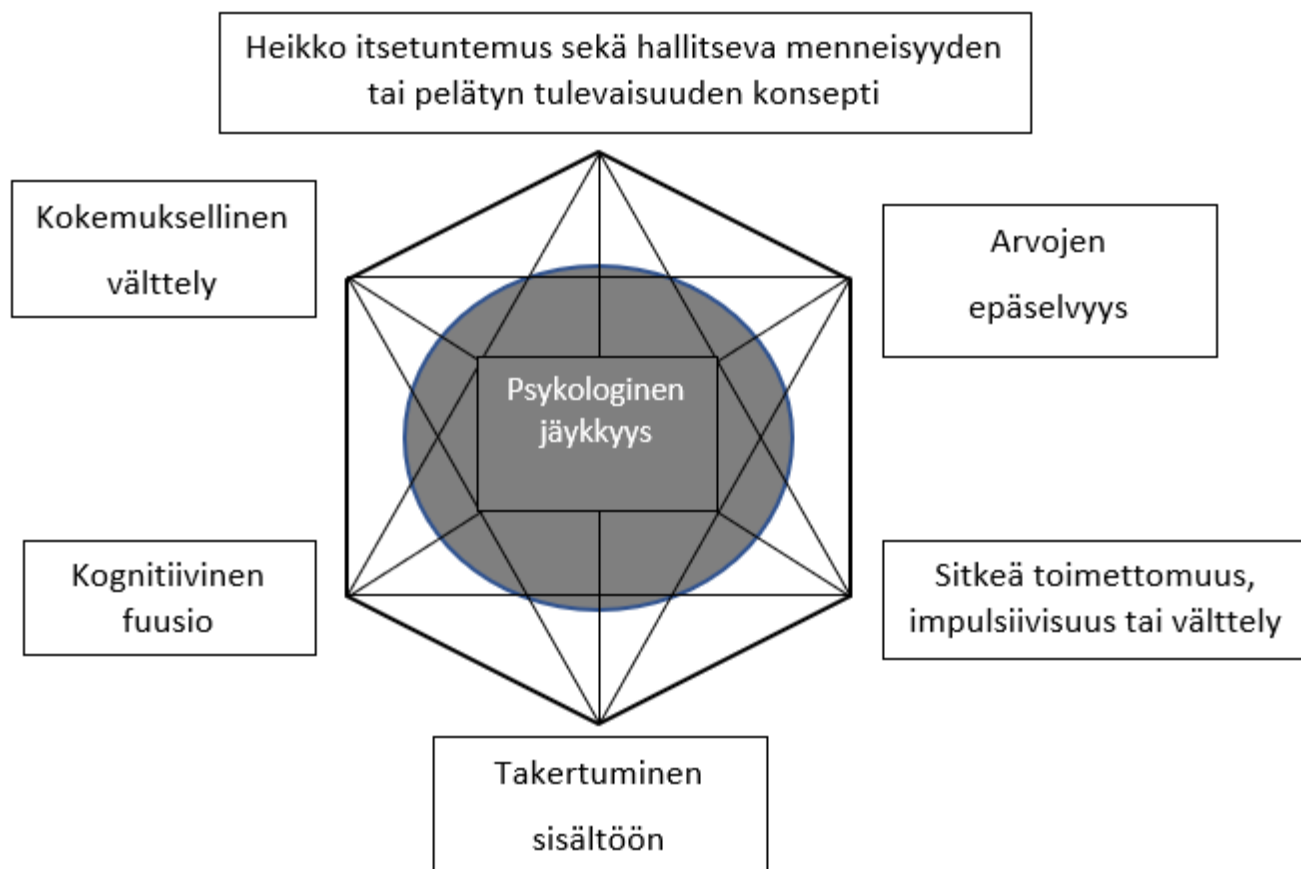
Taulukko 1. *Kymmenjärjestelmän ongelmaluokat*

0. Ei ongelmaa
1. Tieto-ongelma
2. Havaitsemisen tai tietoisuuden ongelma
3. Taito-ongelma
4. Päätösongelma
5. Motivaatio-ongelma
6. Vahvistukseen tai tapoihin liittyvä ongelma
7. Käsitteellinen ongelma (ymmärtämiseen, hyväksymiseen tai suhtautumiseen liittyvä ajatuksellinen ongelma)
8. Ympäristöongelma (ekologinen ongelma)
9. Biologinen ongelma (terveysongelma)

Keskeistä käyttäytymisterapeuttisessa käsitteellistämisessä on kuvata käyttäytymisen ongelmia mahdollisimman yksityiskohtaisesti käyttäytymistermein sen sijaan, että käytetään tarpeettomasti yleisluontoisia termejä, diagnooseja tai leimoja, sekä selvittää taustatekijöiden, ongelmien ja seurausten suhteita. Näin selviää käyttäytymisen funktiot ja voidaan tavoittaa myös HOT-interventiossa huomioitavat prosessit. Asiakkaan ongelmallinen reagointi (välttely- ja kontrollikeinot) sisäisiin kokemuksiin voidaan havainnollistaa myös HOT- nelikentän avulla (kuvio 2).

Kuvio 2. *HOT-matriisi*

HOT-prosessien avulla käsitteellistämisen etuna on selkeys, nopeus ja yksinkertaisuus. Se antaa kuitenkin selkeitä suuntaviivoja sopivien interventioiden valintaan psykooseihin liittyvien keskeisten ongelmien hoitoon. Bachin (2013) mukaan HOT-käsitteellistäminen voidaan toteuttaa hexaflexin avulla, jolloin asiakkaan oireita ja käyttäytymistä tarkastellaan keskeisten HOT-prosessien kautta. Bach ja Moran (2008) kuvaavat HOT:n mallia psykopatologisista prosesseista, jotka johtavat joustamattomaan käyttäytymiseen, kaventuneeseen käyttäytymisvalikoimaan ja yleisesti toimimattomaan ongelmanratkaisuun eli psykologiseen joustamattomuuteen (kuvio 3). Nämä kuusi prosessia ovat 1) kokemuksellinen välttely, 2) kognitiivinen fuusio, 3) takertuminen sisältöön, 4) heikko itsetuntemus sekä hallitseva menneisyyden tai pelätyn tulevaisuuden konsepti, 5) arvojen epäselvyys sekä 6) sitkeä toimetttömyys, impulsiivisuus tai välttely. HOT:n malli psykopatologisista prosesseista avataan kuviossa 3. Kun hoito tai terapia etenee, käsitteellistämistä voidaan muokata ja tarkentaa.

Kuvio 3. *HOT:n malli psykopatologisista prosesseista*

Prosessien ja menetelmän osien kuvausta

Psykooseihin liittyy usein toimimattomia reagoititapoja ja selviytymiskeinoja, joita voidaan tarkastella ja joihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan HOT-prosessien kautta. HOTp:n menetelmät riippuvat siitä, mitä HOT-prosessia ja taitoja pyritään vahvistamaan. Seuraavissa luvuissa on Morrisin ym. (2013) ja O'Donoghuen ym. (2018) esittämiä, psykooseihin usein liittyviä, toimimattomia reagoititapoja ja niihin soveltuvia keskeisiä menetelmiä jaoteltuna HOT-prosessien kolmen ryhmän (avoin, tietoinen ja aktiivinen) mukaan.

Avoin-ryhmän prosesseihin kuuluvat keskeiset ongelmat ja menetelmät

Avoin-ryhmän prosesseihin kuuluvat *hyväksyntä* ja *defuusio* eli kielellisyyden heikentäminen. Yleinen ongelma psykoosia sairastavilla on kokemuksellinen välttely. Tunnesäätelyongelmat, välttely ja metakognitiiviset uskomukset voivat edistää psykoosin puhkeamista (Morrison ym., 2006). Kokemuksellinen välttely voidaan jakaa aktiiviseen ja

passiiviseen välttelyyn. Harhaiseen ajatteluun liittyvät kokemukset kuten ahdistus, häpeä tai nöyryytys voivat saada ihmiset välttelemään näitä kokemuksia ja niitä laukaisevia tilanteita. Tämä voidaan katsoa passiiviseksi välttelyksi, jossa yksilö pyrkii välttelemään sisäisiä kokemuksia ja toimii tavoilla, joiden funktio on vähentää näitä kokemuksia ja niitä tuottavia olosuhteita. Jotkin harhat voidaan kuitenkin nähdä aktiivisena välttelynä, jolloin harhasta itsestään tulee keino vältellä muita kokemuksia kuten heikkoa omanarvontunnetta, syyllisyyttä tai masennusta. Suuruusharhaluuloihin liittyvät tulkinnat voivat palvella tätä funktiota. (Montes ym., 2004, 2013.) Morrisonia (2002) mukailleen psykoottiset tulkinnat saattavat olla aktiivisen välttelyn roolissa, mutta psykoottiset intruusiot, jotka aiheuttavat psykoottisen tulkinnan, eivät ole kuitenkaan aktiivisen säätelyn alaisia.

Kokemuksellinen välttely ja kognitiivinen fuusio limittyvät toisiinsa siten, että yksilö rakentaa vaihtoehdoisen verbaalisen todellisuuden, johon hän fuusioituu ja uppoutuu muiden prosessien kuten huolehtimisen ja vatvomisen kautta. Nämä prosessit myös ylläpitävät harhoja, vaikka ne eivät olisi niiden alkusyy. Tämä kietoutuminen harhojen sisältöön voi olla aluksi positiivisesti vahvistavaa mutta pidemmällä aikavälillä voi vaikuttaa negatiivisesti asiakkaan arvojen mukaiseen elämään. Psykoosioireilla on luonteensa vuoksi useita ominaisuuksia, jotka lisäävät ihmisten todennäköisyyttä reagoida niihin tukahduttamalla tai välttelemällä. Psykoosien aiheuttama ahdinko saa turvautumaan tukahduttamis- ja välttelystrategioihin hyväksyntästrategioiden sijaan. Esimerkiksi ääniharhat voivat olla hyvin ahdistavia, kriittisiä ja henkilökohtaisesti merkittäviä. Harhaluuloihin liittyy usein häpeän ja nöyryytyksen tunteita sekä kokemusta umpikujassa olemisesta, mitkä usein johtavat kokemukselliseen välttelyyn. Psykoottiset kokemukset voivat olla myös miellyttäviä ja houkuttelevia varsinkin sellaisessa elämänkontekstissa, jossa puuttuu merkityksellinen tekeminen ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden kokemus. Näitä kokemuksia voidaan käyttää keinona paeta todellisuutta, mutta niillä voi olla haitallisia pitkän aikavälin seurauksia (O'Donoghue ym., 2018).

Hyväksyntäharjoitukset pyrkivät aktiivisesti ja tietoisesti ottamaan vastaan kokemuksia ilman tarpeettomia pyrkimyksiä muokata niiden esiintyvyyttä tai muotoa erityisesti silloin, kun muokkaamispyrkimys ei ole toimivaa. Hyväksyntä on prosessi, jossa asiakkaita rohkaistaan ottamaan vastaan heidän ajatuksensa ja tunteensa pyrkimättä vastustamaan, välttämään tai tukahduttamaan niitä kokemuksellisen välttelyn avulla. Tämä ei tarkoita kokemusten sietämistä tai niille alistumista, vaan täyttä suostuvaisuutta

mennä kohti ja tehdä tilaa psykologisille ilmiöille, myös psykoottisille kokemuksille ilman, että ryhtyy toimimattomaan kamppailuun niitä vastaan. Esimerkki hyväksyntäharjoituksesta on köydenveto hirviön kanssa -metafora, jossa pyritään havainnollistamaan, että tärkeintä ei ole voittaa köydenveto hirviön kanssa vaan pudottaa köysi. Tästä voisi olla esimerkkinä vaikeus hyväksyä koettu psykoosi, mikä johtaa helposti ”köydenvetoon hirviön kanssa”. Oliverin ja Morrisin (2013) mukaan hyväksyntää voidaan harjoitella auttamalla asiakkaita huomaamaan ja tuomaan vaikeatkin psykoosiin tai stigmaan liittyvät häpeän ja nöyryytyksen tunteet tietoisuuteen, tekemällä niille tilaa ja pyrkimällä lopettamaan kamppailu niiden kanssa. Tällä pyritään vahvistamaan asiakkaan kykyä reagoida näihin tunteisiin uudella, arvopohjaisella käyttäytymisellä.

Defuusioharjoitukset pyrkivät luomaan ei-kielellisiä konteksteja, joissa kieli nähdään aktiivisena ja suhteellisena prosessina, joka on historiallinen luonteeltaan ja läsnä nykyhetken kontekstissa. Defuusio pyrkii luomaan avoimen asenteen kokemuksia kohtaan, muodostamaan kokemuksiin sopivan etäisyyden ja ottamaan ne vähemmän kirjaimellisesti, mikä vähentää toimimatonta kielellistä, säännönohjaamaa reagointia sisäisiin kokemuksiin. Fuusioituminen kaventaa yksilön käyttäytymisvalikoimaa, joka rajoittaa mahdollisuuksia arvojen mukaiseen toimintaan. Esimerkkejä defuusioharjoituksista ovat matkustajat bussissa -metafora, lehdet virrassa -harjoitus, puheen hidastaminen ja ajatusten nimeäminen ajatuksiksi. Myös sanojen toistoa voidaan käyttää tietyissä tilanteissa keinona luoda uusi suhde kielelliseen käyttäytymiseen.

Matkustajat bussissa -harjoituksen toteutus on kuvattu Oiva-sivustolla (2024) seuraavasti: *Kuvittele olevasi bussinkuljettaja. Matkan varrelta poimit kyytiisi tyykeitä matkustajia, jotka komentelevat sinua, huutelevat ohjeitaan ja yrittävät saada sinut muuttamaan suuntaasi. He haluavat sinun ajavan eri reittiä kuin minkä olet itse valinnut. Yrität häätää häiriköt pois bussista, mutta he eivät suostu lähtemään. Sen sijaan he muuttuvat entistä koväänisemmiksi ja yrittävät saada sinut tottelemaan ohjeitaan. Huomaat, että et saa ajettua häiriköitä pois kyydistäsi, joten sinulle jää kaksi vaihtoehtoa. Voit joko totella matkustajiasi ja muuttaa reittiäsi, tai pysyä valitsemaasi reitillä ja antaa häiriköiden huudella neuvojaan. Jos vain jatkat bussin kuljettamista valitsemaasi suuntaan, ennemmin tai myöhemmin häirikkömatkustajasi tulevat huomaamaan, etteivät he voi harhauttaa sinua reitiltäsi, vaikka kuinka yrittäisivät. Ajatuksesi ja tunteesi ovat tavallaan tällaisia häirikkömatkustajia, jotka ovat nousseet kyytiisi matkan varrella. Ne saattavat huudella sinulle ilkeitä kommentteja, kuten “Epäonnistut*

aina”, “Laihduta” tai “Et ole riittävän hyvä”, ja vaativat kovaäänisesti sinua seuraamaan ohjeitaan. Koska et voi häätää noita matkustajia kyydistäsi etkä päästä eroon ajatuksistasi, sinun on tehtävä valinta. Annatko ajatustesi ohjailla elämääsi vai valitsetko itse arvojesi mukaisen suunnan, mihin elämäsi bussia kuljetat? Mitä haluaisit, että sinun bussisi suuntakyltissä lukisi?

Lehdet virrassa -harjoituksen toteutus on kuvattu Oiva-sivustolla seuraavasti: *Laita silmät kiinni. Kuvittele mielessäsi hitaasti liikkuva virta. Vesi virtaa kivien yli, mutkuttelee puiden välissä, laskee alas laaksoon. Silloin tällöin iso lehti leijailee virtaan ja virta vie sen mennessään. Kuvittele, että istut virran äärellä lämpimänä, aurinkoisena päivänä katsellen kuinka virtaan leijaileet lehdet lipuvat virran mukana ohi. Pane nyt merkille omat ajatuksesi. Joka kerta kun huomaat ajatuksen, kuvittele että se on kirjoitettuna yhteen noista ohi lipuvista lehdistä. Jos mieleesi tulee sanoja, asettele nämä sanat lehdille. Jos mieleesi tulee mielikuvia tai kuvia, aseta ne lehdille sellaisinaan. Tavoitteena on pysytellä virran äärellä ja antaa lehtien lipua mukana ohi. Anna virran virrata siten kuin se virtaa ja lehdillä näkyä se, mitä niissä näkyy. Jos lehdet katoavat tai mielessäsi siirryt jonnekin muualle, pane ainoastaan merkille, että näin tapahtuu. Jos huomaat, että olet itse virrassa tai lehdellä, pane sekin vain merkille. Palaa uudelleen virran äärelle, huomioi mieleesi tuleva ajatus, kirjoita se lehdelle ja anna virran viedä lehti mukanaan.*

Puheen hidastamista ja ajatusten nimeämistä ajatuksiksi voidaan käyttää keinona saada etäisyyttä automaattiseen puheen tai ajatusten tulvaan. Jos asiakas on fuusioitunut esimerkiksi ahdistavaan tai haitalliseen tarinaan itsestään, defuusiota voi edesauttaa ”ajattelen että...” sanojen lisääminen jokaisen ajatuksen eteen. Tämä auttaa merkitsemään ajatukset vain ajatuksiksi sen sijaan, että ottaa ne kirjaimellisina tosiasioina. Tämä auttaa myös hidastamaan tarinaa ja vähentämään ajatustenjuoksua. Nämä vaikuttavat kielelliseen kontekstiin muuttamalla sitä outoon, pysähtelevään tahtiin, joka muuttaa sitä miten ajatukset koetaan. Tämä ei muuta itse ajatuksia vaan sitä miten ihminen kokee ne ja suhtautuu niihin.

Defuusioharjoitukset voivat auttaa psykoosista toipuvia huomaamaan ajattelun prosessi siten, että he oppivat reagoimaan siihen tavoilla, jotka lisäävät todennäköisyyttä kulkea arvojen mukaiseen suuntaan. On tärkeää olla invalidoimatta asiakasta vaikeista kokemuksistaan. Defusion tarkoitus on antaa asiakkaalle enemmän liikkumatilaa itsen ja omien ajatusten välille, jotta he voivat tehdä niitä asioita, jotka ovat itselleen merkityksellisiä (Oliver

ja Morris, 2013).

Tietoinen-ryhmän prosesseihin kuuluvat keskeiset ongelmat ja menetelmät

Tietoinen-ryhmän prosesseihin kuuluvat *minä kontekstina* ja *kontakti nykyhetkeen*. Hayesin ym. (1999) mukaan käsitteellinen minä koostuu kaikesta siitä verbaalisesta sisällöstä, jota yksilö käyttää kuvaillessaan ja arvioidessaan itseään. Bachin (2013) mukaan osa tällaisesta on hyödyllistä, mutta siitä tulee ongelma silloin, kun yksilö kantaa jäykästi kärsimystä lisääviä tai tehottoomaan käyttäytymiseen johtavia sisältöjä ja takertuu niihin. Käsitteelliseen minään vaikuttaa yksilön perspektiivinottokyky, joka voi Villatten ym. (2009) mukaan olla heikentynyt ihmisillä, joilla on skitsofrenia.

Tietoinen-prosesseihin liittyvät ongelmat voivat psykoosista toipuvilla ilmetä heikkona itsetuntemuksena, kontaktin puutteena nykyhetkeen ja fuusioitumisena menneisyyden tai tulevaisuuden käsityksiin. Ajatus siitä, että elämä on mennyt pilalle psykoosiin sairastumisen vuoksi, on esimerkki fuusioitumisesta menneisyyden käsityksiin itsestä ja kontaktin puutteesta nykyhetkeen, jossa olisi vielä paljon tehtävissä omien arvojen eteen. Kyky tuntea ja kuvailla itseään voi olla toimivaa silloin, kun näihin kuvailuihin ei takerruta liian jäykästi. Heikko itsetuntemus ilmenee kahdella tavalla: kun yksilö pystyy kertomaan itsestään hyvin vähän ja kun yksilön minäkäsitystä hallitsee tietyt käsitteet, kuten itsestigmatisaation ilmiössä on nähtävissä. Heikko itsetuntemus saattaa ilmetä myös suunnan ja merkityksellisten tavoitteiden puutteena (Bach, 2013).

Minä kontekstina -harjoitukset pyrkivät luomaan turvallisen havainnoivan minän kokemuksen, josta käsin tapahtumat koetaan mutta joka on samalla erillinen noista kokemuksista ja verbaalisista kuvailuista. Esimerkki minä kontekstina -prosessin harjoituksista ovat pilvet taivaalla, shakkilauta-metafora ja mielen näyttämö -metafora. Nämä pyrkivät auttamaan asiakkaita huomaamaan ohimenevien minäsisältöjen (ajatukset, tunteet, tunteukset ja uskomukset) erillisyyden pysyvämmästä havainnoivasta minästä (Oliver ja Morris, 2013).

Pilvet taivaalla -harjoitus on kuvattu Tampereen yliopiston blogikirjoituksessa seuraavasti: *Ajatukset ja tunteet ovat kuin pilviä taivaalla. Välillä ne ovat harmaita, raskaita ja tummia, toisinaan kepeitä pumpulipilviä. Pilvet lipuvat ohi, toisinaan nopeammin ja toisinaan hitaammin, jokainen omaan tahtiinsa tehden tilaa sekä toisilleen että*

ajoittain selkeälle taivaalle ja auringonvalolle. Taivaalla on tilaa niille kaikille. Emme voi valita mitä mielessämme kulloinkin liikkuu, mutta voimme antaa ajatusten tulla ja mennä ja tehdä tilaa niille. Valitettavan usein, kun ajatuksemme kertoo, että olet ”tyhmä”, ”aikaansaamaton” tai ”huono”, uskomme näitä ikäviä mieleemme tuotteita ehdottomina tosiasioina. Kuitenkin ajatukset ovat lopulta vain ajatuksia ja voimme myös itse valita, kuinka suhtaudumme niihin. Kun seuraavan kerran huomaat jonkin sinua häiritsevän ajatuksen (esim. ”en ole riittävän hyvä”) pulpahtavan toistuvasti mieleesi, voit kokeilla seuraavaa ajatuksen etäännyttämisharjoitusta. Kirjoita ensin ajatus sellaisenaan paperille ja lue se ääneen muutamia kertoja. Jatka hetken kuluttua lisäämällä ajatuksen eteen ”Minulla on ajatus, että en ole riittävän hyvä”. Toista lause ääneen jälleen muutamia kertoja. Jatka sitten kirjoittamalla parille, ”Huomaan, että minulla on ajatus, että en ole riittävän hyvä” ja toista lause ääneen useampia kertoja. Huomaatko eroa olossasi? Tuntuuko alkuperäinen ajatus yhä yhtä uskottavalta?

Shakkilauta-metafora on hieman mukaillen kuvattu teoksessa Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää (Hayes & Smith, 2008) seuraavasti: Kuvittele mielessäsi joka puolelle ulottuva loputon mustavalkoinen shakkiruudukko. Pikkuhiljaa erilaiset shakkinappulat alkavat ilmestyä laudalle. Toiset niistä ovat valkoisia ja toiset mustia, aivan kuin shakkipelissä. Ne tulevat lähemmäs shakkilaudan keskustaa ja alkavat muodostaa kaksi vastakkaista joukkuetta laudan eri päissä. Kuvittele nyt, että joka shakkinappula edustaa eri tunnetta, ajatusta, muistoa tai tuntemusta. Toiset nappulat ovat positiivisia, kuten onnellisuus, ilo, miellyttävät tunteet ja lempeät muistot. Ne toimivat yhdessä joukkueena, toiset nappulat puolestaan edustavat kipuasi, pelkojasi ja epäonnistumisiasi. Olet ehkä hyvin masentunut tai sinulla on diagnosoitu jokin häiriö. Pohdi, onko niin, että negatiiviset ajatukset ja tunteet, jotka liittyvät näihin ongelmiin, toimivat yhdessä ikään kuin joukkueena. Voit ajatella negatiivisia ajatuksia ja tunteitasi näinä nappuloina, mutta tämä joukkue eroaa positiivisesta joukkueesta. Kuvittele nyt, että nappulat aloittavat sodan. Se on pitkä ja verinen taistelu, jossa nappuloita runnellaan ja heitellään palasina ympärillesi. Tämä taistelu on kestänyt vuosikausia. Mustat nappulat taistelevat valkoisia vastaan ja niillä vaikuttaisi olevan yliote, kun taas valkoiset nappulat perääntyvät yrittäen kaikin tavoin estää vihollista saamasta yliotetta. Kummankin joukkueen täytyy taistella, koska kummallekin joukkueelle häviäminen on tuhoisaa. Voimme milloin tahansa jättää taistelukentän ja aloittaa elämisen tässä hetkessä. Sota voi jatkua ja taistelukenttä voi edelleenkin olla näköpiirissä.

Maasto voi näyttää paljolti samalta kuin itse taistelun aikana, mutta sodan tulos ei ole enää niin tärkeä. Voimme luopua siitä käsityksestä, että sota pitäisi voittaa, ennen kuin elämä voi alkaa. Olet saattanut aiemmin toimia ikään kuin tunteista ja ajatuksista koostuvan suosikkijoukkueesi pitäisi voittaa tämä shakkiottelu. Mutta tässä on järkeä vain, jos sinä edustat ainoastaan valkoisia nappuloita etkä mustia. Tässä asemassa sinun täytyy taistella, koska tuonkaltaiset vastakkaiset taisteluparit ovat suoranaisten uhka eloonjäämisellesi. Jos lause "Minä olen paha" on sataprosenttisesti totta, sitten lause "Minä olen hyvä" ei ole mahdollinen ja päinvastoin. Siinä tilanteessa on pakko jatkaa taistelua. Se on sama kuin kuolemantuomio. Sodan täytyy jatkua ja sinun täytyy voittaa se, koska olet panostanut kaiken valkoiseen kuningattareen ja ominut hänet kokonaan. Hänellä (eli sinulla) ei ole mahdollisuutta lopettaa taistelua. Mutta entä jos sinä et olekaan mikään näistä nappuloista? Kuka sinä silloin olet tässä shakkipelissä? Sinä et voi olla shakkipelaaja, koska shakkipelaaja yrittää voittaa taistelun ja puolustaa joitakin nappuloita toisia vastaan. Jäljellä on vain yksi osa metaforaa ja se on yhteydessä kaikkiin muihin nappuloihin. Jos et ole pelinappula ja jos olet edelleen sinä ja sodan lopputulos ei ole sinulle tärkeä - kuka sinä silloin olet?". Tässä harjoituksessa on tarkoitus saada ihminen oivaltamaan, että hän ei ole yhtä kuin ne vaihtuvat tunteet ja ajatukset, joita nappulat edustavat, eikä pelaaja, joka näitä ohjailee, vaan shakkilauta eli se konteksti, jossa nämä asiat koetaan.

Mielen näyttämö tai tarkkailija –harjoitus on kuvailtu Oiva-sivustolla seuraavasti: *Sulje silmäsi ja rentoudu. Tarkkaile nyt hetki itseäsi tässä huoneessa. Kuvittele mielessäsi huone. Kuvittele mielessäsi itsesi tässä huoneessa. Tarkkailijana huomioi kaikki tuntemuksesi. Huomioi kaikki tunteet, mitä sinulla ilmenee. Huomioi kaikki ajatuksesi. Huomioi, mitä ajatuksia sinulla on. Huomioi nyt itsesi tarkkailijana - se osa sinusta, joka huomasi kehon tuntemukset, tunteet, ajatukset. Tarkkailijana ja havainnoijana, kuule ja huomioi tämä: Kehoni muuttuu alinomaa. Kehoni tunnistaa itsessään erilaisia tiloja, terveyttä tai sairautta. Se voi olla levännyt tai väsynyt, vahva tai heikko. Aluksi kehoni oli pienen vauvan keho ja se kasvoi koko ajan, ja se muuttuu edelleen ja vähitellen se vanhenee. Voin menettää jonkin osan kehostani. Siitä voi tulla lihava tai laiha. Kuitenkin, vaikka tämä kaikki tapahtuu, se osa minusta, joka havainnoi kehoani, on pysyvä. Olen ollut minä koko elämäni ajan. Minulla on kehoni, kuitenkin en koe, että olen kehoni. Vaikka kehoni muuttuukin, olen yhä minä. Kiinnitä huomiosi tähän tärkeään asiaan: Anna itsesi huomata tämä olemassa olevana, koettuna tosiasiana, ei vain ajatuksena, uskomuksena tai*

näkökulmana. Ajattele kaikkia niitä muutoksia, jotka kehosi on läpikäynyt, kaikkia niitä tilanteita, joissa se on ollut, kun sinä itse olet pysynyt samana. Huomioi seuraava: Minulla on rooleja, joissa toimin, enkä kuitenkaan ole yhtä kuin roolini. Rooleja on useita ja ne muuttuvat alinomaa. Joskus olen xxx:n roolissa (äiti, ystävä, tytär, vaimo, joskus työntekijä jne.). Toimin rooleissa koko ajan. Ellen tekisi niin, olisin roolissa, joka ei esitä roolia. Nytkin esitän roolia. Kuitenkin kaiken aikaa tarkkailija minussa, osa, jota kutsun minuksi, tarkkailee ja havainnoi. Voin olla kaikissa vaihtuvissa rooleissani, kuitenkin voin samalla olla myös läsnä, pysyvänä tarkkailijana. Näin minulla on rooleja, mutta en ole yhtä kuin roolini. Anna itsesi ymmärtää tämä koettuna tosiseikkana. Tiedät sen olevan totta ja olet tiennyt kaiken aikaa, vaikka joskus saatatkin sen unohtaa. Tämä ei ole vain uusi selitys tai näkökulma. Se on oma kokemuksesi elämäsi rooleista. Salli itsesi ymmärtää, että tarkkailet omia roolejasi. Nyt, vielä tarkkailijana, huomaa tämä: Minulla on monia tunteita. Tunteitteni määrä on loputon. Ne voivat olla vastakkaisia ja ne muuttuvat. Ne saattavat vaihtua rakkaudesta vihaan, viileydestä kiukkuun, ilosta suruun, ja kuitenkin minä olen minä kaiken aikaa. Vaikka koen tunteita, kiinnostusta, ikävystymistä, hämmennystä, rentoutumisen tunteita, voin tarkkailla tuota kaikkea koko ajan. Vaikka tunne valtaa minut, se menee ohi. Tarkkaileva osa minussa tietää, että vaikka minulla on tuo tunne, en kuitenkaan ole yhtä kuin se. Tunteet ovat vaihtuvia. Tarkkailija minussa pysyy samana. Minulla on tunteita, mutta en ole sama kuin tunteeni. Huomioi tämä tärkeä ajatus: Minulla on tunteita, mutta en ole yhtä kuin ne. Anna itsesi ymmärtää, että voit kokea tämän totena, ei vain uskomuksena. Ajattele niitä asioita, joista olet pitänyt, mutta joista et enää pidä, pelkoja, jotka sinulla oli joskus, mutta joista olet selvinnyt. Kuitenkin kokemuksesi itsestäsi on pysyvä. Olet sama tuosta kaikesta huolimatta. Seuraavaksi kaikkein vaikein asia - omat ajatuksesi. Minulla on ajatuksia, mutta en ole yhtä kuin ajatukseni. Ajatukseni muuttuvat alinomaa. Elämäni aikana olen saanut uusia ideoita, tietoja ja kokemuksia. Voin joskus ajatella jotakin virheellisesti ja sitten huomata miten asia on ja ajatella toisin. Joskus ajatukseni ovat typerää eikä niissä ole järkeä. Joskus nämä ajatukset tulevat automaattisesti, kuin tyhjästä. Kuitenkin, kaiken aikaa, tarkkailija minussa huomaa ja havaitsee nämä ajatukset. Tarkkaileva osani tietää, että minulla on ajatuksia ja etten ole yhtä kuin ajatukseni. Anna itsesi ymmärtää tämä koettuna tosiasiana. Sillä näin se on, vaikka usein menetämme kosketuksen tähän ilmiöön. Ja huomaa, että silloinkin kun ymmärrät tämän, ajatustesi virta jatkuu. Ja voit huomata tämän tapahtuvan. Ja kuitenkin syvällä itsessäsi ymmärrät, että osa sinusta pysyy, tarkkailee tuota kaikkea.

Tarkkaile nyt hetki ajatuksiasi - huomaa että tarkkailet, ja sitten tarkkaile myös tätä. Joten et ole vain kehosi, ajatuksesi, tunteesi, roolisi. Nämä asiat ovat elämäsi sisältö. Sinä olet paikka tai näyttämö, jossa ne tapahtuvat tai ilmenevät. Ja kun havaitset tämän, huomaa miten voit etäännyttää itsesi niistä asioista, joiden kanssa olet kamppaillut. Olet yrittänyt muuttaa roolejasi, päästä eroon "pahoista" tunteista, hallita mieltäsi. Ja mitä enemmän tätä teet, sen pahemmaksi se muuttuu. Sitä enemmän sotkeudut, sitä vähemmän sinä itse olet läsnä. Olet yrittänyt muuttaa elämäsi sisältöä. Sinun ei tarvitse muuttaa näitä asioita ennen kuin elämäsi toimii, koska ne eivät kuitenkaan ole yhtä kuin sinä. Voit luopua taistelusta ja alkaa hyväksyä itsesi. Ei siksi, että ajattelet niin, vaan koska tarkkaileva osa tietää tämän koettuna totena. Huomioi taas itsesi huoneessa, missä olet. Ja huomioi tämä huone, kuvaile se. Ja kun olet valmis palaamaan huoneeseen, avaa silmäsi.

Läsnäoloharjoituksilla tavoitellaan sitä, että ihminen voisi olla tuomitsemattomalla tavalla yhteydessä omiin psykologisiin ja ympäristönsä tapahtumiin. Erillisyyttä ajatuksista, mielikuvista, uskomuksista tai harhoista vahvistetaan luomalla tietoinen yhteys nykyhetkeen. Tietoinen läsnäolo auttaa yksilöitä huomaamaan tuomitsemattomasti ajatukset, tunteet ja mielikuvat, jotta he voivat saavuttaa sellaisen suhtautumisen sisäisiin kokemuksiin, joka palvelee heidän sitoutumistaan omiin arvoihinsa. Tietoisen läsnäolon taitoja voidaan vahvistaa psykoosista toipuvilla keskustelemalla siitä, mitä eroa ”automaattiohjauksella” toimimisessa on siihen, että on yhteydessä omiin aistikokemuksiinsa ja tekee merkityksellisiä asioita, vahvistamalla huomaamisen ja hidastamisen taitoja jokapäiväisten toimintojen kuten kävelemisen, kotitöiden tai syömisen yhteydessä sekä ehdottamalla että huomaaminen on aina vaihtoehto ja yhdistämällä se ankkurointikeinoihin kuten hengittämiseen. Tietoisuustaidot auttavat asiakkaita kehittämään myös hyväksyvemmän ja myötätuntoisemman suhteen itseensä, sillä kyky huomata, tehdä tilaa ja olla avoin myös vaikeille ajatuksille, tunteille, tuntemuksille ja kokemuksille ilman yrittämistä muuttaa niitä auttaa asiakkaita hyväksymään minätarinansa ilman että kietoutuvat niihin (Oliver ja Morris, 2013).

Aktiivinen-prosesseihin kuuluvat keskeiset ongelmat ja menetelmät

Aktiivinen-ryhmän prosesseihin kuuluvat *arvot* ja *omistautuminen*. HOT:n keskeinen pyrkimys on auttaa asiakkaita olemaan omistautuneempia ja aktiivisempia elämässään tunnistamalla ja luomalla arvoja sekä hyödyntämään niitä tavoitteiden ja toimintasuunnitelmien luomisessa.

Tavoitteiden kannattaa olla tavoitettavissa olevia, pieniä, konkreettisia, mitattavia ja asiakkaalle merkityksellisiä, jotta ne vähitellen muodostavat uusia arvojen mukaisia kehiä. Bachin (2013) mukaan arvot voivat olla joskus myös ongelmallisia, jos ne tähtäävät kokemukselliseen välttelyyn tai esimerkiksi toisen ihmisten miellyttämiseen asiakkaan muiden arvojen mukaisten tavoitteiden kustannuksella. Asiakkailla voi olla myös vaikeuksia käyttäytymisensä seurauksien tiedostamisessa, jolloin he saattavat toimia tavoilla, jotka eivät ole linjassa heidän arvojensa kanssa tai jotka eivät onnistu viemään heitä arvojensa suuntaan. Tämä tulee selkeästi esille asiakkailla, jotka fuusioituvat harhoihinsa, turvautuvat päihteisiin tai erilaiseen kompulsiiviseen, impulsiiviseen ja välttelevään toimintaan.

Arvojen kirkastamisella pyritään tunnistamaan ja valitsemaan verbaalisia, toivottuja elämänsuuntia. Esimerkki arvojen kirkastamiseen tähtäävistä harjoituksesta on arvolomakkeiden kuten elämänkompassin (liite 2), VLQ:n (liite 3) tai tikkataulun (liite 4) hyödyntäminen ja tavoitteisiin liittyvien arvojen selventäminen. Joskus joudutaan myös punnitsemaan arvoriititöitä, joka voi edistää muutosmotivaatiota.

Omistautumisella tarkoitetaan asteittaista toimintaa kohti täyttä, merkityksellistä elämää, joka on asiakkaan syvimpien toiveiden mukaista. Omistautumista voidaan vahvistaa kertaamalla tavoitettavissa olevia, pieniä, konkreettisia, mitattavia ja asiakkaalle merkityksellisiä askeleita, kartoittamalla esteitä ja tarvittavia taitoja sekä tekemällä toimintasuunnitelmia näiden eteen. Omistautumista voidaan havainnollistaa rooliharjoitusten ja matkustajat bussissa -metaforan avulla.

Psykoosista toipuvien kohdalla voi olla tärkeää luoda myös arvopohjainen relapsinehkäisy-suunnitelma, joka korostaa omistautumista toimintaan, joka todennäköisesti tukee hyvinvointia ja toipumista. Hyväksyntä, defuusio ja tietoinen läsnäolo palvelevat myös psykoosin varomerkkien huomaamista paremmin kuin välttely tai varomerkkien peitteleminen.

Menetelmän käyttömuodot

Morrisin ym. (2013) ja O'Donoghuen ym. (2018) mukaan HOTp soveltuu yksilö- ja ryhmähoitona toteutettavaksi niin avohoidossa kuin akuuttisairaalakontekstissa. Lähestymistapa soveltuu niin ensipsykoosia sairastaville kuin pidempiaikaisessa avohoitokontekstissa. Ryhmähoitomallia voidaan soveltaa myös omaisille ja kokemusasiantuntijoille. HOT:n prosessit antavat keinoja psykoosien keskeisten oireiden kuten äänien, vainoharjojen

ja tunnesäätelyongelmien hoitoon. Yksilöhoitomalliin ei ole manuaalia, mutta ryhmähoitomalliin (G-ACTp) on olemassa O'Donoghuen ym. (2018) luoma manuaali. Myös kontekstuaalisen käyttäytymistieteiden yhdistyksen (ACBS) sivuilta on saatavilla vastaava psykoosista toipuville suunnattu ryhmähoitomanuaali.

Mahdolliset esteet tai erityistekijät

Psykoosista toipuvien hoidossa on erityistekijöitä, jotka tulee huomioida kuten se, että lääkitys tai tahdottomuus voi vaikuttaa asiakkaiden kykyyn hyötyä hoidosta. HOT:n harjoituksia voidaan lyhentää esimerkiksi viiteen minuuttiin ja tehdä niistä tarpeeksi konkreettisia, jotta ne ovat toteutettavissa olevia. Mahdollisia esteitä hoidolle voivat olla se, että asiakas ei ole tullut hoitoon tai terapiaan omasta tahdostaan, jolloin pitää kiinnittää erityistä huomiota sitoutumiseen, muutosvalmiuteen ja tavoitteiden asetteluun. Joillakin asiakkailla voi olla pitkäaikaisesti matala energiataso ja motivaatio, jolloin on kiinnitettävä huomiota sopivaan terapian tahtiin ja terapiasuhteeseen. Tässäkin sopivien tavoitteiden asettaminen ja pienet palkinnot, kuten kahvin tai teen tarjoaminen asiakkaan tultua istunnolle, voivat auttaa (Farhall, 2013).

Joillain asiakkailla pessimismi ja muutospelko ovat voineet saada heidät luopumaan paremman elämän toivosta. Pessimismi, muutospelko ja toivosta luopuminen voivat myötävaikuttaa hoidon keskeyttämiseen, jos asiakas kokee liiallisia vaatimuksia tai epämurkavuutta ennen kuin he ovat kokeneet pieniä onnistuneita muutoksia tai toivoa luova ja luottamuksellinen terapiasuhte on muodostunut. Terapeutin on hyvä huomioida sopiva tahti ja pienet palkinnot, mutta myös valmius perääntyä, jos asiakas on ylikuormittunut. Voimakkaat harhat voivat syrjäyttää muutospyrkimykset, jolloin arviossa voi tutkia sellaisia arvojen mukaisia askeleita, joita eivät ohjaa harhat. Tämä voi helpottaa omistautumista uuteen toimintaan. Joskus jaetun ymmärryksen puute psykoottisten kokemusten todenmukaisuudesta voi haitata edistymistä, jolloin on tärkeää korostaa, että HOTp:ssä ollaan enemmän kiinnostuneita kokemusten ja selviytymiskeinojen toimivuudesta asiakkaan tavoitteiden mukaan kuin siitä, ovatko ne totta vai eivät. Jotkut asiakkaat voivat ylikuormittua ja alkaa oirehtia lievänkin stressin tuloksena. Tavoitteiden ja tahdin lisäksi asiakkaan soveltuvuus terapiaan tulee arvioida yksilöllisesti. Harjoitukset tulee sovittaa asiakkaan mahdollisiin keskittymisen, abstraktin ajattelun ja muistin ongelmiin, jotta varmistetaan terapian sisältävän riittävästi positiivisesti vahvistavia kokemuksia.

Asiakkaat voivat tulla terapiaan toiveena poistaa tai tukahduttaa oireita tai kokemuksia. Tällöin tavoitteet ”käännetään” HOT:n kanssa yhteensopiviksi, kuten mitä merkityksellistä asiakas tekisi, jos oire tai kokemus olisi poissa. Joskus ajatushäiriöt vaikeuttavat terapiaa, sillä se nojaa vahvasti kielelliseen vuorovaikutukseen ja reflektioon. Tällöin voidaan korostaa käytännön ja *in vivo* -harjoituksia ajatushäiriöiden vaikutusten vähentämiseksi (Farhall, 2013).

Myös hoitokonteksti on huomioitava: tahdonvastaisesti hoidossa olevien hoito voi olla vaikeaa ja joillakin asiakkailla voi puuttua ”sairaudentunto” eivätkä he koe tarvetta muutokseen tai hoidolle. Nämä asiakkaat voivat hyötyä erityisesti arvojen ja tavoitteiden kirkastamisstrategioista. Arvotyöskentely auttaa muodostamaan allianssin asiakkaan kanssa ja tunnistamaan hoidon tavoitteita. Koska HOTp:n painopiste ei ole oireiden poistamisessa tai sen arvioimisessa ovatko harhat tai harhaluulot totta vai eivät, siinä vältetään monia tyypillisiä sudenkuoppia tämän asiakasryhmän kanssa työskennellessä. HOT-terapeutin tehtävä ei ole vakuuttaa asiakasta siitä, että hoito itsessään on välttämätöntä tai että sillä hoidetaan jotain ”sairautta”. Terapeutti sen sijaan tutkii asiakkaan arvoja ja miten hyvin hänen toimintansa auttaa kulkemaan näiden arvojen suuntaan. Asiakkaan arvojen ja tekojen välisten ristiriitojen tutkiminen voi lisätä muutosmotivaatiota. Tämä voi auttaa muodostamaan yhteisen työskentelypohjan ja allianssin muiden kliinisten ongelmien ratkaisemiseksi, riippuen asiakkaan halukkuuden määrästä (Gaudiano ja Busch, 2013).

Yhtäläisyydet muihin hoitomenetelmiin

Gaudianon ja Buschin (2013) mukaan HOTp:llä on tiettyjä päällekkäisyyksiä psykooseihin tarkoitetun KKT:n ja motivoivan haastattelun kanssa. Sekä HOTp että psykooseihin tarkoitettu KKT pyrkivät normalisoimaan psykoottisia kokemuksia tukeakseen hoitoon sitoutumista. Myös HOTp:ssä voidaan hyödyntää käytännöllisiä ongelmanratkaisukeinoja esimerkiksi lääkkeidenkäytön tukemiseksi, mutta HOTp nojaa enemmän henkilökohtaisiin arvoihin edistääkseen muutosta ja säilyttääkseen pysyvyyttä uudessa toiminnassa tai taidoissa. HOTp:ssä korostetaan valinnanvapauden ja toimivuuden periaatteita, kun puhutaan hoitoon sitoutumiseen liittyvistä ongelmista. HOTp ei pyri psykooseihin tarkoitetun KKT:n tapaan muuttamaan asiakkaan uskomuksia vaan pyrkii vahvistamaan kykyä havainnoida tuomitsemattomasti ajatuksia ja uskomuksia sekä lisäämään sitoutumista ihmisen omien arvojen mukaiseen toimintaan. Myös

motivoiva haastattelu, vaikka teknisesti omaakin yhtäläisyyksiä HOTp:n kanssa, pyrkii KKT:n tapaan kognitiiviseen muutokseen, mutta HOTp:ssä ei nähdä kognitiivisia muutoksia tarpeellisiksi käyttäytymisen muutosten aikaansaamiseksi. HOTp:ssä katsotaan, että kognitiiviset muutokset voivat seurata käyttäytymisen muutoksia, jolloin suora uskomusten kanssa työskentely ei ole välttämätöntä. Tämä voi olla verrattavissa masennuksen hoidosta tehtyyn tutkimukseen, jonka mukaan käyttäytymisen aktivointi oli yhtä tehokasta kuin kognitiiviset interventiot eikä kognitiivisten komponenttien yhdistäminen käyttäytymisterapiaan välttämättä paranna hoidon vaikutuksia (Martell ym., 2004).

Empiiriset hoitotulokset

HOT:n soveltamista, vaikuttavuutta ja turvallisuutta skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien hoidossa ja näiden tutkimiselle on luotu oma protokolla (Gray ym., 2018). HOTp:n vaikuttavuudesta on O'Donoghuen ym. (2018) ja ACT for psychosis recovery www-sivuston (Evidence - ACT for Psychosis Recovery) mukaan tehty kuusi satunnaistettua vertailukoetta (Bach & Hayes, 2002; Gaudiano & Herbert, 2006; Shawyer ym., 2012, 2017; Tyrberg ym., 2017; White ym., 2011) ja siitä on tehty myös systemaattisia kirjallisuuskatsauksia (Cramer ym., 2016; Khoury ym., 2013; Louise ym., 2018). Alustavat tutkimukset keskittyivät sairaalahoitoon uudelleenkirjattujen potilaiden määrään ja avohoitopotilaita koskevat tutkimukset keskittyivät psykoosin jälkeiseen masennukseen tai positiivisiin oireisiin. Tulokset osoittivat, että interventiot voivat vähentää psykoosioireiden uskottavuutta sekä vaikutuksia tunnereaktioihin ja toimintakykyyn. Interventiot ovat käyttökelpoisia ja turvallisia psykoosista toipuville, eivätkä asiakkaat koe niitä ylivoimaisiksi, jos tietoisuustaito- ja muut kokemukselliset harjoitukset sovitetaan tämän asiakasryhmän erityistarpeille. Tutkimuksissa todettiin myös, että asiakkaat voivat reagoida uusilla, psykologisesti joustavilla tavoilla epätavallisiin kokemuksiinsa.

HOTp:n positiiviset vaikutukset ovat tulosta psykologisen joustavuuden prosessien muutoksista, jota tukee Baconin ym. (2014) tekemä laadullinen tutkimus. Tämän tutkimuksen mukaan arvotyöskentely voi olla erityisen hyödyllistä tälle asiakasryhmälle ja tiettyjen tietoisuustaito- ja defuusioharjoitusten kanssa on syytä olla varovainen niistä mahdollisesti seuraavien voimakkaiden kokemusten takia.

ACT for Life -tutkimuksessa tutkittiin ryhmämuotoisen manualisoidun HOTp-protokollan soveltuvuutta ja hyväksyttävyyttä julkisissa

psykoosipalveluissa Isossa Britanniassa. Intervention manualisoiminen ja toteuttaminen julkisissa psykoosipalveluissa toteutui onnistuneesti ja osoittautui soveltuvaksi sekä ensipsykoosipotilaiden että pitkäaikaisemmassa avohoitokontaktissa olevien hoidossa. Seuranta-arviot osoittivat, että asiakkailta tapahtui pientä mielialan ja toimintakyvyn kohenemistä sekä muutoksia psykologisen joustavuuden prosesseissa, mikä oli linjassa HOT-mallin kanssa. ACT for Recovery -tutkimuksessa selvitettiin ryhmämuotoisen HOT:n soveltuvuutta pitkäaikaisempien psykoositoipilaiden kanssa. Tutkimuksen mukaan interventio paransi yleistä hyvinvointia, vaikka seurantamittareissa ei tapahtunut muutoksia hoidon jälkeen tai 12 viikon seurannassa asiakkailta tai omaisilla (Johns ym., 2015).

Negatiivisiakin analyysejä HOT:n vaikuttavuudesta eri sairauksien ja stressin hoidossa on julkaistu. Esimerkiksi Östin (2014) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä tarkasteltiin eri psykiatrisia häiriöitä, fyysisiä sairauksia ja työperäistä stressiä. Keskimääräinen efektikoko oli pieni (0.42) ja vaikka Östin mukaan HOT:aa ei voida pitää hyvin perusteltuna hoitona mihinkään häiriöön, niin se on todennäköisesti vaikuttavaa kroonisen kivun ja tinnituksen hoidossa sekä mahdollisesti vaikuttavaa masennuksen, psykoottisten oireiden, pakko-oireisen häiriön, sekamuotoisen ahdistuneisuuden, päihdehäiriöiden ja työperäisen stressin hoidossa. Muiden häiriöiden hoidossa se on vielä kokeellisella asteella. McLoughlin ja Roche (2022) ovat kritisoineet, että HOT:n yhteydet suhdekehysteoriaan ovat heikot ja vaikka suhdekehysteoria on lupaava teoria kielestä ja ajattelusta, sen tulokset eivät ole vielä yleistettävissä eikä sille ole vielä vahvaa tukea. Myös *hexaflexin* prosessien yhteyttä psykologisen joustavuuden käsitteeseen ja psykologista joustavuutta keskeisenä muutosprosessina asetettiin kyseenalaiseksi tutkimuksessa.

Tapauskuvaukset

Esittelen nuoren aikuisen asiakkaan terapiaa, jossa olen soveltanut HOT:n teoriaa ja keinoja muiden KKT:n keinojen ohella. Sain asiakkaalta kirjallisen luvan tapauskuvauksen käyttöön. Asiakkaalla on skitsofreniadiagnoosi ja siihen lääkehoito, koska hänellä on ollut yhden vakavamman psykoosiepisodin lisäksi toistuvia psykoottisia oireita. Oirekuva oli melko epätyypillinen, sillä asiakkaalla on myös syömisen ja kehonkuvan ongelmia ja viitteitä sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön, epävakauden että kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireista. Asiakkaan kognitiivinen toimintakyky ja kyky sitoutua terapiaan osoittautui kuitenkin hyväksi.

Valitsin asiakkaan kohdalla prosessipohjaisen ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan lähestymistavan, koska diagnoosien pohjalta oli mahdotonta rakentaa hoitosuunnitelmaa.

Tapauskuvaus, käsitteellistäminen

Käytin käsitteellistämisen apuna käyttäytymislukujen kymmenjärjestelmää (Tuomisto, 2020). Siinä tuli esille itsetietämysongelmana se, että asiakas ei tiennyt, mitä elämältä haluaa. Asiakas huomasi toimintansa olleen lyhytjänteistä sekä äänien ja itsekriittisten ajatusten lannistamaa, mikä saattoi liittyä arvojen epäselvyyteen ja johtaa sitoutumisen puutteeseen arvojen mukaiseen toimintaan. Asiakkaan tarkkaavaisuuden säilyttämisen ongelmat ja levottomuus luettiin havainto- ja taito-ongelmiin, mitkä vaikeuttivat pitkäjänteistä, arvojen mukaiseen toimintaan sitoutumista. Taito-ongelmiksi nousivat myös puutteelliset taidot selviytyä ahdistuksen ja levottomuuden kanssa, mutta myös jämäkkyystaitojen puutteet. Tämä liittyi myös päätös-/valintaongelmiin eli asiakkaan on vaikea tehdä omia päätöksiä, koska haluaa miellyttää ja mukautua toisten ihmisten toiveisiin. Vahvistus-/tapaongelmiin lukeutuivat taipumus miellyttää ihmisiä, jonka funktiona on muiden suuttumuksen välttäminen, ja ongelmalliset ahdistuksenhallintakeinot, kuten toistuva turvautuminen tarvittavaan beetasalpaajalääkitykseen, kynsien repiminen, pakonomainen toiminta ja kofeiinin liikakulutus. Muiden suuttumuksen välttäminen liittyi asiakkaan oppimishistoriaan ja siihen, että häntä rangaistiin lapsena, jos hän käyttäytyi huonosti. Käsitteellisinä ongelmina nousivat esille asiakkaan vaikeus hyväksyä omaa kuolevaisuuttaan, omaa itseään ja menneisyyttään kaikkine tunteineen ja kokemuksineen. Tärkeimmiksi ongelmikseen asiakas koki muiden miellyttämisen, motivaation puutteen ja erilaiset haitalliset tavat vältellä ahdistusta.

Käytetyt prosessi- ja arvomitto

Asiakkaan psykologisen joustavuuden taso mitattiin AAQ- ja CompACT-kyselyiden avulla. Asiakas sai AAQ-2 kyselyssä 42/49 pistettä, mikä viittasi vähäiseen psykologiseen joustavuuteen. CompACT kyselyssä, jossa korkeammat pistemäärät osoittavat suurempaa psykologista joustavuutta, asiakas sai yhteispisteiksi 44/138 pistettä. Kyselyn alaskaaloista asiakas sai arvojen mukaiset teot -alaskaalasta 21/48 pistettä, käyttäytymisen tiedostaminen -alaskaalasta 13/30 pistettä ja avoimuus kokemukselle

-alaskaalasta 10/60 pistettä. Käyttäytymisen tiedostamista ja avoimuutta kokemuksille tuli terapiassa vahvistaa, mutta arvojen mukaiset teot olivat asiakkaan vahvuus, joten terapia aloitettiin arvotyöskentelyllä ja vahvistamalla sitoutumista arvojen mukaiseen toimintaan.

Asiakkaan kanssa aloitettiin arvotyöskentely VLQ-lomakkeen avulla, jossa asiakas nosti itselleen tärkeiksi osa-alueiksi parisuhteen, perheen, ystävät ja sosiaaliset suhteet, vapaa-ajan ja koulutuksen. Vähiten tyytyväinen asiakas oli omaan toimintaansa näiden eteen vapaa-ajan, henkisten arvojen, koulutuksen ja ystävien sekä sosiaalisten suhteiden osalta. Esteiksi tyytyväisyydelle ja arvojen mukaisille askeleille nousi esille asiakkaan kyvyttömyys nauttia ihmissuhteista, minkä vuoksi asiakas ei nähnyt kavereita, myös mielekkäitä vapaa-ajan aktiviteetteja oli vähän. Koulutusta tai työtä asiakas ei kokenut vielä realistiseksi toimintakykynsä kannalta. Jatkoimme arvotyöskentelyä elämänkompassi-lomakkeen avulla ja asiakas pystyi nimeämään vielä tarkempia yllä oleviin arvoalueisiin liittyviä arvoja, joista saatiin johdettua konkreettisia tavoitteita siitä mitä asiakas tekisi, jos psykoosioireet eivät häiritsisi. Pyrimme vahvistamaan lähestymistapaa, että näitä aktiviteetteja voisi jaksamisen mukaan asteittain lisätä oireista huolimatta.

Asiakkaan kuvaamat ongelmat ja oireet

Asiakas kärsi ääniharhoista, jotka olivat joko itseä moittivia tai muuten häiritseviä ääniä. Eniten asiakas kuitenkin koki ahdistuksen ja masennuksen häiritsevän päivittäisessä elämässä. Oireiden lisäksi asiakas toi terapian alussa ongelmikseen väsymyksen, jaksamattomuuden, kehonkuvaan ja syömiseen liittyviä ongelmia sekä näistä seuraavaa itsekriittisyyttä ja häpeän tunnetta. Asiakas osoitti taipumusta kokemukselliseen välttelyyn, joka ilmeni erilaisena pakonomaisena toimintana silloin, kun ahdistaa tai on levoton olo. Asiakas myös huomasi muiden ihmisten miellyttämisen funktion olevan se, että saavuttaa muiden hyväksynnän, mutta samalla siitä seurasi vaikeuksia ilmaista omia tunteita ja asettaa rajoja. Harhauttaminen on ollut asiakkaan ensisijainen selviytymiskeino ahdistuksen kanssa. Toisaalta asiakas huomasi, että jatkuva harhauttaminen johti vaikeuteen rentoutua, joten ainoana selviytymiskeinona se johti asiakkaan käyttäytymisvalikoiman kaventumiseen.

Asiakkaan tavoitteet

Asiakas toivoi, että jaksaisi paremmin tehdä päivittäisiä toimintoja, pääsisi ahdistuneisuudesta, pystyisi hallitsemaan tai jopa kieltämään psykoosioireita, ja ettei ajattelisi omasta ulkonäöstään niin negatiivisesti. Tässä tuli selkeästi esille asiakkaan halu päästä eroon oireista ja tietyistä ajatuksista, tunteista ja kokemuksista. Käänsimme nämä tavoitteet HOTp:n kanssa yhteensopiviksi pohtimalla niihin liittyviä arvoja. Asiakas toikin jo terapian alussa esille arvopohjaisia tavoitteita, kuten itsenäiseen asuntoon muuttamisen tukiasunnosta kumppaninsa kanssa ja että hän pystyisi tekemään itselleen tärkeitä asioita jokapäiväisessä elämässä äänistä ja asiakkaan kuvaamista oireista huolimatta.

Käytetyt menetelmät

Käsittelimme asiakkaan stigmaan liittyviä kokemuksia, kuten ystävien vetäytymistä kontaktista, kun asiakas on kertonut heille mielenterveysongelmistaan. Asiakas toi esille kokemusta, että myös hoitotahot holhoavat häntä monessa asiassa, mikä tuntui vähättelevältä. Toisaalta asiakas huolehti itse myös tulevasta, jaksako käydä töissä tai opiskella koskaan, toisaalta kritisoi itseään onko hän oikeasti edes ”sairas” vai vaan ”laiska”. Vaikka jotkut vanhat ystäväsuhteet olivat katkenneet mielenterveysongelmien vuoksi, asiakas alkoi osallistua aktiivisesti sosiaaliseen toimintaan eräässä päivätoimintapaikassa. Käytimme normalisointia keinona lievittää stigmaan liittyvää häpeää, mutta tarkastelimme näitä ihmissuhteisiin liittyviä arvoja matkustajat bussissa harjoituksen avulla.

Terapiassa harjoittelimme tietoisuus- ja hyväksyntätaitoja keinona altistua ja oppia sietämään omia kokemuksia, minkä lisäksi käytimme myös sovellettua rentoutusta. Asiakas koki huovuttamisen ja kävelemisen auttavan rentoutumisessa, silloin asiakas onnistui olemaan enemmän läsnä nykyhetkessä ja havainnoimaan erilaisia ajatuksia ja tunteita tuomitsemattomasti. Kokemuksellisella välttelyllä saattoi olla myös se seuraus, että asiakas fuusioitui itsekriittisiin ajatuksiin, joita nousi erityisesti sosiaalisissa tilanteissa tai häpeän tunteiden myötä. Myös äännet olivat syyttäviä ja niistä seurasi ahdistusta ja masennusta, murehtiminen ja huolehtiminen saattoivat myös voimistaa fuusiota äänien sisältöihin. Näiden vuoksi terapiassa pyrittiin vahvistamaan tietoista ja havainnoivaa perspektiiviä ääniä kohtaan, jotta asiakas voisi suhtautua niihin ”mielen

tapahtumina” ja vähemmän arvottavasti sekä pitää mielessä käsillä oleva arvopohjainen tavoite ja toiminta. Tämän havainnollistamiseksi hyödynsimme myös matkustajat bussissa -metaforaa.

Itsemyötätunnon taitoa pyrimme vahvistamaan huomaamalla oma ”sisäinen kriitikko” ja itsemyötätuntoharjoituksin, asiakas harjoitteli myös omien tunteiden ja tarpeiden ilmaisemista läheisilleen. Itsekriittisiin ajatuksiin hyödynnettiin ajatusten eriyttämis- tai defuusioharjoitusta kirjoittamalla asiakkaan itsekriittisiä ajatuksia paperilapuille ja asettamalla ne asiakkaan eteen. Tällä pyrimme luomaan avaruudellinen kokemus erillisyydestä omiin ajatuksiin. Tietoisuustaidoista hyödynsimme mm. pilvet taivaalla ja lehdet virrassa -harjoituksia. Näiden taitojen rinnalla pyrimme vahvistamaan myös pieniä konkreettisia käyttäytymisen muutoksia, jotta asiakas saisi onnistumisen kokemusten lisäksi kokemuksen siitä, että pystyy vaikuttamaan omaan käyttäytymiseensä. Pyrimme korvaamaan asiakkaan kynsien repimistä muilla vähemmän haitallisilla tavoilla ja altistusharjoituksia tehtiin käyntien yhteydessä, joiden avulla asiakas onnistui vähentämään hissien käyttöön liittyvää pelkoaan. Suihkussa käymiseen liittyi myös harhaisia ajatuksia, tarkistelua ja omaan kehoon liittyvää häpeän tunnetta, mutta asiakas onnistui kumppaninsa tukemana altistuksen avulla lisäämään viikoittaisia suihkukertoja yhdestä kolmeen. Nämä saattoivat vahvistaa asiakkaan motivaatiota terapiaan ja terapiasuhdetta, kun asiakas huomasi ahdistuneisuuden helpottuvan ja käyttäytymisen muutosten olevan mahdollista.

Työstimme minä kontekstina -prosessia kehonkuvan osalta ja pyrimme saamaan siihen joustavuutta piirtämisellä, jota asiakas harrasti ennestäänkin. Asiakas piirsi kuvan siitä, minkälaiseksi hän kokee itsensä ja oman kehonsa ja minkälaisen toivoisi sen olevan, jonka jälkeen pohdimme näiden kuvien eroavaisuuksiin liittyviä ajatuksia ja tunteita. Näin tunnistettiin kehonkuvaan liittyvää ongelmallista reagointia, kuten laksatiivien käyttöä ja oksentelua, joita asiakas onnistui vähentämään.

Energian ja motivaation puute nousivat jokapäiväisessä elämässä haasteiksi ja energiaa kuluttivat äänet ja ahdistus. Ahdistaviin kokemuksiin liittyi myös välttelykäyttäytymistä ja epäonnistumisen pelkoa, joilta asiakas suojasi itseään. Hyväksynnän prosessia työstimme tunteiden tunnistamisen ja sallimisen keinoin. Asiakas alkoi seurata vointiaan Daylio-nimisen älypuhelinsovelluksen avulla, jotta asiakas tulisi tietoisemmaksi voinnin ja mielialan vaihteluihin vaikuttavista tekijöistä. Äänissä oli myös jotain tuttua ja turvallista asiakkaalle. Ääniharhoilla on huomattu olevan paljon yhteistä itsekriittisten ajatusten kanssa, ja niihin ne terapiassa rinnastettiinkin.

Välitehtäväksi annoin asiakkaalle tehtäväksi esimerkiksi havainnoida näitä ääniä tai ajatuksia, niiden ilmenemistä ja miten asiakas niihin reagoi. Pyrimme vahvistamaan kykyä huomata ja havainnoida ääniä tuomitsemattomasti, jotta asiakas voisi jatkaa itselleen tärkeiden toimintojen parissa niistä huolimatta ilman välttelyä, vetäytymistä tai äänien sisällön uskomista. Havainnollistimme äänien vaikutusta ja pyrimme vahvistamaan omistautumisen prosessia matkustajat bussissa -metaforan avulla.

Asiakas alkoi puhua myös halustaan vähentää ja kokeilla purkaa antipsykoottisen lääkityksensä, mutta ei aikonut tehdä sitä äkillisesti vaan suunnitellusti yhteistyössä psykiatrian poliklinikan kanssa. Antipsykoottiseen lääkitykseen liittyi haittoja, kuten väsymystä, eikä nykyinen lääkitys liioin poistanut ääniharhoja kokonaan. Asiakas oli tietoinen lääkityksen vähentämiseen tai lopettamiseen liittyvistä riskeistä. Teimme punnintaa lääkitykseen liittyvän arvoriistiriidan välillä, kun toisaalta lääkityksellä on haittavaikutuksia, mutta toisaalta se on mahdollistanut kohtuullisen hyvän voinnin ja toimintakyvyn. Asiakkaan haluun vähentää lääkitystä vastattiin psykiatrian poliklinikalla ja asiakas alkoi vähentää antipsykoottista lääkitystään hallitun suunnitelman mukaisesti. Aluksi se vähensi väsymystä ja asiakas kertoi kokevansa tunteitaan ja ilmaisevansa niitä aiempaa enemmän, minkä kumppani myös oli huomannut. Kävi kuitenkin niin, että asiakkaan ahdistuneisuus ja harhaisuus voimistuivat lopulta niin paljon, että asiakas päätti palata samaan mutta aiempaa pienempään annokseen antipsykoottista lääkitystä. Teimme tämän jälkeen arvopohjaista relapsinehkäisysuunnitelmaa, johon sisällytimme hyvinvointia tukevia rutiineja ja aktiviteetteja ja voinnin huononemiseen viittaavia varomerkkejä. Pyrimme vahvistamaan kykyä huomata ja hyväksyä nämä varomerkit välttelemisen tai kieltämisen sijaan. Asiakkaalle oli tärkeää myös vahvistaa kykyä rajata ja säädellä stressiä, jotta hän ei ylikuormitu.

Asiakas koki tärkeäksi mennä kohti sitä, mikä itselle on merkityksellistä, kuten itsenäiseen asumiseen muuttamisen. Asiakas lähti edistämään jo terapian alussa asuntohaavettaan ja sai lopulta asunnon kumppaninsa kanssa. Muutto toteutui tuettuna hyvin. Asiakkaan kumppanin kanssa tehtiin yhteistyötä paritapaamisten muodossa. Asiakas onnistui tunnistamaan arvojaan ja nimeämään arvopohjaisia tavoitteita, opettelemaan uusia tapoja suhtautua ahdistaviin yksityisiin kokemuksiin ja myös konkreettisia taitoja kuten ruuanlaittoa ja suihkussa käymistä säännöllisesti. Taide nousi monessa tavoitteessa esille ja asiakas nimesi haaveen opettaa joskus taidetta. Arvojen tunnistaminen johti siihen, että asiakas otti vanhoihin ystäviin yhteyttä ja haki taideohjaajan kurssille. Toisaalta asiakas

joutui myös perääntymään suunnitelmistaan, koska hän huomasi kuormittuvansa liiallisesta ohjelmasta. Omasta terveydestään huolehtimisen halu ilmeni siten, että asiakas varasi ajan hammaslääkärille, missä asiakas ei ollut käynyt pitkään aikaan.

Asiakas koki oppineensa itsestään uusia asioita ja huomanneensa omia ongelmallisia käyttäytymismallejaan, kuten ahdistavien kokemusten välttelyn sekä siitä seuraavan lyhyen tähtäimen helpotukseen johtavan reagoinnin kuten tarvittavan lääkkeen ottamisen. Terapiassa etsittiin keinoja suhtautua ja reagoida ahdistukseen ja levottomuuden tunteisiin toimivammilla ja joustavammilla tavoilla.

Pohdinta

Pyrin tässä artikkelissa tarkoituksellisesti välttämään sanoja *sairaus* ja *potilas*, koska ne heijastelevat biomedikaalista sairausmallia, joka on perinteisesti ollut psykoosien hoidon perustana. Psykoosien hoidossa on otettava huomioon myös biologiset prosessit, mutta ajattelen, että myös psykooseihin liittyvät ongelmat ovat selitettävissä funktionaalisesti käyttäytymistermein. Ajattelen, että psykoosista toipuvien aistiharhat (kuten äänet) ja harhaluulot (suuruusharhaluulot, vainoharhat) voidaan nähdä luonteestaan riippuen B. F. Skinnerin kehittämän radikaalin behaviorismin mukaan verbaalisena tai ajattelukäyttäytymisenä, johon yksilöt usein suhtautuvat ”kirjaimellisesti”, josta voi seurata ongelmallisia reaktioita tai prosesseja, jotka vaikuttavat yksilön käyttäytymisvalikoimaan kaventavasti. Tähän voi olla apua psykologisen joustavuuden kehittämisestä vahvistamalla tietoisuustaitoja ja hyväksynnän taitoja sekä tunnistamalla asiakkaan arvopohjaisia, toivottuja elämänsuuntia. Voisivatko operanttia psykologiaa mukaillen psykoosien ”sairastuttavat” vaikutukset olla enemmän seurausta elämänpiirin, positiivisesti vahvistavien kokemusten ja käyttäytymisvalikoiman kaventumisesta kuin pelkistä biologisista sairausprosesseista?

Pidän käyttäytymisanalyysin peruseriaatteesta, että ongelma ei ole ihmisessä vaan hänen käyttäytymisessään. Prosessipohjainen ja kontekstuaalisen käyttäytymisterapian lähestymistapa avaa uusia innostavia hoito- ja tutkimusmahdollisuuksia myös perinteisesti vaikeampina pidetyille häiriöille. Suhdekehysteoria ja HOT antavat keinoja käsitellä psykooseihin liittyviä käsitteellisiä ja kielellisiä ulottuvuuksia kuten stigman ja itsestigmatisaation ilmiöissä sekä tiettyissä harhoissa tai harhaluuloissa, erityisesti ääniharhoissa, on nähtävissä. Vaikka HOT:sta ei ole niin vahvaa

tutkimusnäyttöä vielä psykoosien hoidossa niin on muistettava, että näyttö määritellään usein suhteessa oireiden vähenemiseen tai häiriön paranemiseen, mikä sinänsä ei ole HOT:n tavoite, vaan mahdollinen seuraus. HOT:n tavoite on oppia elämään merkityksellistä ja rikasta elämää oireista ja häiriöstä huolimatta.

HOTp soveltuu psykoosista toipuville asiakkaille, joille kokemuksellinen välttely, kognitiivinen fuusio, kontaktin puute nykyhetkeen, puutteellinen itsetuntemus tai takertuminen jäykkiin minätarinoihin, arvojen epäselvyys ja/tai pitkäjänteisen toiminnan sekä omistautumisen puute ovat ongelmia. Näille prosesseille voidaan löytää soveltamiskohteita monenlaisten asiakkaiden ja tilanteiden kohdalla ensipsykooseista pidempiaikaisiin psykoottisiin häiriöihin. Jätin rajauksen vuoksi omaisnäkökulman pois tästä artikkelista, mutta lähestymistavan mahdollisuudet myös omaisten psykologisen joustavuuden tukemisessa ovat kiinnostavia.

HOTp on näkökulman muutos psykoosien hoitoon mutta ei varmasti sovellu kaikille asiakkaille. Näyttöön perustuvan hoidon periaatteita mukaillen suosittelen noudattamaan ensisijaisina hoitokeinoina Käypä hoito -suosituksen mukaisesti lääkehoitoa ja psykososiaalisia interventioita kuten perheinterventioita ja psykooseihin tarkoitettua KKT:ta. HOTp on kuitenkin harkitsemisen arvoinen vaihtoehto ainakin sellaisille asiakkaille, joille vahvemman näytön hoitomenetelmät eivät ole olleet toimivia. HOT-menetelmien käyttöä voivat rajoittaa asiakkaiden ajatushäiriöt tai tahdottomuus, mutta se on terapeutin haaste, miten saada asiakas yhteistyöhön ja harjoitukset riittävän konkreettisiksi ja asiakasta puhutteleviksi.

Psykoosista huolimatta ihmiset voivat jakaa samoja tavoitteita ja arvoja kuin kuka tahansa, jolla ei ole psykoosia. Näihin voi kuulua työhön, perheeseen, parisuhteeseen ja hyvään terveyteen liittyviä tavoitteita ja arvoja. Psykoosisairaus usein asettaa näiden tavoittamiselle haasteita, minkä lisäksi itse psykoosin diagnostiikka ja hoito voivat tulla haittojen kanssa, jolloin asiakkaat saattavat joutua punnitsemaan omien tavoitteidensa tai arvojensa sekä hoidon noudattamisen hyötyjen ja haittojen välillä. Silti hoidon laiminlyöminen voi myös olennaisesti vaikeuttaa asiakkaan tavoitteiden saavuttamista ja arvojen mukaista elämää.

Psykoosista toipuvien kanssa työskentelevät ammattilaiset ansaitsevat kunnioitusta siitä haasteellisesta ja vastuullisesta työstä, jota he tekevät. Pitää myös varoa antamasta toipuville katteetonta toivoa tai liiallisia paineita toipumisen suuntaan. Kaikille toipuminen ei ole aina realistista, kun häiriöitä

on niin eri vaikeusasteisia. Silti vaikeammassakin tilanteessa olevat ihmiset voivat löytää omanlaisensa, arvojaan vastaavan paikkansa ja tapansa olla tässä maailmassa.

Lähdeluettelo

Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis (2016). Society of Clinical Psychology. Haettu 24.9.2022 osoitteesta <https://div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-psychosis/>

Alexová, A., Kågström, A., Winkler, P., Kondrátová, L. & Janoušková, M. (2019). Correlates of internalized stigma levels in people with psychosis in the Czech Republic. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(5), 347–353. <https://doi.org/10.1177/0020764019850204>

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16. 11-23.

Bach, P. (2013). Acceptance and commitment therapy case formulation. Teoksessa Morris, E. M. J., Johns, L. C. & Oliver, J. E. (toim.), *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (s. 64–75). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch5>

Bach, P. A. (2008). ACT in practice case conceptualization in acceptance & commitment therapy (D. J. Moran, toim.). New Harbinger Publications.

Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129–1139. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1129>

Bacon, T., Farhall, J. & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 402–420. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000209>

Çapar, M. & Kavak, F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 103–111. <https://doi.org/10.1111/ppc.12309>

Cognitive behavioral therapy for schizophrenia (2016). Society of Clinical Psychology. Haettu 8.8.2022 osoitteesta <https://div12.org/treatment/cognitive-behavioral-therapy-cbt-for-schizophrenia/>

Colizzi, M., Ruggeri, M. & Lasalvia, A. (2020). Should we be concerned about stigma and discrimination in people at risk for psychosis? A systematic review. *Teoksessa Psychological Medicine*, 50(5), 705–726. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000148>

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J. & Dobos, G. (2016). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Global Advances in Health and Medicine*, 5(1), 30–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.083>

da Silva, A. G., Baldaçara, L., Cavalcante, D. A., Fasanella, N. A. & Palha, A. P. (2020). The impact of mental illness stigma on psychiatric emergencies. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 573–573. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00573>

Díaz-Mandado, O. & Perriáñez, J. A. (2021). An effective psychological intervention in reducing internalized stigma and improving recovery outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatry Research*, 295. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113635>

Egbe, C. O., Brooke-Sumner, C., Kathree, T., Selohilwe, O., Thornicroft, G. & Petersen, I. (2014). Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: perspectives from key stakeholders. *BMC Psychiatry*, 14(1), s. 191–191. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-191> Evidence - ACT for Psychosis Recovery. Haettu 8.9.2022 osoitteesta <http://actforpsychosis.com/evidence>

Farhall, J., Shawyer, F., Thomas, N. & Morris, E. M. J. (2013). Clinical assessment and assessment measures. Teoksessa Morris, E. M. J., Johns, L.

C. & Oliver, J. E. (toim.), *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (s. 47–63). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch4>

Gaudiano, B. A. & Busch, A. M. (2013). Engaging people with psychosis in acceptance and commitment therapy and mindfulness. Teoksessa Morris, E. M. J., Johns, L. C. & Oliver, J. E. (toim.), *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (s. 76–94). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch6>

Gaudiano, B. A. & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415–437. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007>

Goeree, R., Farahati, F., Burke, N., Blackhouse, G., O'Reilly, D., Pyne, J. & Tarride, J. -E. (2005). The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Current Medical Research and Opinion*, 21(12), 2017–2028. <https://doi.org/10.1185/030079905X75087>

Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G. & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365–2373. <https://doi.org/10.1017/S003329171500032X>

Gray, R., Hillel, S. A., Brown, E. & al Ghareeb, A. (2018). Safety and efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) in schizophrenia spectrum and other psychotic disorders: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Methods and Protocols*, 1(4), 38. <https://doi.org/10.3390/mps1040038>

Gumley, A. & Schwannauer, M. (2006). *Staying well after psychosis* (1. painos). Wiley.

Hayes, S. C. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change* (K. D. Strosahl & K. G. Wilson, toim.). Guilford Press.

- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F. & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy*, *156*, 104155–104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44(1)*, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2008). Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää. *SKT:n julkaisusarja: Hoitomenetelmien julkaisuja*, *8*.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Hu, T. (2006). Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, *9(1)*, 3.
- Hughes, S. (2018). The philosophy of science as it applies to clinical psychology. Teoksessa Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (toim.), *Process-based cbt : the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy* (s. 23–44). Context Press, New Harbinger Publications.
- Hyvinvointikirje – psykologisen joustavuuden taidot opiskelun tukena (2021). Tampereen yliopisto. Haettu 1.4.2024 osoitteesta <https://blogs.tuni.fi/ryhmat/aikaansaaminen/hyvinvointikirje-psykologisen-joustavuuden-taidot-opiskelun-tukena/>
- Jin, H. & Mosweu, I. (2016). The societal cost of schizophrenia: a systematic review. *PharmacoEconomics*, *35(1)*, 25–42. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0444-6>
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., Joseph, C., Butler, L., Craig, T. & Morris, E. M. J. (2015). The feasibility and acceptability of a brief acceptance and commitment therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: the ‘ACT for life’ study.

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 50, 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.001>

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K. & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>

Knapp, M., Mangalore, R. & Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279–293. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007078>

Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Lu, C. W. & Loh, C. H. (2018). Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in schizophrenia: A structural equation modelling approach. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 176–185. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000950>

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96–112. <https://doi.org/10.2307/2095395>

Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L. & Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 192, 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.023>

Marcellusi, A., Fabiano, G., Viti, R., Francesa Morel, P. C., Nicolò, G., Siracusano, A. & Mennini, F. S. (2018). Economic burden of schizophrenia in Italy: a probabilistic cost of illness analysis. *BMJ Open*, 8(2), 18359–18359. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018359>

Martell, C., Addis, M., & Dimidjian, S. (2004). Finding the action in behavioral activation: the search for empirically supported interventions and mechanisms of change. Teoksessa S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 152–167). The Guilford Press.

McLoughlin, S. & Roche, B. T. (2022). ACT: A process-based therapy in search of a process. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2022.07.010>

Montes, J. M. G., Álvarez, M. P. & Garcelán, S. P. (2013). Acceptance and commitment therapy for delusions. Teoksessa Morris, E. M. J., Johns, L. C. & Oliver, J. E. (toim.), *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (s. 112–128). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch8>

Montes, M., Soriano, C., López, M. & Basurto, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1).

Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J. & Molero, F. (2019). The impact of internalized stigma on the well-being of people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 271, 621–627. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.060>

Morris, E. M. J., Johns, L. C. & Oliver, J. E. (2013). *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (E. M. J. Morris, L. C. Johns, & J. E. Oliver, toim.). John Wiley & Sons, Inc.

Morrison, A. (2002). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 257 – 276. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003010>

O'Donoghue, E. K. (2018). *ACT for psychosis recovery : a practical manual for group-based interventions using acceptance and commitment therapy* (E. K. O'Donoghue, toim.). New Harbinger Publications.

Oiva harjoitukset (2024). Haettu 1.4.2024 osoitteesta <https://oivamieli.fi/dashboard.php>

Oliver, J. E., Joseph, C., Byrne, M., Johns, L. C. & Morris, E. M. J. (2013). Introduction to mindfulness and acceptance-based therapies for psychosis. Teoksessa Morris, E. M. J., Johns, L. C. & Oliver, J. E. (toim.), *Acceptance*

and commitment therapy and mindfulness for psychosis (s. 1–11). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch1>

Oliver, J. E. & Morris, E. M. J. (2013). Acceptance and commitment therapy for first-episode psychosis. Teoksessa Morris, E. M. J., Johns, L. C. & Oliver, J. E. (toim.), *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis* (s. 190–205). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch13>

Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., Chong, S. A. & Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>

Ruiz, F. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12 (2), 333-357. <https://www.ijpsy.com/volumen12/num3/334/acceptance-and-commitment-therapy-versus-EN.pdf>

Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., Lerner, C., Thomas, N., Castle, D., Mullen, P. & Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 110–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.11.007>

Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S. C., Gallop, R., Copolov, D. & Castle, D. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 140–148. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182865>

Skitsofrenian käypä hoito -suositus (2022). Haettu 13.6.2022 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Supported employment for schizophrenia (2016). Society of Clinical Psychology. (n.d.). Haettu 8.8.2022 osoitteesta <https://div12.org/treatment/supported-employment-for-schizophrenia/>

Suvisaari, J., Hietala, J., Jääskeläinen, E., Kiesepä, T., Koponen, H. & Lönnqvist, J. (2021). Skitsofrenia. Teoksessa *Psykiatria* (s. 199–256). Duodecim.

Taylor, R. & Bremner, G. (2018). Adapting act workshops for acute inpatient settings. Teoksessa O'Donoghue, E. K. (toim.), *ACT for psychosis recovery : a practical manual for group-based interventions using acceptance and commitment therapy* (s. 51–66). New Harbinger Publications.

Thomas, N., Morris, E. M. J., Shawyer, F. & Farhall, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for voices. Teoksessa Morris, E. M. J., Johns, L. C. & Oliver, J. E. (toim.), *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (s. 95–111). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch7>

Tuomisto, M. T. (2020). The "Decimal System", a principle- and function-based classification for behaviour assets and problems, and related ecological and biological factors (2. painos). *Käyttätymistieteen julkaisuja*, 5(2).

Tyrberg, M. J., Carlbring, P. & Lundgren, T. (2017). Brief acceptance and commitment therapy for psychotic inpatients: a randomized controlled feasibility trial in Sweden. *Nordic Psychology*, 69(2), 110–125. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1198271>

Villatte, M., Monestès, J.-L., McHugh, L., Freixa i Baqué, E. & Loas, G. (2009). Adopting the perspective of another in belief attribution: contribution of relational frame theory to the understanding of impairments in schizophrenia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(2), 125–134. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.11.004>

Wastler, H., Lucksted, A., Phalen, P. & Drapalski, A. (2020). Internalized stigma, sense of belonging, and suicidal ideation among veterans with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 91–96. <https://doi.org/10.1037/prj0000386>

White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S. & Mitchell, G. (2011). A feasibility study of acceptance and commitment therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.003>

Wu, E. Q., Birnbaum, H. G., Shi, L., Ball, D. E., Kessler, R. C., Moulis, M. & Aggarwal, J. (2005). The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(9), 1122–1129. <https://doi.org/10.4088/JCP.v66n0906>

Yildirim, T. & Kavak Budak, F. (2020). The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 168–174. <https://doi.org/10.1111/ppc.12399>

Zhang, Z., Sun, K., Jatchavala, C., Koh, J., Chia, Y., Bose, J., Li, Z., Tan, W., Wang, S., Chu, W., Wang, J., Tran, B. & Ho, R. (2019). Overview of stigma against psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six asian societies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 280. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010280>

Öst, L.-G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

LIITE 1 Välttelyn hinta -tehtävälomake

Välttelyn hinta -tehtävälomake

Täydennä seuraavat lauseet:

Ajatukset, joista haluaisin eniten päästä eroon:

Tunteet, joista haluaisin eniten päästä eroon:

Kehontuntemukset, joista haluaisin eniten päästä eroon:

Muistot, joista haluaisin eniten päästä eroon:

Kirjoita seuraavaksi kaikista niistä keinoista, joita olet käyttänyt yrittäessäsi vältellä tai päästä eroon yllä mainituista ajatuksista tai tunteista. Koeta muistaa kaikki tietoisesti tai tiedostamatta valitsemasi keinot, joita olet joskus kokeillut. Alla olevat kysymykset voivat auttaa.

Huomion kiinnittäminen toisaalle (distraktio)

Listaa tähän, millä eri tavoin olet yrittänyt saada mielesi pois vaikeista ajatuksista, tunteista, tuntemuksista tai muistoista.

Pois jättäytyminen

Listaa tähän, millaisia menoja, kiinnostuksen kohteita, tapahtumia, ihmisiä, paikkoja tai tilaisuuksia olet vältellyt tai jättänyt taaksesi, koska et kokenut itseäsi hyväksi tai halusit vältellä vaikeita tunteita.

Ajatteluun pohjautuvat keinot

Tunnista tietoisesti tai tiedostamatta käyttämäsi ajattelumallit, joilla olet pyrkinyt lieventämään tai välttämään vaikeita ajatuksia tai tunteita. Valitse sopivat vaihtoehdot alla olevista vaihtoehdoista.

Murehtiminen

Menneiden vatvominen

Haaveilu

Mielikuvat pakenemisesta (esim. työstä tai parisuhteesta lähteminen)

Mielikuvat kostosta

Mielikuvat itsemurhasta

Ajattelu: ”Tämä ei ole reilua...”

Ajattelu: ”Jos vain..., niin...”

Itsemurhan ajattelu

Itsen syyttely

Toisten syyttely

Maailman syyttely

Looginen sisäinen puhe

Positiivinen sisäinen puhe

Negatiivinen sisäinen puhe

Itsen analysointi (yritys ymmärtää miksi olet tällainen)

Tilanteen analysointi (yritys ymmärtää miksi näin tapahtui)

Toisten analysointi (yritys ymmärtää miksi toiset ovat sellaisia kuin ovat)

J o t a i n

m u u t a ?

Ruoka ja päihteet

Listaa kaikki aineet, joita olet käyttänyt helpottaaksesi psyykkistä oloasi. Tähän osioon kuuluvat ruoka, juomat, tupakka, reseptilääkkeet ja huumeet.

Jotain muuta vielä?

Jos mieleesi tulee vielä jotain keinoja, joita olet käyttänyt edes joskus saadaksesi helpotusta vaikeisiin ajatuksiisi ja tunteisiisi, lisää ne tähän.

Käy vielä tehtävä läpi ja kysy itseltäsi:

1) Auttoivatko tunnistamasi välttelykeinot pääsemään eroon vaikeista tunteista ja ajatuksista *pitkällä aikavälillä*?

1) Veivätkö ne sinua kohti merkityksellistä, rikasta ja mielekästä elämää?

1) Jos vastasit ei kohtaan 2, niin vastaa tähänkin: Mitä välttely on maksanut sinulle ajan, energian, rahan ja terveyden, ihmissuhteiden ja elinvoimaisuuden kannalta?

Suomennos Mari Lindfors 2020, alkup. Russ Harris: The costs of avoidance, www.thehappinesstrap.com

LIITE 2 Elämänkompassi

Tä =
Ty =
Ero=

parisuhde

Tä =
Ty =
Ero=

työ

Tä =
Ty =
Ero=

perhesuhteet

Tä =
Ty =
Ero=

harrastukset, huvittelu ja vapaa-aika

ELÄMÄN KOMPASSI

ympäristö ja luonto

Tä =
Ty =
Ero=

oppiminen ja itsensä kehittäminen

Tä =
Ty =
Ero=

yhteisöllisyys

Tä =
Ty =
Ero=

hengellisyys / henkisyys

Tä =
Ty =
Ero=

terveys ja keho

Tä =
Ty =
Ero=

ystäväsuhde

Tä =
Ty =
Ero=

Tä = tärkeys 0-10, Ty = kuinka tyytyväinen viime viikon aikana omaan aktiivisuuteen niiden toteutumisessa 0 - 10 ja Ero = Näiden erotus

Kuvaa laatikoihin avainsanoilla, mitä arvostat ja pidät itse tärkeänä. Lue ensi JM-kirjasta luvut 12 ja 13

© Arto Pietikäinen 2012 www.joustavamieli.com muokattu Dahl ym. 2009

LIITE 3 Elämänarvojen kysely (VLQ)

Alla on listattu elämän eri osa-alueita, joita ihmiset arvostavat eri tavalla. Olemme kiinnostuneita elämänlaadustasi näillä osa-alueilla. Yksi näkemys elämänlaatuun saadaan siitä, kuinka tärkeänä henkilö näkee eri elämän osa-alueet. Arvioi jokaisen osa-alueen tärkeys ympäröimällä numero asteikolla 1-10. Yksi tarkoittaa sitä, että osa-alue ei ole ollenkaan tärkeä ja kymmenen, että osa-alue on erittäin tärkeä. Kaikki eivät arvosta näitä osa-alueita tai pidä

niitä yhtä tärkeinä. Arvioi sen takia osa-alueiden tärkeys oman henkilökohtaisesti näkemyksesi mukaan.

Osa-alue	Erittäin tärkeä										Ei ollenkaan tärkeä									
1. Perhe (muu kuin parisuhde tai vanhemmuus)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Parisuhde/suhde lähimmäisiin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Vanhemmuus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Ystävät/sosiaaliset suhteet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Työ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Koulutus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Vapaa-aika	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Henkiset arvot	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Kansalaisuus/yhteisöllisyys	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Fyysinen itsestä huolehtiminen (ruokavalio, liikunta, uni)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tässä osassa toivoisimme sinun arvioivan kunkin elämän osa-alueen osalta sitä, missä määrin toimintasi on linjassa sinun arvojesi kanssa. Kyseessä ei siis ole arvio siitä, mikä on ideaalitilanne kullakin elämän osa-alueella, tai mitä arvioit muiden ajattelevan toiminnastasi. Kaikki toimivat jollakin elämän osa-alueella enemmän arvojensa mukaisesti kuin jollakin toisella, tämä myös vaihtelee elämän eri aikoina. Toivomme, että arvioisit seuraavaksi tilannettasi viimeksi kuluneen viikon osalta. Arvioi jokainen osa-alue ympäröimällä numero asteikolla 1-10, jossa yksi tarkoittaa sitä, että toimintasi osa-alueella ei ole ollut lainkaan arvojesi mukaista ja kymmenen sitä, että toimintasi on ollut täysin arvojesi mukaista.

Osa-alue							Ei ollenkaan				
tärkeä	Erittäin tärkeä										
1. Perhe (muu kuin parisuhde tai vanhemmuus)											
	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	
2. Parisuhde/suhde lähimmäisiin											
		7	8	9	10	1	2	3	4	5	6
3. Vanhemmuus											
	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	
4. Ystävät/sosiaaliset suhteet											
		7	8	9	10	1	2	3	4	5	6
5. Työ											
	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	
6. Koulutus											
	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	
7. Vapaa-aika											
	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	

8. Henkiset arvot

				1	2	3	4	5	6
7	8	9	10						

9. Kansalaisuus/yhteisöllisyys

				1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10					

10. Fyysinen itsestä huolehtiminen (ruokavalio, liikunta, uni)

				1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10					

LIITE 4 Tikkataulu

1. Kirjoita lyhyesti ylös, mihin sinä tähtäät juuri nyt; mikä/mitkä asiat ovat sinulle tällä hetkellä tai tässä elämäntilanteessa erityisen tärkeitä.

2. Pohdi seuraavaksi, millaiset teot ovat merkkejä siitä, että tähtäät; mistä voit tarkistaa, ettet ole unohtanut pitää katsettasi maalitaulussa.

3. Tee vielä lopuksi suunnitelma siitä, minkä tekojen tekemisen aloitat ensimmäisenä ja miten konkreettisesti toteutat nuo teot (milloin, missä, miten).

Äänidialogi ääniä kuulevan psykoterapiassa

Laura Nevala, Laura Sinisalo ja Seppo Anttonen

Aänidialogi on vielä melko vähän tunnettu transdiagnostinen ja integratiivinen psykoterapiamenetelmä, jonka kehittivät 1990-luvulla Hal ja Sidra Stone. Menetelmän pohjalla on ajatus siitä, että ihmiselle syntyy kehityksen mukana useita eri minuuksia. Äänidialogi onkin tätä kautta rinnastettavissa esimerkiksi skeematerapian skeemamoodimalliin. Osana ääniä kuulevien psykoterapiaa siitä on kiinnostuttu viimeisen kymmenen vuoden aikana Hollannissa ja Iso-Britanniassa (Talking with Voices -tutkimus; mm. Longden ym., 2021). Tässä artikkelissa kerromme äänidialogista äänien kanssa työskentelyn apuvälineenä. Kuvaamme menetelmän käyttöä ja esittelemme kaksi tapausta, joiden psykoterapian osana äänidialogia on käytetty nimenomaan äänien kuulemisen tuottaman kärsimyksen helpottamiseksi. Molemmat äänien kuulijat hyötyivät menetelmästä merkittävästi. He onnistuivat luomaan ääniinsä tasapainoisempaa suhdetta ja ymmärtämään niiden alun perin kenties suojelevaakin funktiota paremmin. Äänidialogi vaikuttaa lupaavalta menetelmältä, joka voidaan integroida osaksi äänien kuulemisen kognitiivista psykoterapiaa.

Äänien kuuleminen ilmiönä

Maijerin ym. (2018) meta-analyysin perusteella keskimäärin noin 10 % väestöstä kuulee jossain elämänsä vaiheessa sellaisia ääniä, joita muut eivät voi kuulla. Skitsofreniadiagnoosin saaneiden osalta äänten kuulemisen esiintyvyys on tutkimusten mukaan noin 60–80 % (Andreasen & Faum, 1991). Sommer ja Hughdal (2019) tosin epäilevät omien tutkimustensa perusteella, että tämä prosenttiosuus saattaa olla vieläkin suurempi. Merkittävällä osalla, jopa noin puolella skitsofreniaa sairastavista äänien kuuleminen on jatkuvaa (González ym., 2006).

Nykyään on laajalti tiedossa, että äänien kuuleminen ei liity vain skitsofreniaan tai psykoosiin, vaan sitä voi esiintyä oikeastaan missä vain mielenterveyden häiriöissä kuten tunne-elämältään epävakaassa persoonallisuudessa, dissosiaatiohäiriössä, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ja traumaperäisessä stressihäiriössä (Choong ym., 2007; Waters ym., 2018) sekä ns. terveessä, ei-kliinisessä populaatiossa

(Luhmann, ym., 2019; Waters, ym., 2018). On tutkimusnäyttöä tilanteista, joissa kuka tahansa voi kuulla ääniä. Esimerkkejä tästä ovat äänien kuuleminen aistideprivaation ja valvomisen seurauksena sekä leskillä puolisoon liittyvät aistiharhat puolison kuoltua (Kingdon & Turkington, 1994). Täten äänien kuulemisen katsotaankin nykyään pikemmin olevan jatkumolla normaalista patologiseen kuin yksiselitteisesti psyykkisen sairauden oire.

Äänien kuuleminen ei automaattisesti tarkoita heikompaa elämänlaatua, sillä äänien vaikutus ihmisen elämään on yksilöllistä ja riippuu muun muassa siitä, millaisia merkityksiä kuulija äänille antaa, millaisia selviytymiskeinoja hänellä on ja kuinka paljon stressiä, pelkoa tai ahdistuneisuutta äänet hänelle tuottavat. Esimerkiksi Jones ym. (2003) havaitsivat, että psykiatrisia palveluja käyttävät äänien kuulijat kokevat äänet todennäköisemmin pelottaviksi ja negatiivisiksi. Lawrence ym. (2010) tutkivat psykiatristen palveluiden ulkopuolella olevia äänien kuulijoita ja huomasivat, että he kokevat vähemmän ahdistuneisuutta ja masennusta kuin palveluiden piirissä olevat.

Äänien vaikutus ihmisen elämään on myös kulttuurisidonnaista. Luhmann ym. (2015) haastattelivat tutkimuksessaan äänien kuulijoita Kaliforniassa, Intiassa ja Ghanassa. Kaliforniassa kuulijat kuvasivat ääniään tunkeutuviksi, ja kyvyttömyys kontrolloida niitä järkytti heitä. Intiassa ja Ghanassa kuulijat eivät olleet niin pahoillaan siitä, etteivät pystyneet kontrolloimaan ääniään. Äänet vaikuttivat heille järkeenkäyviltä, ja he pitivät äänistään todennäköisemmin kuin Kalifornialaiset omistaan. Länsimaalainen tapa suhtautua ääniin vaikutti siis ankarammalta, mikä kirjoittajien pohtimana voisi liittyä siihen, että Ghanassa ja Intiassa kuulijat näkivät äänensä suhteina (kuten ihmissuhteet) eivätkä merkinä vahingoittuneesta mielestä.

Äänien kuulemisen tuottaman kärsimyksen helpottamiseksi on kognitiivisen terapian piirissä kehitetty interventiomenetelmiä yli kolmenkymmenen vuoden ajan. Äänien kuulemisen kognitiivisen psykoterapian perusmenetelmistä löytyy tietoa esimerkiksi kirjasta *Kognitiivinen psykoterapia* (ks. Anttonen & Määttä, 2020). Tässä artikkelissa esitellään uudempaa lähestymistapaa, äänidialogia, jonka kehittämisen juuret ovat ääniä kuulevien liikkeessä (Hearing Voices Movement). Äänidialogin ydin on siinä, ettei ääniä pyritä muuttamaan, vaan ne aidosti hyväksytään kokemuksina. Psykoosin kognitiivisessa terapiassa on alusta pitäen ollut samanlainen lähtökohta: terapia ei kohdistu äänien muuttamiseen, vaan ääniin liittyvien tulkintojen ja uskomusten

muuttamiseen potilaan hyvinvoinnille edullisemmiksi (Chadwick & Birchwood, 1994). Äänidialogimenetelmää esitellään kahden tapauskuvauksen avulla.

Äänidialogi – mikä se on ja miten se voi auttaa äänten kuulijaa?

Äänidialogi välineenä äänien kuulemisen helpottamisessa on lähtöisin äänten kuulijoiden omista yhteisöistä (Suomessa Moniääniset ry), eikä sitä ole tieteellisesti juurikaan tutkittu. Ääniä kuulevien yhteisöissä toipumisen taustalla on nähty äänien tarkoituksen selvittäminen, mahdollisen traumatisoitumisen vaikutuksen ymmärtäminen ja uusien selviytymiskeinojen löytäminen. Lisäksi yhteisöissä on korostettu, että on tärkeää työstää sitä ongelmallista suhdetta, joka kuulijalla saattaa ääniin olla. (Corstens ym., 2008).

Äänidialogin teoreettinen tausta löytyy Hal ja Sidra Stonen (1989; 1994; 2007) Voice Dialogue -menetelmästä, jonka pohjalla on ajatus siitä, että ihmiselle syntyy kehityksen mukana useita eri minuuksia. Stonen ja Stonen (1989, 1994) mukaan yksilö identifioituu niin varhain kuin mahdollista siihen minuuteen, joka suojelee häntä ja hänen haavoittuvaa ydintään parhaiten. Siitä tulee yksilön ”operoiva ego”, johon kehittyy myös muita tarpeellisia, suojelevia persoonallisuuden piirteitä. Muiden haavoittuvampien minuuksien katsotaan jäävän taustalle ja torjutuiksi, koska ne eivät sovi operoivan egon toimintatapaan. Äänidialogissa näihin torjuttuihin minuuksiin on mahdollista saada yhteys, työstää ja ymmärtää niitä paremmin (Stone ja Stone, 1994). Stone ja Stone (2007) korostavat, että äänidialogin tarkoitus ei ole löytää mitään patologista, vaan katsoa minuuden eri puolia arvostavasti ja kunnioittavasti tarkoituksena ymmärtää niitä tärkeänä osana suurempaa kokonaisuutta. Hal Stonen tausta on jungilaisuudessa, mikä näkyy menetelmässä ja sen näkemyksessä persoonallisuuden rakentumisesta. Äänidialogi on menetelmällisesti rinnastettavissa myös skeematerapian skeemamoodimalliin (Arntz & Jacob, 2013), kognitiivis-analyttisen psykoterapian taustateoriaan (Ryle & Fawkes, 2007) ja tunnekeskeiseen terapiaan (Elliot & Greenberg, 2007). Näissä kaikissa minuus nähdään jollain tapaa useista sisäisistä äänistä tai osista koostuvana.

Stonen ja Stonen kehittämästä äänidialogimenetelmästä löytyy varsin vähän tutkimustietoa tietokannoista. Menetelmää kuvaavia tekstejä sekä mainintoja sen käytöstä terapioiden yhteydessä löytyy, mutta ilmeisesti tutkimuskentällä siitä ei ole kiinnostuttu. Berchik ym. (2016) haastattelivat

kahdeksaa menetelmän käyttäjää. Haastateltavat kuvasivat, kuinka menetelmällä voidaan tavoittaa toisistaan selkeästi erottuvia persoonallisuuden osia ja kuinka äänidialogi mahdollistaa tilan tietoiselle, neutraalille egolle.

Äänidialogia äänien kuulemisessa on kehitetty Stonen ja Stonen edellä kuvatun teorian ja metodin pohjalta Hollannissa. Psykiatri Marius Romme ja tutkija Sandra Escher ovat kehittäneet lähestymistapaa, joka korostaa äänien hyväksymistä ja ymmärtämistä sen sijaan, että ne ovat jotakin, mistä tulee päästä eroon (Corstens ym., 2008; Corstens ym., 2012). Heidän kehittämänsä hoitomallia on kutsuttu Maastricht-lähestymistavaksi, ja se sisältää esimerkiksi strukturoidun äänihaastattelun, pyrkimyksen ymmärtää ääniä kuulijan traumahistorian kautta ja hankalien tunteiden ilmaisemisen harjoittelun. Näiden lisäksi keskeisenä menetelmänä on Äänidialogi (Talking With Voices), jossa fasilitaattori (esim. terapeutti) keskustelee suoraan äänen kanssa (jonka rooliin kuulija eläytyy) saadakseen ymmärrystä äänen tarkoituksesta ja sen alun perin positiivisesta, traumalta suojelevasta funktiosta.

Maastricht-lähestymistapa ja sen näkemys äänien kuulemisesta ja kuulijan kärsimyksen helpottamisesta on johtanut ennen kaikkea äänien kuulijoiden vertaistukitoiminnan kehittymiseen. Viime vuosina lähestymistavan ja äänidialogin tiimoilta on kuitenkin alkanut ilmestyä tutkimusartikkeleita. Steel ym. (2019a) tutkivat Maastricht-lähestymistapaa – jossa äänidialogin osuus painottui – 15 ääniä kuulevalla. Osallistujat kävivät interventiossa 9 kuukauden ajan, tapaamisia oli maksimissaan 20. Tutkimuksen efektikoot äänien aiheuttaman ahdingon lieventymisessä olivat 0.38 intervention loputtua ja 0.56 kolmen kuukauden seurannan jälkeen. Kirjoittajien mukaan kognitiivisen psykoterapian vaikutus ääniin on tutkimuksissa ollut vastaavansuuruinen. Tuloksissa oli merkittävää vaihtelua potilaiden välillä. Osalla ahdinko väheni selvästi, joillakin säilyi samana ja toisaalta joillakin lisääntyi. Kirjoittajat pohtivat, että esimerkiksi dissosiointi äänidialogin aikana voi vaikuttaa yksilön hyötymiseen menetelmästä ja että yksilöllisistä eroista hyödyissä tulisi saada lisäymmärrystä. Toisessa tutkimuksessaan Steel ym. (2019b) tutkivat Maastricht-lähestymistavan mukaiseen interventioon osallistuneiden potilaiden kokemuksia hoidosta. Kokonaisuudessaan interventioon oltiin tyytyväisiä, ja moni potilas koki ääniin liittyvän kärsimyksen vähentyneen sekä oman kontrollin ja ymmärryksen äänien roolista elämässään lisääntyneen. On kuitenkin otettava huomioon, että neljä interventioon osallistunutta oli loppuun saakka varautuneita lähestymistavan suhteen.

Iso-Britanniassa 50 äänien kuulijaa osallistui Äänidialogimenetelmään pohjautuvaan Talking With Voices (TwV) -pilottiin, josta on alkanut ilmestyä tutkimusartikkeleita tuoreeltaan. Vuoden 2021 artikkeleissaan (Longden ym., 2021) tutkimusryhmä esitteli menetelmää ja tutkimusasetelmaa. TwV-intervention ensimmäinen vaihe on kognitiivisesta psykoterapiasta tuttu sitouttaminen hoitoon ja normalisoiva psykoedukaatio äänistä. Terapeutti luo myös ääniin ymmärtävän ja tutkivan suhteen. Intervention toisessa vaiheessa tehdään niin ikään kognitiivisille psykoterapeuteille tuttua arviota ja käsitteellistämistä. Kolmas vaihe koostuu dialogisesta työskentelystä äänien kanssa. Tässä päätavoitteena on luoda positiivisempia kommunikaatiotyylejä, joiden myötä voisi mahdollistua muutos kuulijan ja äänien suhteessa. Äänidialogien tavoitteena on äänien kuulijan voimaantuminen sekä ymmärryksen lisääntyminen äänistä ja niiden tehtävistä, jotka voivat olla esim. suojelevia. Tapaamisten välissä kuulijaa kannustetaan esimerkiksi asettamaan rajoja äänille siten, että niitä ”tavataan” tietynä aikana päivästä ja muina aikoina äänet eivät voi olettaa kuulijan olevan tavoitettavissa.

Vuoden 2022 TwV-pilotin artikkeleissa (Middleton ym., 2022; Longden ym., 2022) on kuvattu pilottiin osallistuneiden ääniä kuulevien ja terapeuttien kokemuksia menetelmästä. Suurin osa osallistujista koki, että suhde ääniin muuttui hyväksyvämmäksi ja sopuisammaksi. Lisäksi äänidialogi auttoi osallistujia ymmärtämään ääniään ja niiden merkitystä paremmin. Moni koki myös toipuneensa aiemmista traumaattisista kokemuksista. Kirjoittajat erottavat nämä hyödyt esim. Avatar-terapian hyödyistä, joissa päätulos on ollut lisääntynyt valta suhteessa ääniin. Avatar-terapiassa ja vastaavissa pyritään auttamaan ääniä kuulevaa kehittämään itsevarmaa kommunikaatiota uhkaavan äänen kanssa. Äänidialogilähestymistavassa (TwV) sen sijaan pyritään auttamaan ääniä kuulevaa kehittämään rauhallisempi suhde uhkaavien äänien kanssa (Middleton ym., 2022).

Terapeuttien kokemuksia tutkittiin viiden psykoosin kognitiiviseen psykoterapiaan orientoituneen kliinisen psykologin otoksella. He kuvailivat äänidialogia kiinnostavana ja teoreettisesti järkeenkäypänä, koska se ottaa huomioon trauman vaikutuksen äänien kuulemiseen (Longden ym., 2022). Hardyn ym. (2005) tutkimuksessa psykoosista kärsivillä potilailla, joilla oli hallusinaatioita, noin puolella oli traumaattisia kokemuksia elämänsähistoriansa. Terapeutit korostivat terapiasuhteen ja äänien kuulijan turvan kokemisen keskeisyyttä menetelmän onnistuneessa käytössä (Longden ym., 2022).

Äänidialogin prosessi ääniä kuulevien kanssa

Äänidialogin taustalla on näkemys, jossa ei suhtauduta ääniin sairauden oireina eikä suuntauduta sen etsimiseen, mikä on ”vialla” ihmisessä (Corstens ym., 2012). Lähestymistapa sen sijaan korostaa äänien hyväksymistä. Tärkeä periaate on, että ääniä ei yritetä muuttaa eikä poistaa henkilön elämästä. Sen sijaan pyritään tutkimaan suhdetta ääniin, auttamaan ääniä kuulevaa saamaan takaisin kokemustensa hallinta ja omistaminen ja ymmärtämään äänien motiiveja niiden toimiessa kielteisellä tavalla.

Ääniä kuulevien kanssa tehtävään äänidialogiin sopii alkuperäisen äänidialogin kehittäjien periaate siitä, että fasilitoija ei neuvottele äänien (alun perin minuuksien) kanssa eikä pyri saamaan ääniä sopimaan mistään (Stone & Stone, 1994). Jokainen ääni on erilainen ja näitä eroavaisuuksia kunnioitetaan.

Istunnon aloittaminen

Ennen työskentelyn aloittamista on hyvä, että ääniä kuulevan kanssa on riittävästi selvitetty hänen elämänsä historiaa, missä äänien kuuleminen on osana. Tunnetaan esimerkiksi millaisia äänet ovat ja minkälaisissa tilanteissa ne ilmaantuvat tai mikä niiden kuulemista laukaisee. Aloitettaessa fasilitoija (esim. terapeutti) kysyy, mitä mieltä henkilö ja äänet olisivat hänen kanssaan puhumisesta. Hän selvittää, miksi ajatus tuntuu hyvältä tai huonolta. Mikäli henkilö tai äänet eivät pidä ajatusta hyvänä, fasilitoija pyrkii neuvottelemaan työskentelyn aloittamisesta. Ennen aloittamista tulee kaikkien osapuolten (fasilitoija, henkilö, äänet) tuntee olonsa turvalliseksi.

Äänien kanssa puhuminen

Fasilitoija pyytää henkilöä keskittymään valittuun ääneen ja saatuaan yhteyden siihen, valitsemaan huoneessa sopivan sijainnin (eri paikka, kuin missä hän on aluksi). Henkilö sijoittaa tuolin haluamaansa kohtaan huonetta ja istuu sille (Corstens ym., 2012). Fasilitoija toivottaa äänen tervetulleeksi ja pyrkii omaksumaan sopivan asenteen vuorovaikutukseen. Esimerkiksi passiivista ääntä voidaan kohdata lempeällä tavalla ja dominoivaa ääntä taas kunnioituksella ja varmuudella. Kyselyn aikana ääniä kuuleva toistaa äänen kommentit sanasta sanaan. Jos ääniä kuuleva haluaa jäädä hallitsevaan asemaan, fasilitoija voi puhua äänille epäsuoraan siten, että henkilö on välittäjänä ja muodostaa äänien antamat vastaukset. Tätä tapaa voidaan

käyttää tutustumisena työskentelyyn tai tarvittaessa koko työskentelyn menetelmänä, jos se sopii paremmin ääniä kuulevan tilanteeseen. Kuitenkin, jos mahdollista, ensisijaisesti pyritään siihen, että äänen lausumat toistuvat sellaisenaan, koska se mahdollistaa, että ääni ilmaisee itsensä suoremmin. Kun puhutaan äänen kanssa, viitataan ääniä kuulevaan henkilöön kolmannessa persoonassa. Se auttaa kontaktin pysymistä äänen kanssa. Koko prosessin ajan fasilitoija on tekemisissä äänen kanssa kunnioittavalla tavalla ja huomaa kiittää ääntä sen tuottamista selvityksistä. Taulukossa 1 on kuvattu esimerkkejä kysymyksistä, joita äänille voi esittää (Corstens ym., 2012).

Taulukko 1. Mahdollisia kysymyksiä

1. Kuka sinä olet? Onko sinulla nimeä?
2. Kuinka vanha olet?
3. Miltä näytät?
4. Miltä sinusta tuntuu tässä tilanteessa?
5. Tunteeko (*äänen kuulijan nimi*) sinut?
6. Milloin tulit (*äänen kuulijan nimi*) elämään?
7. Tarvitsiko sinun tehdä jotain huolehtiaksesi (*äänen kuulijan nimi*)?
8. Mitä haluat saada aikaan (*äänen kuulijan nimi*) elämässä?
9. Mikä on tehtäväsi tai roolisi (*äänen kuulijan nimi*) elämässä? Oletko auttamassa vai aiheuttamassa ongelmia?
10. Mitä (*äänen kuulijan nimi*) tapahtuisi, jos et olisi hänen elämässään?
11. Mitä (*äänen kuulijan nimi*) on mieltä sinusta, ajattelee sinusta?
12. Millaista on olla (*äänen kuulijan nimi*) elämässä?
13. Haluaisitko muuttaa jotakin suhteessasi (*äänen kuulijan nimi*)?
14. Tietävätkö toiset äänet sinusta? Mitä he ajattelevat sinusta? Tekevätkö he yhteistyötä kanssasi?
15. Onko jotain, mitä haluaisit ehdottaa tai missä neuvoa (*äänen kuulijan nimi*)?

Istunnon päättäminen

Äänidialogin alkuperäiset kehittäjät suosittelevat varaamaan istuntoon aikaa ainakin puolitoista tuntia (Stone & Stone, 1994), mikä artikkelin kirjoittajien kokemuksen perusteella on hyvä lähtökohta yksilölliset tilanteet huomioiden. Kun fasilitoija, ääniä kuuleva tai ääni haluaa lopettaa, fasilitoija kysyy, onko ääni tyytyväinen siihen, että lopetetaan nyt ja mahdollisesti käydään uusi keskustelu toisella kerralla (Corstens ym., 2012). Fasilitoija hyvästelee äänen ja mahdollisesti kommentoi sitä myönteisesti ja

palaa sitten ääniä kuulevan kanssa keskusteluun. Samalla henkilö palaa tuoliin, missä on alussa istunut. Tässä vaiheessa ääniä kuulevat ovat monesti yllättyneitä, varsinkin jos esille tuli jotakin aiemmin tiedostamatonta. Ääniä kuuleva saattaa ilmaista uutta objektiivisuuden tunnetta ääntä kohtaan. Fasilitoija keskustelee siitä, millaista oli puhua äänelle, ja ääniä kuuleva tuo esiin oman näkökulmansa siihen, mitä ääni sanoi (Corstens ym., 2012).

Lopuksi aloitetaan tiedostamisvaihe (awareness phase). Fasilitoija pyytää ääniä kuulevaa seisomaan viereensä ja samalla, kun he yhdessä näkevät äskeisen ”näyttämön” fasilitoija objektiivisesti kertoo sen, mitä hän näki ja kuuli. Tämä auttaa ihmisiä usein tulemaan tietoisemmiksi siitä, mitä tapahtui äänen haastattelun aikana. Fasilitoija vielä rohkaisee henkilöä jatkamaan kontaktin ottamista äänien kanssa kotona. Hän voi myös rohkaista harkitsemaan mahdollisuuksia suhteen muuttamiseksi, kuten neuvottelemaan, asettamaan rajoja, käyttämään ääniä vihjeinä sisäisestä tunne-elämän konfliktista ja vastaamaan äänille rakentavalla ja kärsivällisellä tavalla sen sijaan, että vastaisi vihamielisesti tai välttelisi (Corstens ym., 2012).

Kun tällainen prosessi on aloitettu, huomataan usein, että ääniä kuuleva ja äänet alkavat kehittää asioita itsekseen. Ihannetilanteessa ääniä kuulevalla tulisi olla mahdollisuus puhua äänien kanssa suoraan käyttäen tuoleja. Tämä mahdollistaa heille harjoitella puhumista äänien kanssa turvallisessa ympäristössä ja vahvistaa luottamusta siihen, että he pystyvät tekemään sen itsenäisesti. Fasilitoija tai ääniä kuuleva voi myös tehdä kirjallisen yhteenvedon istunnosta. Aikaa jatkoon suunnitteluun käytetään yhdessä, missä yhteydessä ääniä kuuleva voi tuoda esiin, mitä hän haluaa saavuttaa (Corstens ym., 2012).

Tapauskuvaukset

Seuraavassa esitellään kaksi tapausesimerkkiä, joissa äänidialogia on käytetty osana ääniä kuulevan potilaan psykoterapiaa. Ensimmäinen tapaus ”Anna” kuvaa äänidialogin kulkua yhdessä tapaamisessa. Toisessa tapauksessa ”Maria” keskitytään kuvaamaan äänidialogin vaikutuksia siihen, miten Marian suhde kuulemiinsa ääniin muuttui.

Tapaus ”Anna”

Tässä kuvataan äänidialogi-menetelmän soveltamista lyhyessä koulutuspsykoterapiassa (30 käyntiä), joka toteutui Helsingin kaupungin psykoosipalveluissa, psykiatrian poliklinikalla. Työskentely pohjautui

skeematerapiaan ja psykoosin kognitiiviseen psykoterapiaan. Skeematerapiassa tutkitaan uskomuksia eli skeemoja, jotka käytännössä ilmenevät erilaisina persoonallisuuden tiloina eli moodeina, jotka ovat kehityksellisesti rakentuneet (Arntz & Jacob, 2013). Nämä tilat jäsennetään moodikartaksi, joka kuvaa moodien välisiä suhteita ja sitä, miten ihminen siirtyy tilasta toiseen. Terapiatyöskentelyssä yhdistetään kognitiivisen psykoterapian ja tunneyöskentelyn menetelmiä, joilla pyritään vahvistamaan asiakkaan toimivia moodeja ja vähentämään haitallisten moodien vaikutusta. Tapauksessa kuvattu Anna (nimi muutettu) on antanut suostumuksensa terapiaistuntojen tallentamiseen ja käyttämiseen osana tätä artikkelia. Hän on lukenut ja hyväksynyt käsikirjoituksen ennen sen julkaisua. Äänidialogi tehtiin kahdeksannella terapiaistunnolla ja Annan kanssa oli sitä edeltävästi katsottu video (Compassion for voices: A tale of courage and hope; <https://www.youtube.com/watch?v=VRqI4lxuXAw>), jossa äänien kuulemista käsiteltiin psykoedukatiivisesti myötätuntokeskeisen terapian viitekehystä.

Anna on noin 30-vuotias ääniä kuuleva nainen, joka oli sairastanut noin vuosi ennen terapian aloittamista sairaalahoitoa vaatineen psykoosin. Taustalla hänellä oli myös pitkäkestoista masennusta. Hän oli kuitenkin toipunut hyvin ja palannut työelämään. Lääkehoidon hän oli lopettanut, koska ei kokenut sitä tarvitsevansa. Anna tuli terapiaan, koska koki kuitenkin vaikeana olla ihmissuhteissa ja tunnistaa omia tarpeitaan. Hän kuuli usein epämääräistä puhetta ja välillä myös ankarasti moittivaa ääntä. Ääniin ei liittynyt Annalla psykoottisia uskomuksia, vaan hän käsitti niiden olevan hänen oman mielensä tuottamia. Moittiva ääni aktivoitui ihmisten seurassa, erityisesti silloin kun hän tunsu läheisyyttä ja välittämistä. Anna koki silloin riittämättömyyttä omana itsenään, häpeän tunnetta ja pelkoa hyläytyksi tulemisesta. Joskus vain poistuminen tilanteesta auttoi ahdistukseen ja hiljensi äänen. Annan ahdistuksen taustalla tunnistettiin vaikuttavan turvattomuus lapsuuden perheessä, jota hallitsi isän alkoholismi ja ailahteleva, itsekeskeinen käytös sekä äidin tunnekylmä suhtautuminen potilaaseen. Vuosien saatossa Annalle oli muodostunut erilaisia selviytymiskeinoja, kuten suojautuminen tunteilta, läheisyyden välttely ja eristäytyminen ihmissuhteista sekä miellyttäminen. Annan kanssa tehdyn skeemamoodikartan pohjalta käytiin myös keskustelua siitä, missä määrin ääni vastasi potilaan sisäistettyä rankaisevaa moodia. Anna arvioi niiden olevan osittain samaa, mutta kuitenkin eri kokemuksia. Seuraavassa kuvataan äänidialogin etenemistä vaiheittain. Anna on tässä A ja terapeutti T.

Äänidialogin kulku

1. Äänidialogin aloittaminen ja tutustuminen ääneen

Äänelle otetaan oma tuoli ja Anna siirtyy istumaan siihen. Terapeutti aloittaa tervehtimällä ääntä ja kysymällä sen nimeä ja olemusta. Ääni ei koe itsellään olevan nimeä eikä fyysistä olemusta. Seuraavaksi terapeutti kysyy, millaisella äänellä tämä yleensä puhuu Annalle.

A: ”Se on yleensä miehen ääni, semmonen niinku kova. Kylmä... Nyt mua meinaa koht rupee itkettä.”

T: ”Okei” (myötätuntoisesti)

A: ”Kova ja kylmä, tosi niinku tuomitseva.”

T: ”Joo... Sä sanoit myös, että sua rupee itkettä. Miltä susta tuntuu tässä tilanteessa?”

A: ”No nyt musta tuntuu, että mulla tuli ihan pelko. Mut siis kaikki on hyvin, mut kai mä niiku pelkään sitä ääntä.”

Terapeutti arvelee Annan siirtyneen haavoittuvan lapsen moodiin ja puhuu hänelle rauhoittavasti. sekä muistuttaa mahdollisuudesta keskeyttää harjoitus. Anna haluaa kuitenkin jatkaa ja eläytyy uudelleen ääneen.

2. Äänen ja Annan välisen suhteen tutkiminen

Terapeutti poikkeaa tässä kohtaa hieman haastattelun rungosta ja kysyy kysymyksen sen ulkopuolelta.

T: ”Ootko sä pelottava?”

A: ”Mua pelottaa et mä oon pelottava, mua pelottaa et Anna on pelottava.”

T: ”Sä pelkää et Anna on pelottava?”

A: ”Joo, jotenki paha.”

T: ”Okei. Kuinka vanha sä oot? Miehen ääni?”

A: ”Aikuinen, en tiä, en oo varma, auktoriteetti, semmoinen vanhempi kuin Anna.”

T: ”Auktoriteetti, vanhempi kuin Anna, joo... Tunteeks Anna sut?”

A: ”En mä tiä.”

T: ”No millon sä oot tullu Annan elämään?”

A: ”En mä tiä, kai mä oon ollu siellä aina”

- T: *“Hmm, joo, no sit sulla on varmaan joku tarkoitus. Mikä on ollut syy siihen, että sua on tarvittu?”*
- A: *”Varmaan... jos mä oon se ääni... niin varmaan se ääni yrittää niinku saada mut toimimaan oikein”*
- T: *“Joo, minkä takia?”*
- A: *”Koska Anna on niin paha ja se niinku ansaitsee sen... Must tuntuu et siin on niinku vihaa”*
- T: *“Sä oot vihanen Annalle?”*
- A: *”Niin”*
- T: *“Koska sä ajattelet nyt jostain syystä, että Anna olis paha?”*
- A: *“Hmm hm”*

Terapeutti pyrkii tavoittamaan äänen suhteen potilaan haavoittuvaan lapsimoodiin.

- T: *“Joo, mikä siinä sitten on kun sä Annaa pelottelet ja oot tuomitseva ja ankara niin, onks se niin, että sä jotenkin yrität varmistaa, ettei Annalle käy jotain? Mitä jos Anna ei toimiskaan sun mielestä oikein?”*
- A: *”Hmm... nyt ääni sanoo ”Vittu mä oon tyhmä!””*
- T: *“Miks ihmeessä se nyt sanoo semmosta?”*
- A: *”Mä haluisin vaan päästä siit (äänestä) eroon...”*

Terapeutti tunnistaa asiakkaan olevan nyt hyvin ahdistunut ja kyvytön ääntä kuullessaan jatkamaan harjoitusta. Tämän vuoksi terapeutti päättää taas puhutella ääntä suoraan. Terapeutti kertoo äänelle ymmärtävänsä tämän huolen ja sen, miksi se on tullut paikalle. Samalla terapeutti kuitenkin ilmaisee omaa vastatunnettaan, ettei potilas ole ansainnut moittimista ja pyytää ääntä astumaan taka-alalle.

3. Äänen tehtävän ymmärtäminen Annan elämässä

Anna pohtii äänen tehtävää elämässään.

- A: *”Nyt must tuntuu, että se suojelee mua silleen, miten ei oo ehkä suojeltu. Et se nousee barrikadeille, ettei mua sattuis”*
- T: *“Okei, mä puhun nyt taas äänelle. Sä pelkää, että Annaa sattuu, mut mä haluun sua rauhottaa nyt tässä. Annalla ei ole mitään hätää ja mä varmistan se, että tässä ei tapahdu mitään paha.”*

Anna ei vastaa mitään. Terapeutti arvelee Annan dissosioivan ja kysyy, onko hän vielä läsnä. Anna vastaa myöntävästi ja sanoo, ettei kuule enää ääntä. Harjoitus keskeytetään hetkeksi ja Anna kuvaa kokemustaan omana itsenään.

A: ”Siis se alku ainakin, must tuntu et mä olin kahdes jossain eri tilassa, et se niinku muuttu... et - nyt kun mä oon niinku minä - niin mä ajattelen nimenomaan et se on suojeleva se tarkoitus, mut et just alussa se tuntu nimenomaan silt et mä haluun itseeni satuttaa ja rankaista.”

Anna kuvaa myös tunteidensa muuttuneen eri tilojen mukaan siten, että ensin aktivoitui pelko ääntä kohtaan ja sen jälkeen vihaa, raivoa ja kovuutta ja pahuutta. Terapeutti ja potilas pohtivat tarkemmin ääneen suojaavaa tarkoitusta.

T: “Tuliko se niinku suojaamaan sua kun sä sanoit, että se nousi barrikadeille se ääni?”

A: ”Ehkä... En mä tiedä, onks täs tavallaan se, että mä pelkään, että mussa on se pahuus ja kylmyys ja kovuus ja se tavallaan nous esille.”

T: “Se mitä niinku pelkäsit?”

A: ”Joo, ja ihan alussa se pelko, sillon mä tunsin, että mä oon ihan lapsi, semmonen niinku, mut sit sen jälkeen tuli ihan eri...”

T: “Jotenkin se vastapuoli?”

A: ”Se muuttu siitä niinku, ehkä se nousi siitä mun hädästä ja pelosta, että se nousi barrikadeille.”

Terapeutti ja Anna päättävät jatkaa äänidialogia yrittäen ymmärtää olosuhteita, joissa ääntä on tarvittu.

T: “Mitä sä ajattelet, mihin olosuhteisiin sä oikein tulit?”

A: ”Mä luulen, että mä oon tehnyt Annasta vahvemman.”

T: “Mitkä sun näkemyksen mukaan oli ne olosuhteet, joissa Anna on tarvinnut vahvuutta?”

A: (herkistyy) ”Anna on ollut tosi yksin. Eikä kukaan puhunut sen puolesta.”

T: “Et Anna on ollut yksin eikä kukaan puhunut sen puolesta, et sä oot tullut siihen avuksi. Et sul on ollut tärkeä tehtävä. Mitä sillon tapahtu?”

A: ”En tiiä, se on vaan aina ollu niin, ettei ketään välitä.”

T: “Kuulostaa kauheelta, et eihän niin sais pienen lapsen elämässä olla.”

Tässä kohtaa Anna saa kiinni siitä, että ääni suojaa häntä

heikkoudelta. Terapeutti pohtii ääneen yrittäen ymmärtää äänen pyrkimystä suojata heikkoudelta, että olisiko Annalle ollut turvatonta olla heikko ja yksin, kun ei ole voinut tukeutua vanhempaan. Samalla terapeutti pohtii, tarvitseeko Anna ääntä enää, kun on aikuinen ja kysyy ääneltä, onko siitä nykyään enemmän hyötyä vai haittaa Annalle.

A: *”Haittaa. Mä eristän Annaa läheisistä ihmissuhteista”*

T: *Mitä sä ajattelet, että tapahtuis, jos sä astuisit vähän taka-alalle? Että miten Anna pärjäis, jos sä olisit vähän etäämmällä?*

A: *”Hmm... kyllä Anna pärjää.” (kyyneltyy)*

4. Äänidialogin päättäminen ja kokemuksen reflektointi

Harjoitus päätetään ja Anna siirtyy takaisin omaan tuoliinsa.

T: *Mitä sä tässä viimeisessä koit, kun palasit siihen ääneksi?*

A: *”Mulla karkaa se kokemus... Joo-o, mitä nyt kelaan niin mulla on niin kova se turvattomuus. Niin sen takia se on niin ilkeä kun se on niin iso se kipu. Mä oon (pitäisikö olla 'oon?) ihan kiitollinen sille, et oon tarvinnut sitä kyllä. Mutta en tarvitse enää.”*

A: *”Nyt tuntuu tosi hyvältä. Must tuntuu, et mä oon niinku elossa.” (naurua)*

A: *”Tai siis tällä viikolla on tullut tunteita pintaan, just tommosta surua (ystävän kuolemaan liittyen). Mä oon niin niinku helpottunut siitä, että musta tuntuu joltain. Kun mulla on niin pitkään ollut semmoinen kylmä kuori. Mä en halua olla sitä enää.”*

Terapeutti ja Anna keskusteleivat harjoituksesta ja dissosiaatiosta, joka ilmeni Annan tilan vaihdoksissa harjoituksen aikana. Lopuksi Anna pohtii, miten voisi jatkossa suhtautua moittivaan ääneen ja kuvaa muutosta suhtautumisessaan ääneen kokemuksellisella tasolla.

A: *”Mä oon aatellu, että mä voisni niinku itse rauhoitella sitä ääntä myös ja sanoa, että kyllä mä pärjään ja silleen, jos tunnistaa sen ”triggerin” siinä tilanteessa, et selittäis sitä. Et hyväksyä ja suhtautua myötätunnolla eikä taistella vastaan, koska siitähän tulee ahdistus ja sit poistuu paikalta. Kun katottiin se video mä ymmärsin sen silleen teoriassa, et miten kannattaa suhtautua. Mut nyt mulla tuli tossa niinku tuoliharjoituksessa olo, että mä oon kiitollinen tolle tyypille mun päässä et se on niin ku kova sen takia, et se haluaa suojella mua tosi kovasti, vaikka mä en sitä enää tarvii. Et se ei oo niinku paha.*

Sen keinot ei vaan oo parhaat mahdolliset. Et pystyn suhtautumaan myötätuntoisesti, semmonen fiilis mulla jäi.”

Terapian päättyessä Anna koki äänidialogin olleen vaikuttavin yksittäinen harjoitus terapiassa, joka sisälsi paljon muutakin kokemuksellista työskentelyä. Harjoituksen jälkeen Anna ei enää kuullut moittivaa ääntä, ja tulos säilyi ainakin kahden vuoden seurannassa. Äänidialogin tekemisen jälkeen Anna pystyi olemaan paremmin ahdistavissa tilanteissa ja välillä moittiva ääni oli korvautunut myötätuntoisella äänellä. Yleisesti koko terapian tuloksena Annan ahdistuneisuus väheni ja myötätuntoisuus itseä kohtaan lisääntyi. Hän kykeni myös syvällisempiin ihmissuhteisiin kuin aiemmin, koska pystyi ilmaisemaan paremmin omia tarpeitaan ja tunteitaan välittämistä ilman häpeää. Terapian myötä Annan syyllisyyden ja häpeän tunteet lievittyivät ja luottamus ja turvallisuuden tunne lisääntyivät. Hän kuuli enää silloin tällöin puhetta, josta ei saanut selvää. Aiemmin Anna oli kuullut äänet aivan korvansa vieressä, mutta terapian jälkeen ne olivat siirtyneet kauemmaksi. Anna arvosti hoidossaan sitä, että hänelle tarjottiin myös terapiaa äänien kuulemiseen eikä pelkästään lääkehoitoa. Terapian jälkeen hänen hoitonsa psykiatrian poliklinikalla voitiin päättää.

Terapeutille äänidialogi oli uusi menetelmä ja sen voima yllätti terapeutinkin. Tämän vuoksi terapeutin on hyvä olla tietoinen siitä, mihin menetelmällä pyritään ja millaisia ilmiöitä sitä käytettäessä voi esiintyä, kuten äänien kuulemista, dissosiaatiota ja voimakkaita tunnekokemuksia. Terapeutin on tärkeää pysyä rauhallisena ja toimia ääniä kuulevan tarpeiden mukaisesti.

Tapaus “Maria”

Tässä kuvataan tapauksen Maria (nimi muutettu) kokemuksia äänidialogimenetelmästä, jota käytettiin osana pitkää 40 kerran psykoterapiaopiskelijan toteuttamaa terapiajaksoa. Psykoterapia toteutui Helsingin kaupungin psykoosipalveluissa, psykiatrian poliklinikalla. Alun perin Marian tapauksia on käsitelty osana psykoterapiaopintojen opinnäytetyötä, jolloin häneltä on saatu lupa tapaamisten äänittämiseen. Marialta on myöhemmin saatu lupa hänen tapauksensa esittelemiseen myös tässä artikkelissa. Hän on lukenut ja hyväksynyt artikkelin käsikirjoituksen ennen artikkelin julkaisemista.

Maria on viisissäkymmenissä oleva naimaton nainen, joka on kuullut ääniä noin 30 vuoden ajan. Marialle on asetettu skitsofreniadiagnoosi 1990-luvun alkupuolella. Koko terapiajakson ajan Marian vointi oli varsin vakaa ja

toimintakyky hyvä. Maria kuitenkin kuuli ääniä päivittäin ja äänien kuulemiseen liittyi merkittävää kärsimystä. Maria koki äänet pahoina ja ne estivät häntä toimimasta kohti omia tavoitteita ja aktiivista elämää. Maria raportoi kuulevansa useita erilaisia ääniä, jotka pystyttiin ryhmittelemään neljään eri ryhmään. Osaksi kysymys oli äänien ohella myös jonkin henkilön ”läsnäolosta” eikä niinkään verbaalisista hallusinaatioista. Äänten joukossa oli sekä pelottavia että rauhoittavia ja kannustavia ääniä. Tämä loi Marian suhtautumiseen ääniinsä ristiriitaa: osa äänistä aiheutti hänessä vaikeita tunteita, mutta osasta hän ei halunnutkaan eroon. Marialla oli varsin kiteytyneet ja vahvat uskomukset hänen ääniensä syntyperästä. Alun käsitteellistäminen keskittyi eri ääniryhmien sekä niihin liittyvien ajatusten ja tunteiden tutkimiseen eikä laajempi esim. elämänhistorian huomioiva käsitteellistäminen tuntunut alussa hyödylliseltä.

Marian psykoterapian alkupuoliskolla äänien kanssa työskentelyssä käytettiin perinteisiä kognitiivisen psykoterapian menetelmiä. Ääniin liittyviä selityksiä kirjattiin ylös ja tutkittiin Marian alkuperäisten uskomusten ja vaihtoehtoisten selitysten todistusaineistoa puolesta ja vastaan. Maria täytti äänipäiväkirjaa, jonka avulla pyrittiin lisäämään Marian tietoisuutta omien tunteiden vaikutuksesta siihen, millaiset äänet aktivoituvat.

Äänidialogit ja niiden vaikutus Marian ja äänien väliseen suhteeseen

Psykoterapian jälkipuoliskolla tehtiin viisi äänidialogia. Äänidialogi oli Marialle ennestään tuttu menetelmä, joskaan hänellä ei ollut siitä aiempaa henkilökohtaista kokemusta. Maria koki menetelmän käytön mielenkiintoisena ja oli siihen motivoitunut. Tässä artikkelissa aiemmin esiteltyä äänidialogin kysymyslistaa ei käyty sellaisenaan läpi, vaan terapeutti valitsi sieltä dialogin edetessä sopivimpia kysymyksiä ja keskusteli myös äänen kanssa vapaammin esiin nousseista teemoista.

Äänidialogeissa Maria valitsi käsiteltäväksi kolme sellaista ääntä, joiden hän kokee olleen itselleen hankalimpia. Kahdessa dialogissa Maria otti ensirakkautensa ”Jarkon” roolin. Yhdessä hän oli entinen ystävänsä ”Senni”. Kaksi äänidialogia tehtiin ”Heikin” kanssa, joka oli osa Marian mielessä elävää rikollisporukkaa ja tätä kautta Marialle pelottava ja kenties kaikkein ongelmallisin ääni. Aina ennen dialogin aloittamista Maria vaihtoi tuolia ja asetti sen sopivaan paikkaan huoneessa. Äänidialogi päätettiin tehdä joka toisella käynnillä ja tehtyjä dialogeja purettiin heti ja vielä seuraavalla käynnillä. Äänidialogin purku tehtiin joko seisten tai siten, että Maria palasi omaan tuoliinsa.

Äänidialogeista nousi esiin seuraavia Marian hyödyllisiksi kokemia teemoja:

1. Äänidialogi mahdollisti äänen roolin ottamisen kautta Marian mielestä äänien käsittelyn syvemmin ja eri lailla kuin mikään aiempi hoito hänen 30 vuotisen psykiatrisen hoitonsa aikana.

M: ”Sitä pystyy jotenkin sanoittamaan ja käsittelemään sitä ääntä niinku jotenkin sillain syvemmin. Mä esimerkiks sain puhuttua Jarkosta sellaisia asioita, mitä mä kauheesti mietin ja oon miettinyt, mä sain niinku purettua niitä asioita helpommin. Että se ei niinku onnistu tällä lailla keskustellessa.”

T: ”Et siihen ääneen saa jotenkin erilaisen kontaktin silloin, kun asettuu sen asemaan”

M: ”Kyllä, kyllä. Ja se, et jotenkin pystyi puhumaan siitä äänestä niin paljon ja sellaisia mitä oon pitkän aikaa miettinyt.”

M: Itseasiassa tais olla ensimmäinen kerta, kun mä sain niinku pidemmän aikaa jollekin puhua Jarkosta silleen kunnolla ... Vaikka se on niin keskeinen mun ääniin liittyvä, niin nyt vasta sain puhua.”

2. Äänidialogit helpottivat Mariaa, kun äänet tuntuivat irrottautuvan kauemmaksi, ”höllentävän otettaan”.

T: ”Pystyyks sitä jotenkin katsomaan tai miettimään, että muuttuks joku niinkun sun suhteessa tähän ääneen tai ...”

M: ”Ehkä semmonen, et mä pystyn niinkun tavallaan vähän irrottamaan siitä Jarkosta sillä lailla. Okei Jarkko on mun mielessä ja ehkä äänissä edelleenkin mukana, mutta joku semmonen, et mä niinku sen pystyn, Jarkon sillain irrottamaan, et mun ei oo pakko nähdä häntä ... Mä voin sillain niinku luovuttaa hänet mun ystäväksi.”

M: ”Ja sitten se Senninkin ääni, niin sekin vähän niinku on höllentänyt otettaan. Se jotenkin on pari kertaa sanonut jotenkin jollekin toiselle äänelle, että okei, no olkoon sitten...”

3. Äänidialogit mahdollistivat kaksisuuntaisen muutoksen suhteessa: Marian suhde ääniin muuttui (alkoi kokea äänet hyväntahtoisempina) ja äänien suhde häneen muuttui (äänet löysivät Mariasta uusia hyviä puolia).

T: ”Mites kun me viimeks tehtiin sitä äänidialogia siitä Heikistä, niin minkälainen olo sulle siitä jäi tai...”

M: ”No ihan ku ne ois ne rikollisporukka vähän ystävällisempiä mua kohtaan”

T: ”Miten sä oot huomannut sen?”

M: ”No he vähän keskustelevat niinku semmoseen positiivisempaan sävyyn minusta, toistensa kanssa.”

T: ”Entäs niinkun sinulle?”

M: ”Jotain lauseita on minullekin tullut, mitkä on olleet ihan hyviä, niinku sillai ystävällisiä tai semmosia, että. Et kyl se kuitenkin se puhuminen vaikutti niihin ääniin jollain tavalla.”

M: ”No äänet on ehkä vähän semmosella kannalla, että susta löytyy uusia hyviä piirteitä tai jotenkin sillain.”

4. Äänidialogit vaikuttivat myös jäsentävän Marian elämänselämää tavalla, joka auttoi häntä saamaan siihen etäisyyttä ja hän pystyi keskittymään paremmin nykyhetkeen

M: ”Must tuntuu, et aikaa on kulunut niin pitkään, ettei ne varmaan enää ne rikolliset tuu livenä mun elämäni. Mun pitää sanoa sellainen lause ihan ääneen, että musta tuntuu siltä, että mun haavat on kasvamassa umpeen tai kasvaneet jo umpeen aika paljon. Mä en enää mieli niin paljoa sitä, mitä siellä menneisyydessä tapahtui, vaan mä oon alkanut elää tätä elämää.”

T: ”Sä oot edistynyt. Ihan siksi, että sä oot ollut motivoitunut aktiivinen ja myös sisukas niissä asioissa. Välillä on ehkä tullut vähän pettymystä tai muuta, sä et oo antanut sen nujertaa...”

M: ”Mulle aina tulee tuosta nujertamis-sanasta mieleen se kohta ’et vaipunut sä sorron alle’.”

T: ”Kyllä, se jotenkin kuvaa.”

M: ”Jollain tavalla vois kuvitella, et mä oon jollain tavalla ollut sorrettu tai silleen.. Niin ’et vaipunut sä sorron alle’.”

Noin kaksi ja puoli vuotta psykoterapian loppumisen jälkeen Maria kertoi kokevansa, että äänidialogilla oli merkittävä rooli siinä, että äänistä huolimatta hän voi selvästi aiempaa enemmän tehdä itselleen merkityksellisiä asioita. Toimijuuden vahvistuminen tuntui lähtevän liikkeelle siitä, että äänidialogien myötä Maria sai etäisyyttä ääniinsä. Marian sanoin: ”ne menivät takaisin sinne historiaan, mistä ne olivat tulleet”.

Tämä toimijuuden vahvistuminen on jatkunut psykoterapian loppumisen jälkeen ja Maria kertoi olevansa tyytyväinen elämäänsä ja voivansa hyvin. Psykoterapeutin näkökulmasta äänidialogi tuntui tuovan äänistä esiin sellaisia asioita, jotka eivät olleet tavoitettavissa pelkällä keskustelulla ja kognitiivisella työskentelyllä. Terapeutin oli helpompi ymmärtää niitä seikkoja, jotka olivat saaneet Marian jumiutumaan ääniinsä. Nämä liittyivät Marian elämänhistoriaan – siihen kuinka häntä oli uhattu ja kuinka hänet oli hylätty. Psykoterapeutin näkökulmasta äänidialogin haasteena oli Marian vaikeus pysyä äänen roolissa. Ajoittain hän puhui äänen tuolissa itsenään, ajoittain sekä äänestä että itsestään 3. persoonassa. Terapeutti pyrki useita kertoja ohjaamaan Mariaa samaistumaan ääneen ja puhumaan äänen kautta, mutta se oli Marialle jostain syystä vaikeaa. Tämä ei kuitenkaan tuntunut vaikuttavan äänidialogien vaikuttavuuteen ja merkityksellisyyteen.

Pohdinta

Tässä artikkelissa on tarkasteltu äänidialogin käyttöä osana ääniä kuulevan psykoterapiaa kahden tapausesimerkin kautta. Ensimmäisessä tapausesimerkissä ”Anna” kuvattiin äänidialogin etenemistä yhdessä psykoterapiaistunnossa. Terapian päättyessä Anna koki äänidialogin olleen vaikuttavin yksittäinen psykoterapiassa käytetty harjoitus. Äänidialogin tekemisen jälkeen Anna ei enää kuullut moittivaa ääntä ja tämä tulos säilyi kahden vuoden seurannassa. Lisäksi Anna pystyi olemaan paremmin ahdistavissa tilanteissa ja välillä moittiva ääni oli korvautunut myötätuntoisella äänellä. Toisessa tapausesimerkissä ”Maria” keskityttiin kuvaamaan Marian kokemuksia äänidialogista ja sitä, miten menetelmä muutti Marian ja äänien välistä suhdetta. Maria koki, että äänidialogityöskentely mahdollisti äänien käsittelyn syvemmin ja eri lailla kuin mikään aiempi hoito hänen 30-vuotisen psykiatrisen hoitonsa aikana. Työskentely helpotti Mariaa, kun hän sai ääniin etäisyyttä ja ne tuntuivat ”höllentävän otettaan”. Äänidialogityöskentely mahdollisti kaksisuuntaisen muutoksen suhteessa: Marian suhde ääniin muuttui (hän alkoi kokea äänet hyväntahtoisempina) ja äänien suhde häneen muuttui (äänet löysivät Mariasta uusia hyviä puolia). Samankaltainen muutos voidaan nähdä Annan tapauksessa: hän kykeni kokemaan ääneen suojelevana ja tuntemaan kiitollisuutta sitä kohtaan ja samalla ääni alkoi luottaa siihen, että Anna pärjää nyt aikuisena ilman sitä. Äänidialogit vaikuttivat myös jäsentävän Marian elämänhistoriaa tavalla, joka auttoi häntä saamaan siihen etäisyyttä ja hän pystyi keskittymään paremmin nykyhetkeen. Annalle iso muutos oli

äänen hiljeneminen ja vapautuminen ilmaisemaan paremmin omia tarpeita ja tunteita välittämistä ilman häpeää.

Mikä äänidialogissa sitten voisi olla hyödyllistä? Menetelmässä ulkoistetaan sisäinen dialogi, mikä mahdollistaa omien äänien ymmärtämisen myös kokemustasolla. Tältä osin äänidialogin voi rinnastaa skeematerapian skeemamoodimalliin (Arntz & Jacob, 2013), kognitiivis-analyttisen psykoterapian taustateoriaan (Ryle & Fawkes, 2007) ja tunnekeskeiseen terapiaan (Elliot & Greenberg, 2007). Näissä kaikissa minuus nähdään jollain tapaa useista sisäisistä äänistä tai osista koostuvana, ja nämä kaikki ovat vakiintuneita ja vaikuttavaksi todettuja terapiamuotoja. Esimerkiksi skeemamooditerapiassa asiakkaan on mahdollista tulla tietoisemmaksi moodeistaan, mikä sitten mahdollistaa niiden säätelyn ja vallan vähenemisen suhteessa asiakkaan toimintaan. Samoin näyttää käyvän äänidialogissa: kuulija tulee tietoisemmaksi äänistään ja niiden eri tehtävistä, mikä mahdollistaa kuulijan oman toimijuuden vahvistumisen ja myös paremman suhteen ääniin. Steelin ym. (2019b) tutkimuksessa potilaat raportoivatkin ymmärtävänsä paremmin äänen roolia elämässään äänidialogeihin osallistumisen jälkeen, ja tämä tuli myös selkeästi esiin Annan äänidialogissa: ääni on ollut vahva silloin, kun Anna on ollut yksin ja turvaton. Äänidialogi voi selkeyttää kuulijan suhdetta myös elämänhistoriaansa. Vaikuttaa siltä, että äänidialogin avulla kuulija voi saada ymmärrystä sille, miksi tietyt äänet ovat jääneet sinnikkäästi hänen kokemusmaailmaansa esimerkiksi jonkin trauman seurauksena. Tällöin voi muuttua paitsi suhde ääniin myös suhde omaan elämänhistoriaan. Näin kävi Marialle ja myös monelle Steelin ym. (2019a; 2019b) tutkimukseen osallistuneelle.

Äänidialogin rajoitteena voidaan nähdä ensinnäkin se, että osalle tämän tyyppinen suoraan äänten kanssa työskentely voi tuntua ahdistavalta. Tällöin äänien kuulija saattaa perääntyä työskentelystä, kuten kävi osalle Steelin ym. (2019) tutkimukseen osallistuneista. Toisaalta kuulija voi myös esimerkiksi alkaa dissosioida suojautuakseen äänidialogin tuottamalta ahdistukselta. Annassa aktivoitui äänidialogin alkupuolella voimakkaita tunteita, joilta hän vaikutti suojautuvan dissosiaatiolla. Tällöin äänidialogi keskeytettiin hetkeksi ja terapeutti auttoi Annaa ymmärtämään aktivoituneita tunteita. Äänidialogia pystyttiin sitten jatkamaan. Ongelmalliseksi voi osoittautua myös vaikeus äänen roolin ottamisessa. Maria puhui ajoittain äänen tuolissa minä-muodossa, kuten äänidialogissa ohjeistetaan tekemään, mutta vaihtoi herkästi kolmanteen persoonaan. Ajoittain Maria puhutteli sekä itseään, että ääntä kolmannessa persoonassa nimillä. Mikäli kuulija ei

onnistu ottamaan äänen roolia, lienee vaarana, ettei dialogissa päästä tunteita herättävälle kokemukselliselle tasolle. Tunteiden aktivoitumista psykoterapiaprosessissa on pidetty yhtenä terapeutin muutoksen mahdollistajista (Greenberg, 2012). Mikäli äänidialogi kuulijaan, terapeuttiin tai yhteistyöhön liittyvistä syistä jää pinnalliseksi, voidaan ajatella, että sen hyöty jäisi myös vähäisemmäksi. Toisaalta tunteiden viriäminen terapiatunnilla voi olla tuloksen kannalta haitallista ainakin silloin, jos allianssissa on ongelmia ja terapeutti esimerkiksi tulkitsee asiakkaan tunteita epätarkasti tai terapeutin empaattinen vaste tunteisiin on heikko (Iwakabe ym., 2000). Äänidialogin tekeminen etenkin, jos kuulija kokee äänensä hyvin ahdistavina ja tunkeutuvina vaatii vahvaa terapeutista allianssia. Luultavasti on viisasta ensin käyttää aikaa esimerkiksi äänien kognitiiviseen käsittelyyn ennen luonteeltaan kokemuksellisempien äänidialogien aloittamista, jotta allianssi voi syntyä.

Äänidialogiin kuuluva keskustelu äänien kanssa voi olla ristiriidassa sellaisen psykoedukatiivisen lähestymistavan kanssa, missä äänien kuulemisen osoittaminen potilaan sisäisesti tuotetuksi prosessiksi on keskeistä. Äänidialogimenetelmä sivuttaa tämän kysymyksen äänien lähteen ulko- tai sisäsyntyisyydestä ja lähestyy asiaa fenomenalisesti, ilmiönä ja kokemuksena. Potilaan kanssa kommunikoinnissa voidaan tarvittaessa fenomenaalinen näkökanta tuoda esiin ja esittää äänidialogi työskentelymenetelmänä, joka voi olla hyödyllinen riippumatta siitä, miten potilas ajattelee äänien lähteestä tai alkuperästä.

Milloin äänien kuulija voisi erityisesti hyötyä äänidialogin käytöstä osana psykoterapiaa? Mikäli kuulijan selitysmallit äänille ovat vahvasti kiteytyneet ja läpäisevät persoonallisuuden (kuten 30 vuotta ääniä kuulleella Marialla), voi äänidialogista olla enemmän hyötyä kuin ns. perinteisistä kognitiivisista työskentelytavoista kuten todistusaineiston pohtimisesta, joka voi sopia paremmin psykoosin alkuvaiheessa uskomusten ollessa mahdollisesti joustavampia. Esimerkiksi McGowan ym., (2005) havaitsivat tutkimuksessaan, että niillä potilailla, jotka eivät kyenneet joustamaan uskomuksensa ja ottamaan huomioon vaihtoehtoisia selityksiä, psykoosin kognitiivisen psykoterapian hyöty jäi vähäiseksi. Toisaalta tuoreessa tutkimuksessa havaittiin, että varsinkin ne ääniä kuulevat, jotka kuulevat pitkään kestäviä ja vaikeita ääniä, toivovat hoidon kohdistuvan eniten selviytymiskeinoihin ja äänien vaikutuksen vähentämiseen (Berry ym., 2023). Tuo tieto yhdistettynä tämän artikkelin tuloksiin äänidialogin (jonka ei voi katsoa olevan suoraan selviytymiskeinoihin keskittyvää) käytöstä osana psykoterapiaa voidaan tulkita siten, että äänidialogin toteuttamiselle

sopiva vaihe terapiassa on todennäköisesti silloin, kun potilaalla on jo vähintään joitakin selviytymiskeinoja äänien kuulemisen kokemuksen kanssa. Myös kuulija, joka esimerkiksi käsitteellistämisen avulla on oivaltanut vaikean suhteensa ääniin olevan äänien tuottaman kärsimyksen takana ja on halukas tuota suhdetta työstämään, voi saada paljon hyötyä äänidialogista. Annankin tapauksessa käsitteellistäminen oli tehty huolellisesti, jolloin Annalla ja terapeutilla oli alustava ymmärrys äänen roolista hänen elämässään ennen äänidialogia.

Äänidialogin mahdollisia haittoja pohtiessa nousi sekä Annan että Marian kohdalla esiin lyhytkestoisia haittavaikutuksia, kuten ääniin liittyvän ahdistuneisuuden voimistumista äänidialogin aikana. Suojakeinot (dissosiaatio ja äänen roolista etääntyminen) vaikuttivat äänidialogin etenemiseen, mutta olivat ratkaistavissa eivätkä lopulta vaikuttaneet äänidialogeista saatuihin hyötyihin. Pitkäkestoisempia haittavaikutuksia ei Annan tai Marian kohdalla noussut esiin.

Tämän tutkimuksen rajoitteena liittyen äänidialogiin lienee se, että Maria oli tietoinen menetelmän olemassaolosta ja motivoitunut alusta asti sen tekemiseen. Täten hänen hyötymisensä äänidialogista ei välttämättä ole yleistettävissä kovin laajaan joukkoon ääniä kuulevia. Monien kohdalla äänidialogityöskentelyyn lähteminen vaatinee enemmän alustusta ja motivointia. Toisaalta, mikäli psykoterapian alkuvaiheessa esimerkiksi yhteistyössä tehdyn käsitteellistämisen avulla potilas oivaltaa hankalan suhteensa ääniin, voi äänidialogityöskentelyä olla helpompi lähestyä. Näin voi ajatella käyneen Annan kohdalla, joka ei aiemmin ollut tietoinen menetelmästä.

Äänidialogia on siis tutkittu vielä melko vähän terapiamenetelmänä psykoosien tai minkään muunkaan häiriön psykoterapeuttisessa hoidossa. Tietoa äänidialogin vaikuttavuudesta on odotettavissa lähivuosina, kun aiemmin mainittu Talking With Voices -tutkimus (Longden ym., 2021; Middleton ym., 2022; Longden ym., 2022) valmistuu. Tämän tapaustutkimuksen perusteella sillä voisi kuitenkin olla paikkansa terapiamenetelmien joukossa ääniä kuulevilla. Äänidialogi voi mahdollistaa niin äänien syvällisemmän käsittelyn kuin kuulijan ja äänien suhteen muutoksen hyväksyvämpään suuntaan. Olisi mielenkiintoista saada tietoa esimerkiksi siitä, millaiset potilaat voisivat hyötyä äänidialogin käytöstä ja millaisissa terapeuttisissa suhteissa se mahdollistuisi.

Lähteet

Andreasen, N. C., & Flaum, M. (1991). Schizophrenia: The characteristic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, *17*, 27-49.

Anttonen S., & Määttä, H. (2020). Psykoosit. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, M. Koivisto, & N. Holmberg (Toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 416-450). Duodecim.

Arntz, A., & Jacob, G. (2013). *Schema therapy in practice. An introductory guide to the schema mode approach*. Wiley-Blackwell.

Berchik., Z. E., Rock, A. J., & Friedman, H. (2016). Allow me to introduce my selves: An introduction to and phenomenological study of voice dialogue therapy. *The Journal of Transpersonal Psychology*, *48*, 88-112.

Berry, C., Baloc, A-I., Fowler, D., Jones, A-M., Hazell, C., & Hayward, M. (2023). The psychological therapy preferences of patients who hear voices. *Psychosis*, *15*, 1-16.

Chadwick, P. & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, *164*, 190-201.

Choong, C., Hunter, M. D., & Woodruff, P. W. (2007). Auditory hallucinations in those populations that do not suffer from schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, *9*(3), 206-212.

Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2008). Accepting and working with voices. Teoksessa A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. Dorahy (Toim.), *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology* (s. 319-332). John Wiley & Sons.

Corstens, D., Longden, E., & May, R. (2012). Talking with voices: Exploring what is expressed by the voices people hear. *Psychosis*, *4* (2), 95-104.

- Elliot, R., & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy* 61(3), 241-254.
- Greenberg, L. S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist*, 67, 697-707.
- González, J. C., Aguilar, E. J., Berenguer, V., Leal, C., & Sanjuan J. (2006). Persistent auditory hallucinations. *Psychopathology*, 39, 120-125.
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, G., Evans, J., Garety, P., Kuipers, E., Pebbington, P., & Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 501-507.
- Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: an exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 375-401.
- Jones, S., Guy, A., & Ormrod, J. A. (2003). AQ- methodological study of hearing voices: A preliminary exploration of voice hearers' understanding of their experiences. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(2), 189-209.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1994). *Cognitive behaviour therapy for schizophrenia*. Guilford.
- Lawrence, C., Jones J., & Cooper, M. (2010). Hearing voices in non-psychiatric population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 363-373.
- Longden, E., Branitsky, A., Jones, W., & Peters, S. (2022). 'It's like having a core belief that's able to speak back to you': Therapist accounts of dialoguing with auditory hallucinations. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95, 295-312.

- Longden, E., Corstens, D., Pyle, M., Emsley, R., Peters, S., Chauhan, N., Dehmahdi, N., & Morrison, A. (2021). Engaging dialogically with auditory hallucinations: design, rationale and baseline sample characteristic of the Talking With Voices pilot trial. *Psychosis*, *13* (4), 315-326.
- Luhrmann, T. M., Alderson-Day, B., Bell, V., Bless, J. J., Corlett, P., Hugdahl, K., Jones, N., Larøi, F., Moseley, P., Padmavati, R., Peters, E., Powers, A., & Waters F. (2019). Beyond trauma: A multiple pathways approach to auditory hallucinations in clinical and nonclinical populations. *Schizophrenia Bulletin*, *45*, 24-31.
- Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H., & Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in USA, India and Ghana: Interview-based study. *The British Journal of Psychiatry*, *206*, 41-44.
- Maijer, K., Begemann, M. J. H., Palmen, S. J. M. C., Leucht, S., & Sommer, I. E. C. (2018). Auditory hallucinations across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Psychological*
- McGowan, J. F., Lavender, T., & Garety, P. A. (2005). Factors in outcome of cognitive-behavioural therapy for psychosis: Users' and clinicians' views. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *78*, 513-529. *Medicine*, *48*, 879-888.
- Middleton, K., Cooke, A., & May, R. (2022). "It allowed to let our pain out": perspectives from voice-hearers and their voices on the 'talking with voices' approach. *Psychosis*, <https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2141840>
- Ryle, A., & Fawkes, L. (2007). Multiplicity of selves and others: Cognitive analytic therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *36*(2), 165-174.
- Sommer, I. E., & Hugdal, K. (2019). Auditory hallucinations in schizophrenia: Where are we now and where do we go from here? A personal commentary. *Schizophrenia Research*, *212*, 1-3.
- Steel, C., Schnackenberg, J., Perry, H., Longden, E., Greenfield, E., & Corstens, D. (2019a). Making sense of voices: a case series. *Psychosis*, *11*(1), 3-15.

Steel, C., Schnackenberg, J., Travers, Z., Longden, E., Greenfield, E., Perry, H., & Corstens, D. (2019b). Voice hearers' experiences of the Making Sense of Voices approach in an NHS setting. *Psychosis, 12*(2), 106-114.

Stone, H., & Stone, S. (1989). *Embracing ourselves: The voice dialogue manual*. Nataraj Publishing.

Stone, H. & Stone, S. (1994). Voice dialogue. An introduction to the use of voice dialogue. *Psychotherapy in Australia*, Teksti hankittu osoitteesta www.voicedialogue.org

Stone, H., & Stone, S. (2007). The Basic elements of voice dialogue, relationship, and the psychology of selves. <https://www.voicedialogueinternational.com/pdf/Elements.pdf>

Waters, F., Blom, J., Jardri, R., Hugdahl, K., & Sommer, I. (2018). Auditory hallucinations, not necessarily a hallmark of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 48*(4), 529-536. doi:10.1017/S00332917170

Negatiiviset oireet: mistä on kysymys ja kuinka hoidetaan?

Seppo Anttonen

Artikkelissa luodaan katsaus skitsofrenian negatiivisiksi oireiksi kutsuttuun ilmiöön ja siihen kehitettyihin psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Artikkelin valottaa sitä, kuinka negatiiviset oireet nykytiedon valossa voidaan psykologisesti ymmärtää. Keskeinen sisältö on kuvata erilaisia psykososiaalisia interventioita ja niistä saatuja tuloksia negatiivisten oireiden hoidossa. Psykososiaalisia interventioita pyritään esittelemään niin, että lukija voi saada esimerkkejä ja malleja terapeutin ja kuntouttavan työn tueksi.

Johdanto

Negatiivisten oireiden käsite perustuu perinteiseen psykiatriseen diagnostiseen kuvailevaan luokitteluun. Negatiiviset oireet tarkoittavat vähenemistä sellaisessa ihmisen kokemisessa ja käyttäytymisessä, mitä tavallisesti esiintyy samaan kulttuuriin kuuluvalla henkilöllä (Blanchard ym., 2020). Negatiivisten oireiden vastinparina ovat positiiviset oireet, joilla viitataan kokemuksiin ja käyttäytymiseen, mitkä ovat ”ylimääräistä” verrattuna samassa kulttuurissa elävän henkilön tavanomaiseen kokemiseen ja käyttäytymiseen. Positiivisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, positiiviset ajatushäiriöt ja outo käyttäytyminen (Humpston & Jackson, 2020).

Faktorianalyttisesti tutkittaessa on löydetty kolme tai viisi skitsofreniaoireiden ryhmää. Kolmen tekijän ryhmittely on sisältänyt (1) psykoottiset oireet (aistiharhat ja harhaluulot), (2) jäsentymättömyys- tai hajanaisuusoireet (disorganised symptoms) sekä (3) negatiiviset oireet (Stolar & Grant, 2011). Viiden tekijän ryhmittely on sisältänyt (1) aistiharhat ja harhaluulot, (2) jäsentymätön (disorganisoitunut) puhe, (3) epätavallinen psykomotorinen käyttäytyminen ja (4) negatiiviset oireet (Humpston & Jackson, 2020).

Ilmiönä negatiiviset oireet näyttävät siis muodostavan selvästi erottuvan oman kokonaisuutensa, joka on erillinen muista oireista ja joka tilastollisesti kytkeytyy vain vähän positiivisiin oireisiin ja ei-merkitsevästi tai heikosti masennukseen (Blanchard ym., 2020). Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen (2022) mukaan negatiivisia oireita ovat tunneilmaisun latistuminen (blunted affect), puheen köyhtyminen (alogia), tahdottomuus

(avolition), kyvyttömyys tuntea mielihyvää (anhedonia) ja vetäytyminen ihmissuhteista (asociality). Tässä artikkelissa keskitytään edellä oleviin, ns. primaareihin negatiivisiin oireisiin. Vastaavasti sekundäärit negatiiviset oireet tarkoittavat esimerkiksi masennuksen, lääkityksen sivuvaikutusten tai positiivisten psykoosioireiden seurauksena ilmeneviä oireita tai käyttäytymistä (Correll & Schooler, 2020; Lutgens ym. 2017; Riehle ym. 2017). On kuitenkin huomattava, että raja primaarien ja sekundäärien oireiden välillä voi olla liukuva, ne voivat olla samalla jatkumolla ja raja voi olla tulkinnanvarainen. Esimerkiksi sosiaalinen vetäytyminen voidaan selittää primaarioireeksi (asociality) tai harhaluuloon perustuvaksi peloksi muita ihmisiä kohtaan, jolloin se on sekundäärioire (Riehle ym., 2017). Esimerkki kuvastaa myös sitä, kuinka positiivinen oireilu pitkittyessään mahdollisesti tekee negatiivisen oireilun pysyvämmäksi ja automaattisemmaksi toimintamalliksi henkilön käyttäytymisessä. Sellaisessa tilanteessa on entistä vaikeampaa, eikä ehkä hoidon kannalta kovin tarkoituksenmukaista, erottaa primaarit ja sekundäärit negatiiviset oireet toisistaan.

Negatiiviset oireet yksilön käyttäytymisessä ovat usein huomattava hoidollinen ja kuntoutuksellinen haaste. Negatiivisiin oireisiin liittyvä tunne-elämän kapeus ja myös hajanaisuusoireet vaikeuttavat työskentelyä potilaiden kanssa ja siksi potilaiden, joilla nämä ilmiöt korostuvat, hoitoa on pidetty vaikeana tai jopa mahdottomana (Stolar & Grant, 2011). Luonnollisesti myös tahdon ja motivaation heikkous sekä sosiaalinen vetäytyminen vaikeuttavat hoitoa. Negatiiviset oireet ovat skitsofreniassa yleinen ilmiö. Skitsofreniapotilaista jopa 60%:lla on merkittäviä tai hallitsevia negatiivisia oireita, jotka ovat kliinisesti olennaisia; ensipsykoosipotilaista 90%:lla oli vähintään yksi negatiivinen oire (Correll & Schooler, 2020).

Terapeuttisten ja kuntoutuksellisten lähestymistapojen tarve korostuu siksi, että negatiivisten oireiden vaikutus yksilön hyvinvointiin on suuri. Oireet heikentävät koettua terveyteen liittyvää elämänlaatua, kun taas vastaavasti kognitiiviset vaikeudet eivät näytä vaikuttavan siihen merkitsevästi (Montvidas ym., 2023). Negatiivisista oireista tahdottomuuden havaittiin eniten ennustavan heikentynyttä elämänlaatua. Samalla on havaittu, että lääkehoidon apu negatiivisiin oireisiin on parhaimmillaan vähäinen (Correll & Schooler, 2020; Lutgens ym., 2017). Thomson ym. (2018) nostavat esiin, että negatiivisten oireiden hoito on jäljessä positiivisten psykoosioireiden hoidosta, koska negatiiviset oireet on käsitetty biolääketieteellisen sairauskäsityksen puitteissa. Potilaita hyödyttävä hoito

voi kehittyä siltä pohjalta, että ymmärretään negatiivisia oireita ja niiden kehittymistä psykologisesta ja vuorovaikutuksen näkökulmasta (Thomson ym., 2018). Toinen hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuuksia edistävä havainto on, että negatiivisten oireiden kuvaamat puuttuvat ominaisuudet voivat tulla esiin sopivassa ympäristössä ja tilanteessa eikä kysymys ole niinkään ominaisuuksien puuttumisesta, vaan vaikeuksista saada käyttöön motivaatiota, energiaa, sosiaalista toimintaa ja mielihyvän odottamista ja siihen osallistumista (Beck ym., 2021).

Tämä artikkeli pyrkii tarkastelemaan negatiivisia oireita kahden näkökulman tai kysymyksen kautta: (1) negatiivisten oireiden tarkastelu psykologisesti, eli mitä ne ovat niistä kärsivän henkilön kokemuksena ja käyttäytymisenä ja kuinka niitä voidaan ymmärtää ja käsitteellistää ja (2) millaisia hoito- ja kuntoutusstrategioita näihin ongelmiin on kehitetty.

Negatiivisten oireiden kaksi ryhmää

Negatiiviset oireet on ryhmitelty faktorianalyttisten tutkimusten perusteella kahteen pääryhmään, jotka kylläkin korreloivat keskenään: (a) kokemukselliset (experiential) oireet (heikentynyt mielihyvä sosiaalisista, ammatillisista ja vapaa-ajan toiminnoista) ja (b) ilmaisulliset (expressive) oireet (heikentynyt ei-verbaalinen ja verbaalinen kommunikointi) (Horan ym., 2011). Riehle ym. (2017) nimittävät ryhmät (a) motivationaaliseksi negatiiviseksi oireiksi, joihin luetaan vetäytyminen ihmissuhteista, kyvyttömyys tunkea mielihyvää ja motivaation puute (tahdottomuus) sekä (b) ilmaisulliseksi negatiiviseksi oireiksi, joihin luetaan latistunut tunneilmaisuus ja puheen köyhtyminen. Myös ensipsykoosipotilaita tutkittaessa löydettiin samat kaksi negatiivisten oireiden ryhmää (kokemukselliset ja ilmaisulliset oireet), jotka korreloivat vahvasti keskenään (Phahladira ym., 2022). Alaryhmien vaste lääkehoitoon ei eronnut ja kumpikaan alaryhmä ei merkittävästi kytkeytynyt sairastumista edeltäviin muuttujiin. Blanchard ym. (2020) huomioivat interventoiden kannalta oletettavasti merkittävän seikan, että motivationaaliset ja mielihyvän kokemisen puutteet kytkeytyvät enemmän toimintakyvyn (erityisesti sosiaalisen toimintakyvyn) puutteisiin ja heikompaan elämänlaatuun kuin ilmaisulliset puutteet.

Yhteenvetona edeltävästä negatiiviset oireet voidaan luokitella kahteen toistensa kanssa korreloivaan alaryhmään, jotka ovat (1) kokemukselliset tai motivoitumiseen liittyvät negatiiviset oireet ja (2) ilmaisuun liittyvät negatiiviset oireet. Tarvittavien terapiainterventioiden näkökulmasta voisi tiivistää, että negatiivisiin oireisiin kohdentuneen kuntoutuksen ja terapian tulisi sisältää (1) tunne-elämää virittäviä ja

vahvistavia elementtejä (mukaan lukien mielihyvän kokeminen), (2) motivaatiota ja tahtoa vahvistavia elementtejä ja (3) tekijöitä, jotka mahdollistavat henkilölle intensiteetiltään sopivan sosiaalisen aktiivisuuden.

Yleistä interventioiden tuloksellisuudesta

Correll ja Schooler (2020) pitävät katsausartikkelinsa perusteella tärkeänä, että klinikot ovat tietoisia psykososiaalisista interventioista, joita voidaan käyttää yhdessä lääkehoidon kanssa. Yleinen tulos tutkimuksista on, että kognitiivisella käyttäytymisterapialla (CBT) on myönteinen, vaikkakin melko vaatimaton vaikutus negatiivisiin oireisiin (Correll & Schooler, 2020; Lutgens ym., 2017). Lisäksi taitoperusteiset interventiot (SBI, skills based interventions; esim. sosiaalisten taitojen harjoittelu) ovat tuottaneet tulosta ja ovat meta-analyysin perusteella yhtä tehokkaita interventioita kuin CBT (Turner ym., 2018). On huomattavaa, että paras edistymisen tapahtui ja CBT ja SBI olivat eniten hyödyksi potilailla, joilla tutkimusten alussa oli korkeampi negatiivisten oireiden taso (so. vaikeammat oireet tai enemmän oireita) (Lutgens ym., 2017). Mielenkiintoinen havainto on, että perinteinen sosiaalisten taitojen harjoittaminen pelkästään ei vaikuttanut negatiivisiin oireisiin, mutta silloin, kun se sisälsi kognitiivisia komponentteja (kuten tunteiden havaitseminen ja haitallisten uskomusten muokkaaminen), taitoharjoittelun vaikutus oli positiivinen (Riehle ym., 2017). Tuore systemaattinen katsaus viimeaikaisista meta-analyyseistä (Cella ym., 2023) tiivistää tulokset siten, että psykososiaaliset ja behavioraaliset interventiot voivat vähentää negatiivisia oireita. Suurimmalla osalla interventioista efektikoko oli pienestä kohtalaiseen ja interventiot olivat hyvin vastaanotettuja (Cella ym., 2023).

Kognitiivisen remediaation (kuntoutus tai korjaaminen; cognitive remediation, CR, CRT) vaikutuksesta negatiivisiin oireisiin on toisistaan poikkeavia tutkimustuloksia. CR on havaittu joko vain vähän vaikuttavaksi (Correll & Schooler, 2020) tai ei juuri vaikuttavaksi (Lutgens ym., 2017) negatiivisten oireiden suhteen. Klingbergin ym. (2011) tutkimuksessa CBT:n ja CR:n vaikutuksesta negatiivisiin oireisiin havaittiin molempien, siis myös CR:n, olleen tuloksellisia ja niiden vaikutukset olivat yhtä suuret. Cella ym. (2017) meta-analyysissä kognitiivinen remediaatio oli yhteydessä negatiivisten oireiden vähenemiseen tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Venturan ym. (2019) tutkimuksessa kognitiivinen remediaatio johti 12 kuukauden jälkeen tilastollisesti merkitsevään eroon kontrolliryhmään verrattuna sekä negatiivisten oireiden että sosiaalisen toimintakyvyn osalta. Mielenkiintoinen erityispiirre Venturan ym. (2019) tutkimuksen intervention

osana oli erityinen ryhmämuotoinen interventio opittujen taitojen siirtämiseksi käytännön elämään. Skitsofrenian Käypä hoitosuosituksessa (2022) kognitiivisella remediaatiolla on näytön aste A nimenomaan negatiivisten oireiden hoidon osalta. Lisäksi kognitiivisen remediaation teemaan liittyy Lin ym. (2016) alustava tutkimushavainto siitä, että työmuistin parantamiseen tähtäävä interventio kohensi työmuistin lisäksi myös mielihyvän kokemisen määrää (eli vähensi anhedoniaa). Yhteenvetona CR:n vaikutuksesta on perusteltua sanoa, että siitä on hyötyä negatiivisten oireiden suhteen. On myös loogista, että kognitiivisen toimintakyvyn koheneminen heijastuu yksilön toimintakykyyn, itseluottamukseen, motivoitumiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, mitkä kaikki ovat vastavoimia negatiivisten oireiden ilmenemiselle.

Lutgens ym. (2017) vetävät yhteen, että eri interventioissa hyödyllisiä elementtejä tavalliseen hoitoon verrattuna olivat taitojen vahvistaminen ja käyttäytymisen aktivointi. Tuo havainto sopii yhteen sen kanssa, että parantuneet taidot, erityisesti sosiaaliset taidot, todennäköisesti liittyvät myönteisen sosiaalisen käyttäytymisen lisääntymiseen, mikä taas on olennainen merkki negatiivisten oireiden parantumisesta (Lutgens ym., 2017).

Huolimatta siitä, että edellä osa tuloksista kuvataan melko vaatimattomina, Riehle ym. (2017, s. 200) luettelevat interventioita, joilla on joka tapauksessa tutkimuksissa todettu olevan positiivista vaikutusta negatiivisiin oireisiin: sosiaalisten taitojen harjoittelu, kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT), kognitiivinen korjaaminen tai kuntoutus (CR), mindfulness- perusteiset interventiot ja integroitu psykologinen terapiaohjelma. Lisäksi he arvioivat kriittisesti aiempien katsauksien sisältämää tietoa negatiivisten oireiden interventioiden tuloksista, koska useissa tutkimuksissa on tutkittu interventioiden vaikutusta yleisesti psykoosiin ja tuloksista on poimittu tietoa vaikutuksista negatiivisiin oireisiin, ei niinkään spesifisti negatiivisiin oireisiin kohdistuneita interventioita.

Edellä kuvatuista syistä Riehle ym. (2017) tekivät katsauksen, johon he sisällyttivät myös taide- ja kehosuuntautuneet terapiat (NICE, 2014). Riehle ym. (2017) selvittivät 36 tutkimukseen perustuen kahteen pääryhmään (ks. yllä, motivationaaliset ja ilmaisulliset oireet) jaettujen negatiivisten oireiden vastetta erityyppisiin psykososiaalisiin interventioihin. Heidän katsauksessaan näyttöä tehokkuudesta eriasteisesta negatiivisten oireiden vähentämisestä on seuraavissa interventioissa: CBT, CR, BPT

(kehosuuntautunut terapia; body-oriented therapy) ja SST (sosiaalisten taitojen harjoittelu; social skills training).

Terapeuttiset interventiot, jotka on suunniteltu korjaamaan matalia odotuksia oman pystyvyyden suhteen (CBT, CBT + SST, mahdollisesti CR) ovat tuloksellisimpia motivationaalisten negatiivisten oireiden parantamisessa. Sen sijaan terapeuttiset interventiot, jotka edistävät fyysisen tuntemuksen ja tunnetilan yhteyttä (BPT, musiikkiterapia) näyttävät olevan tuloksellisia parantamaan ilmaisullisia negatiivisia oireita (Riehle ym., 2017).

Euroopan psykiatriyhdistys (Galderisi ym., 2021) toteaa negatiivisten oireiden hoidossa useiden psykososiaalisten hoitojen olevan lupaavia. Esille nostetaan sosiaalisten taitojen harjoittaminen (SST), fyysiseen harjoitteluun perustuvat interventiot (aerobinen liikunta) ja kognitiivinen remediaatio (kuntoutus tai korjaaminen) (CR). Kognitiivista käyttäytymisterapiaa (CBT), mindfulness-perusteista terapiaa ja taideterapiaa pidetään lupaavina, mutta niistä tarvitaan lisää negatiivisiin oireisiin suunnattua tutkimusta. Joka tapauksessa kirjoittajaryhmä pitää tärkeänä, että potilaat, joilla on negatiivisia oireita pääsevät hoitoon ja psykososiaaliseen kuntoutukseen (Galderisi ym., 2021).

Negatiivisten oireiden psykologiaa ja interventioita

Uskomukset keskiössä

Kognitiivisen käyttäytymisterapian piirissä on kehitetty lähestymistapaa negatiivisten oireiden ymmärtämiseksi ja hoidon kehittämiseksi uskomusten näkökulmasta huomioiden samalla potilaan kokonaistilanne ja mm. neurokognitiiviset vaikeudet (Beck ym., 2009). Silloin, kun negatiiviset oireet ovat seurausta positiivisiin oireisiin reagoinnista, niitä kutsutaan sekundaarisiksi negatiivisiksi oireiksi ja tällöin on aiheellista keskittyä positiivisten oireiden hoitoon (Beck ym., 2009).

Toimintakyvyltään alentuneille (ts. negatiivisesti oireileville) potilaille suunnattu kognitiivinen terapia on osoittautunut hyödylliseksi. Tutkimuksessaan Grant ym. (2012) havaitsivat, että kognitiivista terapiaa saaneilla potilailla oli parempi toimintakyky, vähentynyt tahdottomuus-apatia (avolition-apathy) ja parantuneet positiiviset oireet verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin potilaisiin. Edellisen tutkimuksen tuloksien seurantatutkimus (Grant ym., 2017) osoittaa, että saavutetut parannukset olivat pysyneet kuusi kuukautta intervention lopettamisen jälkeen. Tutkijat sanovat tulosten viittaavaan seikkaan, että lähestymistapa (tässä CT-R,

toipumissuuntautunut kognitiivinen terapia) tuottaa kestäviä muutoksia uskomuksiin ja taitoihin, jotka auttavat ihmistä ylläpitämään edistymistä ilman terapeuttia (Grant ym. 2017). Staring ym. (2013) tutkivat lyhyen, keskimäärin 17,5 istuntoa käsittävän kognitiivisen terapian vaikutusta negatiivisiin oireisiin. Terapian jälkeen havaittiin ryhmätasolla CBT:n vähentäneen negatiivisia oireita. Muutokset selittyivät haitallisten uskomusten vähenemisellä. Uskomukset koskivat kognitiivisia kykyjä, suorittamista, tunnekokemuksia, itseleimautumista (self-stigma) ja sosiaalista ulkopuolelle jäämistä (Staring ym., 2013).

Kognitiivisen terapian lähestymistavassa voidaan nähdä negatiivisten oireiden taustatekijänä henkilön jollakin tavalla heikentyneenkognitiivisen toiminnan, käyttäytymisen tai tunne-elämän (Staring ym., 2013). Nämä vaikeudet muiden elämäkokemusten ohella voivat edesauttaa kielteisten elämää hankaloittavien uskomusten kehittymistä. Erityisesti potilaalla voi olla neurokognitiivisia vaikeuksia, joiden suhteen potilaalla on uskomuksia (Staring ym., 2013). Potilaalla voi tällöin olla esimerkiksi uskomus, että hän ei neurokognitiivisten vaikeuksiensa (esimerkiksi työmuistin ja keskittymiskyvyn ongelmat) takia pysty suoriutumaan tavallisesta keskustelusta tai vaikkapa työhaastattelusta. Tällöin uskomukset ovat se tekijä, mikä johtaa lisääntyvään välttämiskäyttäytymiseen ja sosiaaliseen eristäytymiseen. Neurokognitiiviset vaikeudet toistuessaan erityisesti koulun, työelämän ja sosiaalisen elämän alueella voivat todennäköisesti aiheuttaa epäonnistumisia ja vastoinkäymisiä, mitkä toimivat kielteisten omaa kyvykkyyttä ja hyvinvointia koskevien uskomusten kehitysalustana (Perivoliotis & Cather, 2009).

Potilailla, joilla on negatiivisia oireita, on todennäköisesti haitallisia uskomuksia ja asenteita, jotka ylläpitävät laajasti yleistyneitä kielteisiä johtopäätöksiä heidän oman tehtävistä suoriutumiskykynsä suhteen. Asennetta kuvastavia esimerkkejä: ”Jos epäonnistun osittain, se on yhtä paha kuin täydellinen epäonnistuminen”, ”Jos et voi tehdä jotain asiaa hyvin, on sama jättää se kokonaan tekemättä”, ”Jos epäonnistun työssä, olen epäonnistunut ihmisenä”. Tällaisia negatiivisiin oireisiin liittyviä tyypillisiä uskomuksia kutsutaan mitätöiviksi suoritususkomuksiksi (defeatist performance attitudes) (Beck ym., 2009; Stolar & Grant, 2011). Perivoliotiksen ja Catherin (2009) mukaan negatiivisten oireiden osittainen tehtävä on suojella ihmistä odotettavissa olevalta kivulta ja torjunnalta, mitä oletettavasti sosiaalinen liittyminen ja rakentava toiminta toisi mukanaan (odotetun epäonnistumisten muodossa). Suojelu kuitenkin todennäköisesti johtaa välttämisen ja vetäytymisen kierteeseen (Perivoliotis & Cather, 2009).

Seuraavassa on lueteltu Beckin ym. (2009) mukaan keskeiset uskomustyytit, jotka kytkeytyvät negatiivisiin oireisiin tai aiheuttavat niitä.

1. Kielteiset asenteet sosiaaliseen liittymiseen. Taustalla voi olla ylikorostuneita kielteisiä uskomuksia omista sosiaalisista taidoista, uskomuksia torjutuksi tulemisesta ja sosiaalisen hyväksymisen puuttumisesta, uskomuksia sosiaalisesta erilaisuudesta tai poikkeavuudesta, jne.
2. Mitätöivät suoritususkomukset. Potilas ei usko suoriutuvansa tehtävistä (ks. yllä).
3. Kielteiset odotukset
4. Vähäiset odotukset mielihyvän saavuttamisen suhteen.
5. Vähäiset odotukset onnistumisen suhteen.
6. Vähäiset odotukset johtuen leimautumisesta.
Skitsofreniadiagnoosinsaaminen voi itsessään olla seikka, joka suuntaa potilasta mataliin odotuksiin suhteen, esimerkiksi oman kyvykkyyden, arvokkuuden ja onnistumisen osalta.
7. Havainto vähäisistä voimavaroista. Ponnistelua omien tavoitteiden eteen voivat vähentää uskomukset esimerkiksi energian puutteesta, keskittymiskyvyn tai muistin heikkoudesta tai muista kognitiivisista vaikeuksista.

Uskomukset ja terapia

Kognitiivisen terapian lähestymistavassa negatiivisiin oireisiin on keskeistä pyrkimys kehittää aktiivista käyttäytymistä (behavioral activation), joka kohdistuu muuttamaan kielteisiä odotuksia ja suoriutumiskomuksia. Kyseiset odotukset ja uskomukset ovat tausta pysyvämmälle haavoittuvuudelle jatkuvaan ulkopuolisuuden tunteeseen (Beck ym., 2009). Esimerkkinä kielteiset odotukset mielihyvän saavuttamisen suhteen. Tällöin terapia voi edetä seuraavien askelten mukaisesti (Beck ym., 2009):

1. Tunnista kognitiiviset vääristymät vähäisen mielihyvän odotuksissa. Esimerkiksi: ”Mikään ei voi tuntua hyvältä.”
2. Työskentele heikentääksesi perusteita, mitkä ylläpitävät matalia odotuksia. Esimerkiksi potilas ei usko voivansa nauttia jostain asiasta, koska ei muista sen suhteen mitään tunnekokemusta. Terapeutti pyrkii tarjoamaan käsitystä, että nauttimisen kokemus on jatkumolla heikosta vahvaan ja etsimään potilaan kanssa pieniä nautinnon hetkiä, joiden löytäminen puhuu sitä uskomusta vastaan, ettei nautintoa ja hyvää oloa voisi lainkaan olla. Tämä myös auttaa potilasta suuntaamaan enemmän huomiota pieniinkin myönteisiin kokemuksiin.
3. Suunnittele ja aikatauluta mielekästä toimintaa. Potilaan kanssa selvitetään ne toimintamuodot ja asiat, jotka voivat tuottaa hänelle mielihyvää ja niitä suunnitellaan säännölliseksi osaksi arkipäivää.
4. Ohjaa potilasta rekisteröimään tässä ja nyt -tilanteissa mielihyvän kokemukset. Potilaan tehtävänä on raportoida myönteiset tunnekokemukset arkipäivän tilanteista. Hän voi käyttää apunaan muistiinpanoja. Myös istunnon aikana voi auttaa potilasta huomaamaan myönteisen mielialan lyhyetkin hetket, mikä auttaa häntä niiden tunnistamisessa muulloin. Esimerkiksi: ”Tuo muisto sai sinut nyt hymyilemään, huomasitko miltä sinusta tuntuu/tuntui?”
5. Käytä palautetta muuttaaksesi vähäisiä odotuksia. Esimerkiksi: ”Vaikka et onnistunut siten kuin odotit eikä tekeminen ei tuntunut siltä, mitä olisit halunnut, onnistuit kuitenkin aikaan saamaan tuon asian, olit aktiivinen ja kerroit sen olleen melko mukavaa. Tuo kuulostaa hienolta edistymiseltä!”

Kognitiivisen terapian työskentelyssä pyritään vahvistamaan potilaan kiinnostusta ja motivaatiota hänen pitkän tähtäimen tavoitteitaan (esim. itsenäinen asuminen, työllistyminen, ihmissuhteet), välitavoitteitaan ja lyhyen tähtäimen tavoitteitaan kohtaan. Olennaisina esteinä tavoitteisiin pääsemiseksi pidetään huonosti toimivia tai haitallisia uskomuksia (esim. ”edes pienen riskin ottaminen on tyhmää, koska epäonnistuminen on todennäköisesti tuhoisaa” tai ”pyrkiminen uusiin ystävyysuhteisiin vie niin

paljon energiaa, ettei se ole sen arvoista”). Terapeutti auttaa potilaita heikentämään näitä nihilistisiä uskomuksia ja vastaavasti kasvattamaan heidän motivaatiotaan rakentavaan toimintaan käyttäen erilaisia kognitiivisen käyttäytymisterapian välineitä, kuten aktiivista toimintaa tapaamisten aikana (esim. harjoituksia, pelejä, rooliharjoituksia) ja yhdessä laadittuja toimintasuunnitelmia istuntojen ulkopuolella tapahtuvaa harjoittelua varten (Grant ym., 2012). Whiten ym. (2013) mukaan negatiivisten oireiden taustalla on erityisesti eri syistä johtuva koettu sosiaalisen epäonnistumisen asenne, ja he ehdottavat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan liitettäväksi myötätuntosuuntautuneita strategioita tarkoituksena vähentää koettua sosiaalista epäonnistumista ja siihen liittyvää häpeän tunnetta.

Terapeutti pyrkii edellä olevan mukaisesti samanaikaisesti (a) vahvistamaan potilaan motivoituneisuutta tavoitteisiin ja (b) kiinnittämään potilaan huomiota uskomuksiin, jotka ovat esteenä omille tavoitteille. Tämä valmistaa potilasta vähittäiseen etenemiseen omien tavoitteiden suuntaan sekä työskentelyyn kielteisten, etenemisen hidasteena olevien uskomusten muuttamiseksi. On terapiastrategisesti tärkeää, että molemmat, (a) ja (b) tapahtuvat limittäin yhteisenä prosessina. (Lisää uskomusten kanssa työskentelystä psykoosin yhteydessä ks. Anttonen & Määttä, 2020).

Tunnekokemus keskiössä

Negatiivisista oireista tunteiden latistuminen (blunted affect) liittyy luonnollisesti tunteiden kokemiseen ja ilmaisemiseen. Mielihyvän tuntemisen puutteen (anhedonia) voi myös nähdä liittyvän tunnetason kokemisen vaikeuteen. Edellä kuvatussa negatiivisten oireiden kahden ryhmän mallissa mainitut oireet kuuluvat eri luokkiin, tunteiden latistuminen ilmaisuun liittyviin negatiivisiin oireisiin ja mielihyvän kokemisen puute motivationaalisiin negatiivisiin oireisiin.

Tunteet ovat merkittävä kokonaisuus, koska on helppo nähdä tunteiden vähäisyyden heikentävän elämän merkittävyyden kokemista ja motivoitumista. Tunnekokemuksen tutkiminen on tuottanut uutta tietoa ihmisen tunteiden kokemisesta psykoosin yhteydessä ja on havaittu, että psykoosista kärsivän henkilön tunnekokemus kokemisen hetkellä on toimiva ja normaali (Kring & Elis, 2013; Strauss, 2013 ab). On kuitenkin havaittu, että skitsofreniapotilaat verrattuna ihmisiin, joilla ei ole skitsofreniadiagnoosia, kokevat enemmän kielteisiä emotioita neutraalien ja miellyttävien ärsykkeiden yhteydessä kuin muut (Kring & Elis, 2013).

Tärkeä ongelma skitsofrenian yhteydessä on, että mielihyvän ja myönteisen tunnekokemuksen odottaminen tapahtuvaksi (antisipointi, ennakointi) ei toimi. Raffard ym. (2013) havaitsivat tutkimuksessaan, että skitsofreniapotilaat verrattuna terveisiin pystyvät huomattavasti huonommin kuvittelemaan tulevia miellyttäviä tapahtumia varsinkin heihin itseensä liittyen. Tutkijat ehdottavat, että heikkous tulevien miellyttävien tapahtumien odottamisen suhteen voi osittain olla syynä skitsofrenialle luonteenomaiseen motivaation puutteeseen (Raffard ym., 2013). On arveltu, että syynä mielihyvän ennakoinnin heikkouteen voi olla, että tunnekokemuksen säilyttäminen ja ylläpitäminen on vaikeaa, mikä johtaa ennakoinnin vaikeuteen. Siksi myönteistä ei osata odottaa ja se johtaa toivon vähenemiseen ja mielihyvän kokemisen puutteeseen (anhedoniaan) (Kring & Elis, 2023; Strauss, 2013 ab). On myös havaittu, että puutteet sekä tapahtumahetkellä koetussa että antisipoidussa mielihyvässä kytkeytyvät motivaation puutteeseen selvästi ryhmällä, jolla on suurimmat motivaation ongelmat; pelkästään skitsofreniadiagnoosi ei selitä ilmiöitä (Silva ym., 2017).

Edellisiä havaintoja psykologisesti syventävänä voi nähdä hypoteesin (jota myös tukevat tutkimustulokset) että anhedoniaa selittää eroavaisuus toivotun ja todellisen tunnetilan välillä skitsofreniapotilailla (James ym., 2022). Tutkimustuloksen mukaan skitsofreniapotilailla oli suurempi ero positiivisen toivotun ja todellisen affektin välillä verrattuna terveisiin kontrollihenkilöihin. Lisäksi negatiivisten oireiden määrä ja intensiteetti oli yhteydessä positiivisen tunnetilan eroavuuteen toivotusta. Mitä enemmän skitsofreniapotilas koki toivotun tunnetilan eroavan todellisesta vallitsevasta tunnetilasta, sitä enemmän tai vahvempia negatiiviset oireet olivat. Hoidon näkökulmasta kirjoittajat ehdottavat, että terapeutti voisi auttaa potilasta huomaamaan ne hetket arjessa, jolloin suuret eroavuudet ilmenevät ja opettaa vähitellen potilasta muokkaamaan tunnetilan odotustaan toimivammaksi (James ym., 2022). Voi olla hämmentävää yhdistää tämä teoria siihen, että toisaalta ajatellaan skitsofreniapotilaan odotusten tulevan mielihyvän suhteen olevan puutteellisia. Yksi tapa ymmärtää ristiriitaiselta näyttävä tilanne on, että kyseessä on prosessi, jossa toistuvasti toteutuva mielihyvä ei vastaa sitä määrää tai intensiteettiä, mitä potilas odottaisi. Tämän voisi nähdä johtavan motivaation heikkenemiseen mielihyvän tavoittelussa ja mielihyvän kokemisen heikkenemiseen sekä uskomuksiin saavutettavan mielihyvän mataluudesta (James ym., 2022).

Berglund ym. (2023) tuovat esille toisen tunnekokemuksia, uskomuksia ja negatiivisia oireita yhdistävän löydön. He vertasivat skitsofreniapotilaiden ja terveiden yksilöiden uskomuksia tunteiden

hallittavuudesta ja käyttökelpoisuudesta. Käyttökelpoisuudessa ei ollut eroja. Sen sijaan skitsofreniapotilaat erosivat terveistä henkilöistä siten, että he uskoivat tunteiden olevan vähemmän hallittavissa kuin terveet yksilöt kokivat. Vahvemmat hallitsemattomuususkomukset liittyivät suurempaan tukahduttamisen käyttöön tunteiden säätelyssä ja lisääntyneisiin negatiivisiin oireisiin. Tutkijat päättelivät, että voimakkaat uskomukset tunteiden hallitsemattomuudesta johtavat sellaisiin tunteensäätelyn strategioihin, jotka tukevat negatiivisia oireita (Berglund ym., 2023).

Samaan aiheeseen, tunteiden säätelyyn liittyy Clarken (2009) havainto. Hän esittää tutkimustietoon perustuen, että latistunut tunneilmaisuus käyttäytymisessä ei tarkkaan heijasta sisäistä tunnekokemusta. Tämä sopii oletukseen siitä, että negatiiviset oireiden funktiona on vetäytymällä suojata ihmistä ärsykkeiden herättämältä hypersensitiivisyydeltä sen sijaan, että ne merkitsisivät reaktiivisuuden puuttumista. Kun empaattisesti odotettavissa oleva reaktio puuttuu, johtuu se siitä, että tunnereaktio on estetty tai syrjäytetty (Clarke, 2009).

Yllä olevan perusteella näyttää terapeuttisesti keskeiseltä vahvistaa myönteistä tunnekokemusta, sen huomaamista, säilymistä muistissa ja ennakoimista. Jatkossa keskitytään siihen. Berglundin ym. (2023) ja Clarken (2009) havaintojen perusteella voidaan myös olettaa potilaiden mahdollisesti käyttävän tunteensäätelystrategioita, jossa tunnekokemusta vältetään tai tukahdutetaan. Tunteiden välttämisen ollessa mahdollisesti tunnekokemusta heikentävänä voimana, esimerkiksi tunteiden pelkäämisen vuoksi tai tunteiden hallitsemattomuuden uskomuksen vuoksi, voivat potilaat hyötyä hoidossa tunteisiin liittyvästä psykoedukaatiosta ja erilaisten toimivien tunteensäätelykeinojen harjoittelusta (Sadeniemi ym., 2019; Mullen, 2021). Se, että tunteiden säätelyn vaikeudet voivat olla omalta osaltaan myös negatiivisen oireilun taustalla olisi ymmärrettävissä psykoottisiin häiriöihin hyvin usein liittyvien traumaattisten elämäkokemusten takia, koska ne voivat altistaa yksilön huonosti toimiville tunteensäätelystrategioille, kuten liiallinen välttäminen (Hardy, 2017; Hardy ym., 2020).

Tunnekokemukset, mielihyvökokemukset ja terapia

Edellä kuvatut tutkimushavainnot tunnekokemuksesta ja mielihyvökokemuksesta skitsofreniassa viittaavat siihen, että tunnekokemus ja mielihyvökokemus tilanteiden aikana voivat olla tavanomaisia ja vailla puutteita, mutta tulevien myönteisten kokemusten ennakointi on usein puutteellista ja heikentää motivaatiota ainakin osalla potilaista. Taustalla on

arveltu vaikuttavan sen, että koettua myönteistä kokemusta on vaikea säilyttää mielessä. Tunnekokemuksia ehkäisevänä voivat toimia myös tukahduttavat tunteensäätelystrategiat. Havainnot mielihyvä- ja tunnekokemuksen ennakoinnin ja säilyttämisen vaikeudesta ovat johtaneet uusien tunnekokemusta vahvistavien interventioiden kehittämiseen, joita esitellään seuraavassa. Toisaalta havainnot tunteensäätelyn ongelmista negatiivisten oireiden taustalla suuntaavat huomiota tunteensäätelystrategioihin kuntoutuksen kohteena. On oletettavaa, että on terapeutisia interventioita, jotka palvelevat molempia näkökulmia.

Tarrier (Johnson ym., 2013) on kehittänyt terapeuttisen lähestymistavan Broad Minded Affective Coping (BMAC) “broaden and build” -mallin pohjalta. Keskeinen ajatus on, että kun negatiiviset tunteet ovat uhkaan suuntautuneita ja elossa pysymiseen tähtääviä, positiiviset tunteet sen sijaan laajentavat ajattelu-toiminta -vaihtoehtoja ja lisäävät paljon laajemman psykologisen voimavaran käytettävyyttä. Interventio on tarkoitettu käytettäväksi psykologisten terapioiden yhteydessä lyhyenä tekniikkana, joka tehostaa myönteisiä tunteita (Johnson ym., 2013).

Lähestymistapaa on sovellettu ja tutkittu skitsofrenian yhteydessä ja se tarjoaa käytännön välineen tunnekokemusten vahvistamiseen (Johnson ym., 2013.) BMAC:ssa pyritään tehostamaan positiivista mielialaa palauttamalla mieleen menneitä myönteisiä muistoja. Johnson ym. (2013) tutkivat BMAC:n käyttöä psykoosipotilailla ja saivat tulokseksi, että BMAC-interventioon osallistuneilla itse raportoitu onnellisuus ja toiveikkuus oli merkitsevästi suurempi kuin verrokkiryhmällä, joka kuunteli klassista musiikkia, vaikka myös verrokkiryhmän jäsenten subjektiivinen onnellisuuden kokemus kasvoi musiikin kuuntelun seurauksena. Tutkijat näkevät ohjelman kasvattavan toivoa ja myönteisiä odotuksia tulevaisuuden suhteen. Heidän mukaansa vaikutus perustuu erityisen elämänsisällönsä liittyvän muistamisen aktivoitumiseen, myönteisten muistojen elävään aktivoitumiseen (Johnson ym., 2013). Taulukossa 1 on kuvattu BMAC-ohjelma vaiheittain (Johnson ym., 2013, s. 65).

Taulukko 1. BMAC (Broad-Minded Affective Coping) – intervention vaiheet, vaiheiden tavoite ja esimerkkejä vaiheen käynnistämiseksi.

Vaihe	Tavoite	Esimerkkejä
Valmistautuminen	Rentoutuminen fyysisesti, myönteiset tuntemukset yms.	”Anna kehosi rentoutua miellyttävästi” ”Huomaa
Myönteisten muistojen ohjattu kuvittelu	Elävän mielikuvan luominen	”Mitä näet, kun katsot ympärillesi?”
Aistien liittäminen mukaan	Kaikkien muiston sisältämien sensoristen havaintojen palauttaminen	”Mitä, kuulet, mitä haistat..?” (kaikki aistit) ”Kuvittele miltä pehmeä xxx tuntuu?” ”Äänet,
Tunteiden tutkiminen	Muistoon liittyvien tunteiden uudelleen kokeminen	”Mitä tunteita koet? Synnytä uudelleen noita tunteita” ”Miltä sinusta tuntui sillä hetkellä”
Muiston tutkiminen	Muistoon liittyvien tarkkojen myönteisten käsitysten kehittäminen. Käsitysten, muiston ja myönteisten tunteiden	”Mitä siinä hetkessä oli, mikä sai sinut tuntemaan sillä tavalla?” ”Mikä sinä päivänä oli tärkeää?”

Strauss (2013b) on esitellyt tunnetieteen (affective science) alueella kehitettyjä tekniikoita positiivisten tunnekokemusten maksimoimiseksi. Nämä seuraavassa kuvatut interventiot pyrkivät lisäämään myönteisten tunnekokemusten esiintymistiheyttä ja kestoa:

- Tunteiden ilmaiseminen ei-verbaalisen käyttäytymisen kautta on havaittu kasvattavan myönteistä tunnetilaa
- Hetkessä läsnä oleminen. Tarkoituksellinen huomion suuntaaminen myönteisiin kokemuksiin silloin, kun ne tapahtuvat
- Myönteisten kokemusten kommunikointi ja juhlistaminen toisten kanssa
- Tulevan tapahtuman tuoman mielihyvän ennakointi. Mielikuvan luominen tulevasta myönteisestä tapahtumasta, mikä aikaansaa positiivisen tunteen tällä hetkellä
- Aiempien miellyttävien tapahtumien muisteleminen: aiemman miellyttävän tapahtuman yksityiskohtien palauttaminen mieleen lisää positiivista tunnetta tällä hetkellä

Voidaan nähdä, että Johnsonin ym. (2013) BMAC-tekniikka on yksityiskohtainen kuvaus Straussin (2013b) luettelon kahdesta viimeisestä kohdasta.

Strauss (2013b) suosittelee, että kognitiivisen terapian työskentelyyn matalan mielihyvän uskomusten kanssa lisätään tulevan mielihyvän ennakoinnin elementti ja menneen mielihyvän mieleen palauttamisen elementti sekä myös tekniikoita, jotka vähentävät potilaan mahdollista pyrkimystä hiljentää positiivisia tunteita. Mieleen palauttamisen ja ennakoinnin näkökulmasta muistin merkitys nousee esiin. Onkin mielenkiintoinen alustava tutkimushavainto, että työmuistin harjoitusohjelma parantaa psykoosipotilailla sekä työmuistia että mielihyvän kokemista (Li ym., 2016).

Toipumissuuntautunut kognitiivinen terapia

Toipumisorientaatiopainotteisuutta voidaan pitää skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen nykyaikaisena suuntauksena (Hiekkala-Tiusanen ym., 2019). Toipumisorientaatiossa painotetaan yksilöllisiä voimavaroja, osallisuutta, merkityksellisyyttä, positiivista mielenterveyttä ja toivoa sairauden oireisiin ja huonoon ennusteeseen keskittymisen sijasta (Hiekkala-Tiusanen ym., 2019).

Toipumisorientaation mukaiset painotukset ovat potilaiden toivomia. Brabban ym. (2017) selvittivät tutkimuksien perusteella, mitä psykoosista kärsivät ihmiset haluavat palveluilta. Havaittiin, että potilaat arvostivat sosiaalista ja toiminnallista kuntoutumista enemmän kuin oireiden vähenemistä. Arvostetuimpia asioita hoidossa oli halu saada hoidon päätöksiin liittyen enemmän tietoa, valintamahdollisuuksia ja yhteistyötä. Palvelut, joissa tunnistetaan potilaiden yksilölliset piirteet ja heidän arvojensa mukaiset tavoitteet ja tulokset ovat potilaille todennäköisesti hyväksyttävimpiä ja siten tehokkaimpia. Vähiten haluttuja olivat erilaiset rutiinitoimenpiteet, joihin sisältyivät lääketieteellisen terminologian käyttäminen ja tapaamiset mielenterveyskeskuksissa (Brabban ym., 2017). Seuraavassa tarkastellaan kognitiivisen terapian toipumiskeskeistä hoitomallia vakavissa mielenterveysongelmissa ja erityisesti negatiivisiin oireisiin liittyen.

Beck ym. (2021) ovat kehittäneet toipumissuuntautuneen kognitiivisen terapian mallin (CT-R) vaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitamista ja kuntoutusta varten. Mallin voi tiivistää neljään piirteeseen tai vaiheeseen, jotka ensimmäisen vaiheen jälkeen rakentuvat edellisen varaan.

- Ensimmäinen hoidollinen vaihe potilaan kanssa on kontaktin, suhteen ja riittävän luottamuksen luominen sekä pyrkimys potilaan energiatason kohoamiseen. Se voi sisältää minkä tahansa keskustelun aikaan saamista, pelaamista, musiikin käyttämistä, jne.
- Toinen vaihe on kehittäminen ja kasvattaminen. Se tarkoittaa potilaan pyrkimyksien tunnistamista ja rikastamista esimerkiksi mielikuvia käyttämällä. Etsitään, mikä merkitys pyrkimyksellä olisi potilaalle. Esimerkiksi voi kysyä: ”Mikä tuossa (pyrkimyksessä) olisi parasta?”
- Kolmas vaihe on tehdä pyrkimys todelliseksi käytännössä. Pyrkimykset puretaan yhdessä pienempiin saavutettavissa oleviin askeliin ja huomioidaan eteen tulevat haasteet. Pidetään yllä linkkiä toteutettavien askelten ja alkuperäisten pyrkimysten välillä.
- Neljännessä vaiheessa vahvistetaan saavutettua. Suunnataan huomio myönteisiin kokemuksiin ja aikaansaannoksiin ja kehitetään kestäkykyä vastoinkäymisten suhteen. Esimerkiksi: ”Sujuiko paremmin vai huonommin kuin odotit? Mitä tuo kertoo sinusta?”

Kognitiivisessa toipumissuuntautuneessa terapiassa ajatellaan, että huolimatta vaikeuksistaan, kuten negatiivisista oireista, ihmisellä on hetkensä, joissa hän on parhaimmillaan tai paras itsensä (Beck ym., 2021). Terapia pyrkii suuntaamaan huomion ja vahvistamaan tuota puolta potilaassa, pitkittämään sen kestoa ja luomaan sitä edistäviä tilanteita ja ympäristöjä. Tuota olotilaa kutsutaan sopeutuvaksi tilaksi tai ehkä paremmin toimivaksi tilaksi (adaptive mode).

Negatiivisten oireiden ollessa hoidon ja kuntoutuksen kohteena energiatason parantamiseen (ensimmäinen vaihe) pyritään ihmisten välisen yhteyden ja myönteisten kokemusten lisäksi näiden kytkemisellä henkilön uskomuksiin (Beck ym., 2021). Kielteisten uskomusten (Beck ym., 2009; ks. edellä) imua vastustetaan auttamalla potilasta huomioimaan ne hetket, jolloin he todellisuudessa ovat tarmokkaita, yhteydessä toisiin ja onnistuvat jossain asiassa. Tuossa toimivaan tilaan pääsemiseen yhdistyy myös sen vahvistaminen (neljäs vaihe). On terapeutisesti tärkeää osoittaa toimivaa tilaa kokemuksen aikana, ei vain viitata siihen jälkeenpäin. Pyritään siihen, että henkilö panee merkille myönteisen tunteen ja kokemuksen *in vivo*, kun kokemus onnistumisesta tai mielihyvästä on välittömästi koettu. Toimivan tilan aktivoitumista vahvistetaan kahdella tavalla. Kun on löytynyt aktivoiva keino, joka vie potilaan toimivaan tilaan, on hyvä tehdä siitä keinosta hänelle säännöllinen tapahtuma. Toiseksi yritetään laajentaa keinoja ja löytää uusia keinoja, jotka käynnistävät toimivan tilan (Beck ym., 2021).

Seuraavaksi, kun potilas on energisempi ja hänellä on voimavaroja ajatella tulevaisuutta, voidaan alkaa tutkia, mitkä ovat potilaan pyrkimykset (toinen vaihe) ja mitä ne hänelle merkitsevät (Beck ym., 2021). Esimerkiksi potilaan pyrkimys voisi olla, että hän jossain vaiheessa elämäänsä työskentelee kokkina. Sen merkitystä selvitettäessä (esim. ”Mikä siinä olisi parasta?”) käy ilmi, että potilas on kiinnostunut ruoanlaitosta, hänellä olisi enemmän itsenäisiä toimintamahdollisuuksia ja rahaa käytössä, jos olisi töissä kokkina ja hänestä olisi arvokasta tuottaa hyviä makuelämyksiä toisille ihmisille.

Kolmannessa vaiheessa pyritään rakentamaan askelia, jotka vievät pyrkimyksen suuntaan ja jotka ovat potilaan saavutettavissa (Beck ym., 2021). Askeliin rakentamisessa on huomioitava erityisesti kaksi seikkaa. Ensiksi niiden yhteys potilaan alkuperäiseen pyrkimykseen pidetään esillä. Esimerkiksi kokiksi haluava potilas ei välttämättä yhdistä elämänrytmin parempaa säännöllisyyttä tai toistuvaa kevyttä liikuntaa päämääräänsä. Tällöin voidaan sokraattista kyselyä käyttäen ohjata huomiota siihen, millä

tavalla nämä elementit tukevat pyrkimyksiä ja ovat rakentamassa tietä oikeaan suuntaan. Esimerkiksi voidaan kysyä, miten potilaan nykyinen fyysinen kunto vastaa kokonaisuudessaan tarvittavaa kuntoa ja mikä voisi auttaa parantamaan sitä tarvittaessa (fyysinen harjoittelu, kevyt liikunta). Toiseksi vankat kielteiset uskomukset negatiivisten oireiden taustalla tekevät askelien saavuttamiseen pyrkimisestä haavoittuvaa, koska pienetkin vastoinkäymiset voivat aktivoida kielteisiä uskomuksia epäonnistumisesta, mikä taas voi aikaansaada lamaantumista käyttäytymisen tasolla jne. Terapiassa on siksi herkästi palattava uskomuksien tarkasteluun ja kyseenalaistamiseen. Lisäksi potilaan kanssa on tehtävä vastoinkäymisiin varautumisen työtä ja harjoiteltava selviytymistä niistä.

Kielteisten uskomusten vetovoima on vahva ja siksi hoidossa on tärkeää toistuvasti auttaa potilasta tekemään johtopäätöksiä siitä, kuinka hyödyllistä on olla aktiivinen ja tehdä asioita muiden kanssa sekä siitä, mitä onnistuminen potilaalle merkitsee. Tämä kuuluu vaiheeseen neljä, toimivan tilan vahvistaminen, mihin kuuluu myös kestävästi rakentaminen (Beck ym., 2021). Edellä olevaan esimerkkiin liittyen voidaan kysyä ja samalla suunnata potilaan huomiota siihen, miltä tuntui tai mitä hän huomasi vireystilastaan käytyään kahden päivän aikana ulkoilemassa. Pyritään vahvistamaan kahdenlaisia uskomuksia. Ensiksi vahvistetaan myönteisiä uskomuksia, kuten edellä itsestä ja omasta roolista maailmassa ja suhteessa toisiin (esimerkiksi ”Pystyn olemaan tarmokas” tai ”Olen ihminen, joka haluaa hyvää muille”). Toiseksi vahvistetaan sinnikkyyteen (resilienssi) kuuluvia uskomuksia, uskomuksia kyvystä käsitellä jokapäiväisiä ongelmia ja stressiä (esimerkiksi ”Vaikka minua ei haluttaisikaan tehdä sitä, jos jatkan kuitenkin, alan voimaan paremmin ja voin onnistua”). Myönteiset uskomukset lisäävät toimivaan tilaan pääsemistä ja sen kestoa, sinnikkyyden uskomukset taas auttavat potilasta siirtymään takaisin toimivaan tilaan silloin, kun kielteiset uskomukset tulevat aktiivisiksi (Beck ym., 2021).

Työskentely potilaiden kanssa, joilla on vankkoihin uskomuksiin kytkeytyviä pitkäaikaisia negatiivisia oireita, on raskasta ja vaatii työntekijöiltä sinnikkyyttä. Siinä tilanteessa työskenneltäessä Beck ym. (2021) kehottavat huomioimaan seuraavia seikkoja.

- Ylläpidä hyväntuulista optimismia. Muista, että suuri osa henkilön vastustuksesta tai haluttomuudesta johtuu siitä, että henkilö haluaa pysyä turvassa. Potilaat haluavat toivomansa elämän, mutta eivät tiedä, kuinka sen voi saavuttaa.

- On hyvä, jos työskentely ei tunnu ja vaikuta hoitamiselta. Monilla voi olla pitkä hoitohistoria, diagnooseja ja palveluita, joiden vaikutus voi olla, että hoidollinen ote ja kohtaamiset hoitohenkilökunnan kanssa asettavat henkilön korostetusti potilaan rooliin, johon puolestaan kytkeytyy erityisesti heikkouksia ja ongelmia. Tässä lähestymistavassa hyvin toimivat kuntoutusmuodot (toiminnalliset, aktivoivat, itseä kehittävät) eivät ole irrallisia aktiviteetteja, vaan ne kytketään uskomuksiin. Käytännön kuntoutustoimet valjastetaan muokkaamaan uskomuksia tai tuottamaan vaihtoehtoja uskomuksille, jotka ovat taustalla silloin, kun ihminen kokee yhteyden puuttumista toisiin ja kokee vaikeaksi saavuttaa motivaatiota ja toimintatarmoa.
- Mikään interventio ei ole liian pieni. Ole tyytyväinen pienestä aloittamiseen. Se voi olla keskustelun aiheena tai konkreettisesti ruoka tai juoma, musiikki tai laulu, harrastus, jne. Ei kuitenkaan ole tarkoitus jäädä ”pieniin” asioihin, vaan lähteä niistä liikkeelle kohti henkilön pyrkimyksiä.
- Älä luovuta, jos edistyminen on hidasta. Ole valpas huomaamaan pienimmätkin edistymiset.
- Jotkut toipuvat nopeasti. Vaikka monesti edistyminen on hidasta, toiset etenevät nopeasti kuvatulla toipumisen tiellä. Nuoremmat ja vähemmän aikaa negatiivisten oireiden kanssa eläneet henkilöt todennäköisemmin etenevät muutokseen nopeammin, mutta myös henkilöt, joilla on elämän mittainen yhteyden puuttuminen toisiin voivat edistyä nopeasti.
- Jos kehitys pysähtyy ja tulee takapakkia, palaa takaisin vaiheeseen yksi, kasvattamaan henkilön energiaa ja tukemaan toimivan tilan käyttöön ottamista. Ylämäet ja alamäet ovat osa luonnollista kehitystä. Voit viedä huomion asioihin, jotka alun perin ovat auttaneet toimivan tilan käyttöön ottamisessa ja energian kasvattamisessa.

Sairaudentunto-termillä (englanniksi insight) viitataan potilaan tietoisuuteen siitä, että hänen piirteensä tai vaikeutensa merkitsevät sairautta. Psykiatrisessa hoitokäytännössä sairaudentunnon puuttumista pidetään

monesti esteenä tai merkittävänä häirtana hoidolle ja kuntoutukselle. Näkemys sairaudentunnon olennaisuudesta voi johtaa siihen, että kuntouttamisen yritykset jäävät vähäisiksi tai puuttuvat varsinkin negatiivisesti oireilevan potilaan kohdalla, jonka motivoituminen hoitoon on yleensä heikkoa. Toipumissuuntautuneen terapian ja kuntoutuksen näkökulma on tärkeä, koska se mahdollistaa potilaan tilannetta edistävät toimet edellyttämättä, että potilaan tulisi olla ns. sairaudentuntoinen. Perivoliotis ym. (2009) kuvaavat tapaustutkimuksessaan toipumissuuntautuneen terapiaprosessin, jossa potilas kärsi sekä positiivisista että negatiivisista oireista ja oli sairaudentunnoton. Potilaan hoidon tulokset olivat hyvät sekä oireiden että käytännön toimintakyvyn suhteen. Tässä yhteydessä olennaista on, että toipumisorientoituneella terapialla, missä keskityttiin potilaan kykenevyyden vahvistamiseen, voitiin hoitaa myös negatiivisista oireista kärsivää potilasta ja saatiin hyviä tuloksia huolimatta siitä, että potilas ei ollut sairaudentuntoinen.

Mindfulness-perusteiset interventiot

Mindfulness-perusteiset interventiot (MBI) on todettu meta-analyyseissa monin tavoin hyödyllisiksi psykoosin hoidon yhteydessä ja useimmiten niillä on ollut myönteistä vaikutusta negatiivisiin oireisiin (Khoury ym., 2013; Liu ym., 2021; Chai ym., 2022; Sabé ym., 2024). Sairaalahoidon uusiutumiseen ja sen kestoon on myös havaittu myönteisiä vaikutuksia (Chien ym., 2017; Liu ym., 2021; Sabé ym., 2024). MBI-hoidon hyväksyttävyyys ja sovellettavuus skitsofreniaspektrin potilailla oli erinomainen (Sabé ym., 2024). Negatiivisiin oireisiin kohdentuneessa meta-analyysissään Chai ym. (2022) havaitsivat MBI:n keskimäärin kohtalaisen hyödyn negatiivisiin oireisiin ja lisäksi hyöty riippui hoidon pituudesta. Efektikoko oli suurempi, kun istuntoja oli 10-20, verrattuna siihen, että istuntoja oli yli 20.

Mindfulness-perusteinen interventio näyttäisi myös johtavan pysyvämpiin tuloksiin. Meta-analyysin perusteella myönteinen tulos negatiivisten oireiden osalta pysyi seurannassa vähintään 3-6 kuukautta (Liu ym., 2021). Chien ym. (2017) kuvaavat mielenkiintoista havaintoa mindfulness-perusteisen psykoedukaatiointervention tuloksista pitkällä tähtäimellä. Vertailtavat ryhmät olivat mindfulness-perusteinen psykoedukaatiointerventio, tavanomainen psykoedukaatiointerventio ja tavanomainen hoito (TAU). Tulosten paraneminen sairaalahoidon uusiutumisen, psykoottisten oireiden, toimintakyvyn ja sairauden tai hoidon tarpeen tiedostamisen suhteen ei eronnut MBI-ryhmän ja tavanomaista psykoedukaatiota saaneen ryhmän välillä hoidon jälkeen ja kuuden

kuukauden seurannassa. Sen sijaan 12 ja 24 kuukauden seurannassa erot olivat merkittävät verrattaessa MBI-ryhmää tavanomaisen psykoedukaation ja tavanomaisen hoidon ryhmään MBI-ryhmän eduksi kaikissa kolmessa Aasian maassa, missä tutkimus toteutettiin. Lisäksi MBI-ryhmän potilaiden tulokset vahvistuivat ja pysyivät yllä ajan kuluessa, tavanomaista psykoedukaatiota saaneen ryhmän tulokset yleisesti ottaen hieman paranivat ja tavanomaista hoitoa saaneen ryhmän tulokset heikkenivät 24 kuukauden seuranta-aikana Chienin ym. (2017) tuloksissa ei erityisesti nosteta esiin negatiivisia oireita, mutta pysyvämpi toimintakyvyn paraneminen muiden tulosten ohella viittaa vahvasti siihen, että negatiivisten oireiden vaikutus potilaan elämään on vähentynyt ratkaisevasti.

Psykoosin hoitoon sovelletut mindfulnessiin perustuvat interventiot (MBI) sisältävät elementtejä mindfulnessiin perustuvasta stressin vähentämisen ohjelmasta (MBSR) ja mindfulnessiin perustuvasta kognitiivisesta terapiasta (MBCT) (Sabé ym., 2024). Eri MBI-ohjelmien yhteisiä vaikutusmekanismeja olivat tarkkaavaisuuden harjoittaminen, tunteen- ja stressin säätely, etäännyttäminen, itsemyötätunto ja kognitiivinen uudelleen strukturointi (Sabé ym., 2024).

Mindfulness-aidot voidaan jakaa monitorointiin (tarkastelu, reflektointi) ja hyväksymiseen. Raugh ja Strauss (2024) päätyvät analyysissään siihen, että hyväksymisen taidot ovat keskeisiä psykoottisista häiriöistä kärsivillä. Hyväksyminen kytkeytyy vähäisempiin itseä mitätöiviin uskomuksiin, vähäisempään aleksitymiaan sekä vähäisempiin masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin. Tabak, ym. (2015) havaitsivat tutkiessaan mindfulnessin ja skitsofrenian suhdetta potilailla, että mindfulness oli kytkeytynyt useisiin itseraportoituihin muuttujiin, jotka ovat keskeisiä tekijöitä negatiivisissa oireissa ja huonossa toimintakyvyssä: motivaatioon, tunteiden säätelyyn ja haitallisiin asenteisiin.

Mindfulnessin käyttöä negatiivisten oireiden hoidossa puoltavat sen vaikutukset neurobiologiaan. Ensiksi mindfulnessin vaikutus vähentää stressihormoni kortisolin eritystä ja siten vähentää kroonisen stressin negatiivisia vaikutuksia. Toiseksi se vaikuttaa oksitosiinitasojen kohoamiseen, mikä voi edesauttaa sosiaalista liittymistä, myötätunnon kokemista ja empatiaa. Kolmanneksi se vaikuttaa nostaen dopamiinitasoja tietyillä aivoalueilla, mikä voi vahvistaa motivaatiota ja myönteistä tunnekokemusta (Sabé ym., 2024).

Shen ym. (2023) tutkivat satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa kuuden viikon MBI-ohjelman vaikutusta negatiivisiin jäännösoireisiin ja kognitiivisiin heikkouksiin. Tavallisiin kuntoutusohjelmiin verrattuna MBI-

ohjelman käyneillä oli paremmat tulokset negatiivisten oireiden, yleisen psykopatologian oireiden ja kognitiivisten heikkouksien osalta. Selkein ero kognitiivisissa heikkouksissa oli parantunut välitön muisti, mutta myös viivästetty muisti ja kognitiivisten heikkouksien kokonaispisteet (RBANS) olivat parantuneet. Keskeyttäneitä MBI- ja kontrolliryhmässä oli yhtä paljon, 2/50 (4%) (Shen ym., 2023).

Interventioryhmällä (Shen ym., 2023) oli yhdessä tapaamisessa 45 minuuttia MBI-ohjelmaa ja 45 minuuttia yleistä kuntoutusohjelmaa. Tämä toteutettiin viitenä päivänä viikossa kuuden viikon ajan (vertailuryhmän interventio oli sama määrä yleistä kuntoutusohjelmaa). MBI-ohjelma sisälsi 10 aihetta, joita kutakin käsiteltiin kolmena päivänä:

1. Orientaatio mindfulnessiin (ryhmytyminen, johdanto mindfulnessiin, mindfulness-harjoituksissa käytettävä asento, kohdistaminen hengitykseen ja oleminen läsnä).
2. Mindfulness ja ruminaatio (vatvominen, murehtiminen) (tunnista ruminaatio, kohdista huomio hengitykseen ja läsnäoloon, tietoisuus ajatuksista kohteena).
3. Kognitiiviset mallit (tunnista automaattiset ajattelumallit, tietoisuus kehon tuntemuksista ja ajatuksista kohteena).
4. Skitsofrenian ymmärtäminen (johdanto psykiatriin oireisiin, tietoisuus hengityksestä ja äänistä (äänet eivät tässä viittaa hallusinaatioihin), tietoisuus hengityksestä ja ajatuksista).
5. Sairastamisen kokemuksen ja historian jakaminen (jakaminen pareittain, kannustetaan mindfulnessiin arjessa, syöminen tietoisesti läsnä ollen, venyttely tietoisesti läsnä ollen).
6. Tunteiden tunnistaminen sairastamisen prosessin aikana (ajatukset, tunteet, fyysiset tuntemukset, kohdentaminen sekä miellyttäviin että ärsyttäviin tapahtumiin, kolmen minuutin hengityssessio).
7. Itsen hyväksyminen (sairauden hyväksyminen, jäännösoireiden hyväksyminen, itsestä huolehtimisen harjoittelu, itsen rakastamisen harjoittelu).
8. Lääkityksen hyväksyminen (tunnista lääkkeen haittavaikutukset, kehoskannaus (kehomeditaatio), kävely tietoisesti läsnä ollen).
9. Uusiutumisen ehkäisy (tietoisuus oireista, tunnista uusiutumisen merkit ja niihin liittyvät tekijät, toimivan selviytymisen ja ongelmanratkaisun taitojen oppiminen).

10. Yhteenveto ja keskustelu (tunnelmien jakaminen, mindfulness-harjoittelun yhteenveto, ryhmäkeskustelu tulevaisuuden ongelmista, kannustaminen liittämään mindfulness jokapäiväiseen elämään).

Sabé ym. (2024) tekevät yhteenvetoon MBI-interventiosuosituksiksi tutkimiansa 22 tutkimuksen skitsofreniaspektrin hoito-ohjelmien perusteella:

1. Selvitä käytössä olevat selviytymisstrategiat ja ehdota mindfulnessia yhdeksi lisästrategiaksi.
2. Esittele pidempiä ohjattuja meditaatioita vähitellen välttämällä pitkiä hiljaisuuksia.
3. Istunnot ovat vähemmän intensiivisiä (korkeintaan tunti) kuin normaaleissa MBSR- ja MBCT-ohjelmissa.
4. Kohdistu työskentely mindfulnessin harjoittamiseen elämänhistorian tai trauman selvittämisen sijasta.
5. Korosta hyväksyvää ja ei-arvostelevaa asennetta vaihtoehtona hankalien ajatusten ja tunteiden tukahduttamiselle.
6. Käytä helposti ymmärrettävää kieltä ja vältä hypnoottisia suggestioita.
7. Kotitehtävät ovat valinnaisia.

Lisäksi useimmissa ohjelmissa osallistujien käytettävissä oli äänitallenteita ja harjoitusoppaita. Mikään tutkittu ohjelma ei sisältänyt retriittipäivää, mikä kuuluu normaaliin MBSR- ja MBCT-ohjelmaan (Sabé ym., 2024).

Mindfulness-perusteisia interventioita psykoosin hoidossa selvittäneet tutkimukset joko kohdistuivat negatiivisiin oireisiin tai kuten useammassa tapauksessa, psykoosin oireisiin laajemmin, josta tiedot negatiivisten oireiden osalta on poimittu. Useat tutkimukset puhuvat tämän lähestymistavan olevan hyödyllinen psykoosin hoidossa ja negatiivisten oireiden hoidossa. Tutkitut interventiot olivat ryhmämuotoisia ja määräaikaista. Mindfulness-taitojen kasvattaminen näyttää tukevan potilaan itsemitätöinnin ja itseleimautumisen vähenemistä hyväksymisen ja myötätunnon taitojen vahvistumisen myötä. Tunteen ja stressin säätelyn vahvistuminen vastaavat tunne-elämän haasteisiin sekä voivat luoda pohjaa mielihyvän vahvemmalle kokemiselle. Lisäksi havaittu muistin paraneminen (Shen ym., 2023) voi osaltaan edesauttaa tunnekokemuksen mieleen jäämisen ongelmassa.

Negatiivisten oireiden hoitoon kehitettyjä ohjelmia

Myönteisten tunteiden ohjelma skitsofreniaan (PEPS, Positive Emotions Program for Schizophrenia)

PEPS on ryhmämuotoinen hoito-ohjelma, joka on kehitetty vähentämään mielihyvän kokemisen puutetta (anhedonia) ja tahdottomuutta tai motivaation puutetta (avolition-apathy) (Favrod ym., 2015; Favrod ym., 2019; Nguyen ym., 2016). Ohjelma käsittää kahdeksan ryhmäkertaa kahdeksan viikon aikana.

PEPS on rakennettu käyttäen toipumissuuntautunutta näkökulmaa sen sijaan, että olisi käytetty toimintapuutteisiin (deficit) keskittynyttä näkökulmaa (Nguyen ym., 2016). Ohjelma sisältää käytännön taitojen harjoittelua tässä artikkelissa aiemmin kuvattujen keskeisten uskomuksiin ja tunteisiin liittyvien teemojen suhteen. Harjoiteltavat taidot sisältävät mitätöivien suoriutumiskokemusten muuttamisen, miellyttävistä kokemuksista nauttimisen, tunteiden ilmaisemisen lisäämällä ilmaisemista käyttäytymisen tasolla, miellyttävien kokemusten jakamisen toisten kanssa ja tulevaisuuden miellyttävien kokemusten odottamisen (Favrod ym., 2019).

Pedagogisesti käytetään kokemuksellisen oppimisen mallia (Nguyen ym., 2016). Sen mukaan oppimisprosessissa henkilön kokemus muuntuu henkilökohtaiseksi tiedoksi. Prosessissa tapahtuu ensin henkilön ajankohtainen kokemus, sitten siitä etäännyminen kokemuksen tarkastelun avulla. Tämä mahdollistaa kokemuksen reflektoinnin ja merkityksen antamisen sille. Oppijan ymmärrys lisääntyy ja yleistyy. Tämän jälkeen tulee aktiivisen kokeilun vaihe, missä henkilö soveltaa opittua uutta tietoa käytäntöön. Mallissa on keskeistä kokemisen ja sen reflektoinnin vuorottelu. Ryhmän vetäjät osallistuvat samalla tavalla kuin muut ryhmän jäsenet kertoen omia kokemuksiaan, tekemällä harjoitukset, ym. Yksityiskohtaisempi kuvaus ohjelman sisällöistä löytyy Nguyenin ym. (2016) artikkelista. Ohjelma on ladattavissa alkuperäisenä ranskankielisenä versiona osoitteesta <http://www.seretablir.net/outils-interventions/peps/>.

Favrod ym. (2019) tutkivat PEPS-ohjelman vaikuttavuutta. Tuloksena oli, että PEPS johti kohtalaiseen tai suureen parannukseen apatiaa ja anhedoniaa mittaavilla SANS-pisteillä (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) verrattuna kontrolliryhmään. Lisäksi PEPS johti kohtalaiseen parannukseen nykyhetkessä koetussa ja odotetussa mielihyvässä sekä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Tarkemmin tuloksia tarkasteltaessa voidaan nähdä, että hoidon päättyessä parannusta oli tapahtunut anhedonia-/

asosiaalisuusosiossa, mutta ei apatia-/tahdottomuusosiossa. Kuitenkin kuuden kuukauden seurannassa molemmat osa-alueet olivat kehittyneet parempaan suuntaan SANS-pisteiden perusteella. Eri syistä keskeyttäneitä PEPS-ryhmässä oli 3/40 (7,5 %) ja tavanomaisen hoidon ryhmässä 4/40 (10%) (Favrod ym., 2019).

Motivaation ja käyttäytymisen aktivointi (mBA, Motivational and Behavioral Activation)

Choi ym. (2016) yhdistivät elementtejä käyttäytymisen aktivoinnista ja motivoivasta haastattelusta kehittäessään skitsofrenian lieviin ja kohtalaiseen negatiivisiin oireisiin soveltuvaa hoitoa ja tutkivat sen vaikutusta. Ohjelma käsittää kymmenen 60-70 minuutin pituista ryhmäistuntoa kerran tai kahdesti viikossa. Ohjelmaa testattiin pilottitutkimuksessa (Choi ym., 2016). Ohjelman päätarkoitus oli lisätä sellaisten rutiini- ja sosiaalisten aktiviteettien määrää, joita henkilöt pitivät miellyttävinä, merkityksellisinä ja arvokkaina.

mBA-ohjelma avustaa osallistujia (1) tarkastelemaan päivittäisiä toimia edeltävän viikon aikana, (2) asettamaan tavoitteita, (3) tunnistamaan ja suunnittelemaan päivittäisiä toimia, jotka vastaavat heidän tavoitteitaan, (4) toteuttamaan omia tavoitteiden mukaisia toimintojaan ja (5) tunnistamaan ja huomioimaan esteet tavoitteiden mukaisten toimintojen suorittamiselle. Ohjelman aikana osallistujat käytännössä harjoittelivat (1) tavoitteen asettamista, (2) toimintojen tarkastelua ja miellyttävien ja merkityksellisten toimintojen muistamista, (3) tavoitteiden mukaista toimintojen suunnittelua ja (4) ongelmanratkaisutaitoja. Terapeutit käyttivät motivoivan haastattelun tekniikoita, kuten avoimia kysymyksiä, myönteistä palautetta, reflektointia ja osallistujan ilmaisujen yhteenvetoa. Motivoivan haastattelun tekniikoita käytettiin varsinkin niiden osallistujien kohdalla, jotka olivat ambivalentteja tai joilla ei ollut motivaatiota hoitoa kohtaan (Choi ym., 2016).

Pilottitutkimuksen (Choi ym., 2016) tekijät pitävät menetelmää lupaavana julkisen terveydenhuollon osana positiivisten tulosten lisäksi siksi, koska ohjelman keskeyttämisprosentti oli pieni. Keskeyttäneitä oli 4,35 % ja tavanomaisen hoidon vertailuryhmässä 20,83 %. Verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin mBA-osallistujilla tapahtui huomattava väheneminen negatiivisissa oireissa, kun mittarit olivat PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ja BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale). Lisäksi tutkimuksessa saatiin mielenkiintoinen tulos mBA-osallistujien verbaalisen

oppimisen ja muistin paranemisesta, vaikka ne eivät kuuluneet tutkimuksen varsinaisiin odotuksiin (Choi ym., 2016).

Motivaatio- ja vahvistusharjoittelu (MOVE, Motivation and Enhancement training for negative symptoms in schizophrenia)

Velligan ym. (2015) ovat kehittäneet MOVE-hoito-ohjelman skitsofrenian negatiivisiin oireisiin (ohjelman nimessä Motivation and Enhancement training for Negative Symptoms in Schizophrenia kirjoittajien julkaisussa termin enhancement tilalla on välillä termi eEngagement). MOVE on kotona tai yhteiskunnassa (esim. ravintolat, kaupat, harrastukset) tapahtuva yksilöhoito-ohjelma, joka toteutetaan kerran viikossa yhdeksän kuukauden ajan ja kestää n. 1,25 tuntia/kerta.

MOVE sisältää viisi komponenttia. (1) Edeltävien tekijöiden hallinta. Potilaan ympäristöön pyritään rakentamaan vihjeitä, jotka tukevat hänen aloitteellisuuttaan (esimerkiksi muistutuslappu: ”soita Erkille ja ehdota kahvilla käymistä”). (2) Odotettavissa oleva mielihyvä. Potilas arvioi tulevan mielihyvän jonkin (oletettavasti miellyttävän) toiminnan suhteen asteikolla. Varsinaisen toiminnan aikana potilas arvioi taas mielihyvän asteikolla ohjaajan läsnä ollessa. Arviointien ero pannaan merkille ja keskustellaan sen merkityksestä, että odotettu miellyttävyyden aste tai sen puute ei vastannut todellista miellyttävyyttä, joka oli suurempi. Tämä prosessi tallennetaan myöhemmin tarkasteltavaksi. (3) Emotionaalinen prosessointi ja ilmaisu. Potilaan omien tunnetilojen tunnistamista ja ilmaisua opetetaan. Toisen tunteiden tunnistamista opetellaan sosiaalisen kognition harjoitusohjelmien elementtien avulla (SCIT). Sosiaalisiin tilanteisiin liittyvää tunteiden ilmaisemista harjoitellaan. (4) CBT kohdistettuna itseä mitätöiviin ajatuksiin. (5) Taitojen kehittäminen. Sosiaalisia ja itsenäisen elämän taitoja opetetaan rooliharjoitusten avulla vaihe vaiheelta.

Pilottitutkimuksessa (Velligan ym., 2015) MOVE:n vaikutus tuli näkyviin yhdeksän kuukauden kohdalla hoidon päättyessä. Vaikutus verrattuna tavanomaiseen hoitoon oli vaatimaton ja siihen vaikutti sekä parannus MOVEen osallistuneilla, että heikentyneet pisteet tavanomaisen hoidon ryhmässä. Päätulos MOVE-ohjelmasta oli, että sen vaikutus kohdistui pääasiassa motivaatioon ja sosiaaliseen liittymiseen. Vaikka emotionaalinen ilmaisu oli kohteena, MOVE:n vaikutusta siihen ei ollut havaittavissa. MOVE-tutkimuksessa kesken jättäneiden määrä oli

huomattava 9/26, kun se tavanomaisen hoidon ryhmällä oli 3/25. Keskeyttäneiden suhteellinen osuus oli myös huomattavasti suurempi kuin Choin ym. (2016) tutkimuksessa (4,35 %) (ks. edellä).

Johtopäätökset

Psykososiaalinen terapia tai kuntoutus, jonka kohteena on skitsofreniadiagnoosin saaneen henkilön negatiiviset oireet, on tutkimusten mukaan yleisesti ottaen hyödyllistä ja potilaan elämänlaatua parantavaa. Tulee vaikutelma, että keskeiset negatiivisia oireita kehittävät ja ylläpitävät prosessit kytkeytyvät enemmän tai vähemmän toisiinsa. Tunne-elämän lamautuminen ja mielihyvän kokemisen vaikeudet vahvistavat toisiaan ja ne molemmat vievät pohjaa pois tahtomiselta ja motivoitumiselta, mikä suuntautuisi tulevaisuuteen. Motivoituminen taas on kytköksissä epäonnistumisen uskomuksiin laajalla alueella ja mm. epäonnistumisen uskomukset voivat tuottaa muita kielteisiä uskomuksia, kuten uskomuksia mielihyvän ja ylipäänsä myönteisten aikaansaannosten saavuttamisen vaikeudesta. Tämä taas johtaa käyttäytymisen tasolla passiivisuuteen ja yrittämisen ja ponnistelun välttämiseen ja oireita vahvistaviin negatiivisiin kehiin. Skitsofreniapotilailla usein merkittävät neurokognitiiviset puutokset voivat ymmärrettävästi olla negatiivisten oireita liikkeelle paneva tai niitä vahvistava tekijä (Stolar & Grant, 2011). Kognitiiviset puutokset ja vaikeudet altistavat ihmistä elämän kulun aikana epäonnistumisille suoritus- ja sosiaalisissa tilanteissa, mikä aikaansaa tai vahvistaa uskomuksia onnistumisen vaikeudesta ja omasta kyvyttömyydestä. Tämä johtaa ajan kanssa heikentyvään motivaatioon ja onnistumisista ja sosiaalisista tilanteista saadun mielihyvän odotusten vähenemiseen.

Wright ym. (2014; s. 85) tiivistävät negatiivisiin oireisiin liittyvän niitä ylläpitävän ja vahvistavan käyttäytymisen kierteen. Negatiiviset oireet samaan tapaan kuin masennus, sisältävät käyttäytymisen malleja, jotka johtavat laajenevaan noidankehään, jossa ihminen joutuu erilleen motivaatiota ja mielihyvää vahvistavista lähteistä ja/tai omien arvojen mukaisesta toiminnasta. Kun ihminen vetäytyy yhteydestään ympäristöön tunnetasolla, kognitiivisesti ja käyttäytymisensä kautta häneltä katoavat mahdolliset olemassa olevat ”palkitsemisen” lähteet (kuten myönteiset tunteiden ja onnistumisen kokemukset). Lisäksi kyky ja voimavarat pitää sellaisia kokemuksia palkitsevina häviää.

Psykososiaalista terapiaa ja kuntoutusta on uskomuksiin kohdistuva työskentely, jolloin keskeisiä ovat negatiiviset suoriutumiskomukset, uskomukset sosiaalisen liittymisen mahdollisuudesta ja sosiaalisesta kyvykkyydestä, uskomukset mielihyvän saavuttamisen mahdollisuudesta ja uskomukset tunteiden hallitsemisesta. Toinen keskeinen terapiateema on tunteiden ja mielihyvän kanssa työskentely. Pyrkimyksenä on kuntouttaa tunteiden kokemista ylipäänsä, positiivisiin tunnekokemuksiin ja mielihyvään liittyvää mieleen palauttamista ja ennakoitua.

Kolmas terapeutin teema on intensiteetiltään sopivan sosiaalisen aktiivisuuden mahdollistaminen potilaan elämässä, mikä on negatiivisia oireita vähentävä seikka, ja sitä tukevat erilaiset sosiaalisten taitojen elementit hoito-ohjelmissa. Monet tutkimuksissa arvioidut hoito-ohjelmat ovat ryhmämuotoisia, mikä itsessään voi tukea sosiaalista palkitsevuutta ja sosiaalisen liittymisen vahvistumista. Mindfulness-interventiot näyttävät vievän voimaa kielteisiltä uskomuksilta hyväksymisen ja myötätunnon taitojen oppimisen avulla sekä kehittävän tunteiden säätelyn taitoja. Neurokognitiiviset kuntoutusmuodot, kuten kognitiivinen remediaatio (CR) ovat myös terapeutin lähestymiskulma negatiivisten oireiden hoitoon. Niiden tarkempi esittely jää tämän artikkelin ulkopuolelle. Toipumiskeskeinen näkökulma ja työskentelyote kattaa sekä tunnekokemuksiin, uskomuksiin että käyttäytymisen aktivoitumiseen liittyvät teemat. Se sisältää vaiheet realistiseen etenemiseen vaikeista oireista pitkäänkin kärsineen potilaan kanssa eikä välttämättä edellytä potilaan tietoisuutta sairaudestaan (sairaudentuntoa).

Tunteiden kokemisen ongelmia ja vastaavasti terapiaa on tässä käsitelty osana skitsofrenian negatiivisia oireita. Siksi on mielenkiintoista, että tunnepainotteisessa terapiassa (emotion focused therapy, EFT), jota ei varsinaisesti sovelleta skitsofrenian hoitoon, on edellä kuvattujen kanssa samanlaisia työskentelytekniikoita tunteiden kokemisen ja niistä tietoisena olemisen vahvistamiseksi. Esimerkiksi Greenberg ja Warwar (2006) ohjaavat potilasta tunnistamaan tunteitaan arkielämässä ja eläytymään tarkoituksellisesti tunteisiin harjoitusten avulla. Myötätuntokeskeinen terapia (compassion-focused therapy, CFT) on käytössä psykoosien hoidossa (Heriot-Maitland & Russel, 2019) ja sillä voi nähdä olevan yhtymäkohtia artikkelissa kuvatun negatiivisten oireiden hoidon kanssa. Mindfulness-perusteisissa interventioissa nousivat usein tärkeiksi vaikuttaviksi tekijöiksi samanlaiset elementit kuin CFT:ssä, hyväksymisen ja myötätunnon taidot. Samoin itseleimautumisen ja häpeän vähentäminen ovat keskeisiä CFT:ssä ja MBI:ssa. Uskomuksien näkökulmasta itseä leimaavat mitätöivät

suoritususkomukset ovat otollista maaperää myös itsemyötätuntoa kasvattavalle CFT-työskentelylle. Lisäksi myös CFT:ssä käytetään samankaltaisia tunteiden vahvistamismenetelmiä kuin aiemmin kuvatut negatiivisten oireiden interventiot käyttävät. Esimerkiksi potilasta voidaan ohjata muistojen ja mielikuvien avulla eläytymään turvallisuutta ja myötätuntoa synnyttävään tilaan ja kokemaan siihen liittyvä tunnetila tässä ja nyt (Heriot-Maitland & Russel, 2019).

Psykososiaalisten terapia- ja kuntoutusmuotojen laajempi käyttäminen skitsofreniapotilaiden negatiivisten oireiden hoidossa on nykyisen tutkimustiedon pohjalta perusteltua ja tärkeää. Monet negatiivisiin oireisiin kohdistetut interventiot ovat tuloksekkaita ja johtavat potilaiden elämänlaadun paranemiseen. Hoito ja interventiot kannattaa aloittaa hyvissä ajoin. Aktiivinen hoito skitsofrenian varhaisessa vaiheessa kytkeytyy skitsofrenian parempaan etenemiseen ja on näyttöä siitä, että varhainen interventio voi parantaa negatiivisia oireita (Galderisi ym., 2021).

Lähteet

Anttonen, S., & Määttä, H. (2020). Psykoosit. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, M. Koivisto & N. Holmberg (toim.). *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 416–450). Duodecim.

Beck, A. T., Grant, P., Inverso, E., Brinen, A. P., & Perivoliotis, D. (2021). *Recovery-oriented cognitive therapy for serious mental health conditions*. Guilford.

Beck, A., Rector, N., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. Guilford.

Berglund, A., James, S., Raugh, I., & Strauss, G. (2023). Beliefs about uncontrollability and usefulness on emotion in the schizophrenia-spectrum: Links to emotion regulation and negative symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 47, 282–294. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10357-w>

Blanchard, J., Shan L., Andrea A., Savage C., Kring, A., & Weittenhiller, L. (2020). Negative symptoms and their assessment in schizophrenia and

related disorders. Teoksessa J. Badcock & G. Paulik (toim.). *A clinical introduction to psychosis* (s. 153–175). Academic Press.

Brabban, A., Byrne, R., Longden, E., & Morrison, A. (2017). The importance of human relationships, ethics and recovery-oriented values in the delivery of CBT for people with psychosis. *Psychosis*, 9(2), 157–166. <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1259648>

Cella, M., Preti, A., Edwards, C., Dow, T., & Wykes, T. (2017). Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: A network meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 43-51. DOI: [10.1016/j.cpr.2016.11.009](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.009)

Cella, M., Roberts, S., Pillny, M., Riehle, M., O'Donoghue, B., Lyne, J., Tomlin, P., Valmaggia, L., & Preti, A. (2023). Psychosocial and behavioural interventions for the symptoms of schizophrenia: a systematic review of efficacy meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 223(1), 321–331. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.21>

Chai, J., Xiao, X., An, N., Liu, F., Liu, S., Hu, N., Yang, Y., Cui, Y., & Li, Y. (2022). Efficacy of mindfulness-based interventions for negative symptoms in patients diagnosed with schizophrenia: a meta-analysis. *Mindfulness*, 13(8), 2069–2081. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01942-3>

Chien, W., Bressington, D., Yip, A., & Karatzias, T. (2017). An international multisite, randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 47(12), 2081–2096. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000526>

Choi, K-H., Jaekal, E., & Lee, G-Y. (2016). Motivational and behavioral activation as an adjunct to psychiatric rehabilitation for mild to moderate negative symptoms in individuals with schizophrenia: A proof-of-concept pilot study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1759. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01759>

Clarke, I. (2009). Pioneering a cross-diagnostic approach founded in cognitive science. Teoksessa I. Clarke & H. Wilson (toim.). *Cognitive*

behaviour therapy for acute inpatient mental health units. Working with clients, staff and the milieu (s. 65–76). Routledge.

Correll, C., & Schooler, N. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *16*, 519–534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>

Da Silva, S., Saperia, S., Siddiqui, I., Fervaha, G., Agid, O., Daskalakis, J., Ravindran, A., Voineskos, A., Zakzanis, K., Remington, G., & Foussias, G. (2017). *Psychiatry Research*, *254*, 112–117. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00191>

Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J.-D., Ringuet, A., Rexhaj, S., & Bonsack, C. (2015). Positive emotions programme for schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*, *15*:231. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0610-y>.

Favrod, J., Nguyen, A., Chaix, J., Pellet, J., Frobert, L., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Brana, A., Tamic, G., Suter, C., Rexhaj, S., Golay, P., & Bonsack, C. (2019). Improving pleasure and motivation in schizophrenia: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *88*(2), 84–95. <https://doi.org/10.1159/000496479>

Galderisi, S., Kaiser, S., Bitter, I., Nordentoft, M., Mucci, A., Sabé, M., Giordano, G., Nielsen, M., Glenthøj, L., Pezzell, P., Falkai, P., Dollfus, S., & Gaebel, W. (2021). EPA guidance of treatment of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry*, *64*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.13>

Greenberg, L., & Warwar, S. (2006). Homework in an emotion-focused approach to experiential therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *16*, 2, 178-200.

Grant, P., Bredemaier, K., & Beck, A. T. (2017). Six-month follow-up of recovery oriented cognitive therapy for low-functioning individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *68*(10), 997–1002. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600413>

Grant, P., Huh, G., Perivoliotis, D., Stolar, N., & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *69*(2), 121–127. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.129>

Hardy, A. (2017). Pathways from trauma to psychotic experiences: A theoretically informed model of posttraumatic stress in psychosis. *Frontiers in Psychology*, *8*: 697. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00697

Hardy, A., van de Giessen, I. & van den Berg, D. (2020). Trauma, posttraumatic stress, and psychosis. Teoksessa J. Badcock & G. Paulik (toim.). *A Clinical introduction to psychosis. Foundations for clinical psychologists and neuropsychologists*. Elsevier.

Heriot-Maitland, C., & Russel, G. (2019). Compassion-focused therapy for relating to voices. Teoksessa C. Cupitt (toim.). *CBT for psychosis: Process-oriented therapies and the third wave*. Routledge.

Hiekkala-Tiusanen, L., Halunen, M., Mehtälä, T., & Kiesepä, T. (2019). Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa – sivuosasta tähtinäyttelijäksi? *Duodecim*, *135*, 2011–2019.

Horan, W., Kring A., Gur, R., Reise, S., & Blanchard, J. (2011). Development and psychometric validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophrenia Research*, *132*(2-3), 140–145. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.06.030>

Humpston, C., & Jackson, H. (2020). What is psychosis? Part two: Current conceptualization of psychosis – clinical and research perspectives. Teoksessa J. Badcock & G. Paulik (toim.) *A clinical introduction to psychosis* (s. 8–36). Academic Press.

James, S., Berglund, A., Chang, W., & Strauss, G. (2022). Discrepancies between ideal and actual affect in schizophrenia: Implications for understanding negative symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, *155*, 313–319. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.09.024>

Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Fair, K. L., & Tarrier, N. (2013). A therapeutic tool for boosting mood: The Broad-Minded Affective Coping

Procedure (BMAC). *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 61–70. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9453-8>

Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.055>

Klingberg, S., Wölwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., Buchkremer, G., & Wiedemann, G. (2011). Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (Suppl 2), S98–110. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr073>

Kring, A., & Elis, O. (2013). Emotion deficits in people with schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 409–433. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185538>

Li, X., Xiao, Y-H., Zou, L-Q., Li, H-H., Yang, Z-Y., Shi, H-S., Lui, S., Cheung, E., & Chan, R. (2016). The effects of working memory training on enhancing hedonic processing to affective rewards in individuals with high social anhedonia. *Psychiatry Research*, 245, 482–490. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.006>

Liu, Y-C., Li, I-L., & Hsiao, F-H. (2021). Effectiveness of mindfulness-based intervention on psychotic symptoms for patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2565–2580. <https://doi.org/10.1111/jan.14750>

Lutgens, D., Garipey, G., & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 324–332. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.197103>

Montvidas, J., Adomaitiene, V., Leskauskas, D., & Dollfus, S., (2023). Correlation of health-related quality of negative symptoms assessed with the self-evaluation of negative symptoms scale (SNS) and cognitive deficits in schizophrenia: A cross-sectional study in routine psychiatric care. *Journal on Clinical Medicine*, 12(3), 901. <https://doi.org/10.3390/jcm12030901>.

Mullen, M. (2021). *The dialectical behavior therapy skills workbook for psychosis. Manage your emotions, reduce symptoms & get back to your life.* New Harbinger.

Ngyuen, A., Frobert, L., McCluskey, I., Golay, P., Bonsack, C., & Favrod, J. (2016). Development of positive emotions program for schizophrenia: An intervention to improve pleasure and motivation in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry, 7*: 13. 00013. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00013>

NICE (National Institute of Health and Care Excellence) (2014): Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. www.nice.org.uk/guidance/cg178.

Perivoliotis, D., & Cather, C. (2009). Cognitive behavioral therapy of negative symptoms. *Journal of Clinical Psychology: In session, 65*(8), 815–830. <https://doi.org/10.1002/jclp.20614>

Phahladira, L., Asmal, L., Lüchoff, H., du Plessis, S., Scheffler, F., Smit, R., Chiliza, B., & Emsley, R. (2022). The trajectories and correlates of two negative symptom subdomains in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research, 243*, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.017>

Raffard, S., Esposito, F., Boulenger, J.-P., & van der Linden, M. (2013). Impaired ability to imagine future pleasant events is associated with apathy in schizophrenia. *Psychiatry Research, 209*, 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.04.016>

Raugh, I., & Strauss, G. (2024). Trait mindfulness in psychotic disorders: Dimensions predicting symptoms, cognition, and functional outcome. *Behavior Therapy, 55*(1), 55–67. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.004>

Riehle, M., Pillny, M., & Lincoln, T. (2017). Are the negative symptoms of schizophrenia treatable at all? A systematic review on efficacy studies for targeted psychological interventions for negative symptoms. (English Version of) *Verhaltenstherapie 2017, 27*(3), 199–208. <https://doi.org/10.1159/000478534>

Sabé, M., Kohler, R., Perez, N., Sauvain-Sabé, M., Sentissi, O., Jermann, F., Prada, P., Perroud, N., & Böge, K. (2024). Mindfulness-based intervention for patients with schizophrenia spectrum disorder: A systematic review of the

literature. *Schizophrenia Research*, 264, 191–203. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.12.011>

Sadeniemi, M., Häkkinen, M., Koivisto, M., Ryhänen, T., & Tsokkinen, A-L. (2019). *Viisas mieli. Opas tunnesäätelyvaikeuksista kärsiville*. Duodecim.

Shen, H., Zhang, L., Li, Y., Zheng, D., Du, L., Xu, F., Xu, C., Liu, Y., Shen, J., Li, Z., & Cui, D. (2023). Mindfulness based intervention improves residual negative symptoms and cognitive impairment in schizophrenia: a randomized controlled follow up study. *Psychological Medicine*, 53(4), 1390–1399. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002944>

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (viitattu 05.06.2023). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

[Staring, A., ter Huurne, M.-A., & van der Gaag, M. \(2013\). Cognitive behavioral therapy for negative symptoms \(CBT-n\) in psychotic disorders: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 44, 300–306. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.01.004>](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.01.004)

Stolar, N., & Grant, P. (2011). Cognitive characterization and therapy of negative symptoms and formal thought disorder. Teoksessa R. Hagen, D. Turkington, T. Berge & R. Gråwe (toim.). *CBT for psychosis. A symptom-based approach* (s. 116–127). Routledge.

Strauss, G. P. (2013a). The emotion paradox of anhedonia in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 247–250. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs192>

Strauss, G. P. (2013b). Translating basic emotion research into novel psychosocial interventions for anhedonia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 737–739. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt082>

Tabak, N., Horan, W., & Green, M. (2015). Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation emotion regulation, dysfunctional attitudes and negative syndromes. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 537–542. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.030>

Thomson, A., Griffiths, H., & Schwannauer, M. (2018). Negative symptoms: barely understood, poorly treated. *Psychosis*, *10*(1), 62–63. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1397735>

Turner, D., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2018). A Meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(3), 475–491. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx146>

Ventura, J., Subotnik, K., Grechen-Doorly, D., Casaus, L., Boucher, M., Medalia, A., Bell, M., Helleman, G., & Nuechterlein, K. (2019). *Schizophrenia Research*, *203*, 24-31. doi: 10.1016/j.schres.2017.10.005

White, R., Laitwaite, H., & Gilbert, P. (2013). Teoksessa A. Gumley, A. Gillham, K. Taylor, & M. Schwannauer (toim.). *Psychosis and emotion. The role of emotions in understanding psychosis, therapy and recovery* (s. 177–190). Routledge.

Wright, N.P., Turkington, D., Kelly, O.P., Davies, D., Jacobs, A.M., & Hopton, J. (2014). *Treating psychosis. A clinician's guide to integrating acceptance & commitment therapy, compassion focused therapy & mindfulness approaches within the cognitive behavioral therapy tradition*. New Harbinger.