

Marika Salmi

Kognitiivinen psykoterapia psykoosien prodromaalivaiheen hoidossa

Syventävien opintojen kirjallinen työ
Syyslukukausi 2023

Marika Salmi

Kognitiivinen psykoterapia psykoosien prodromaalivaiheen hoidossa

Kliininen laitos, psykiatria

Syyslukukausi 2023

Vastuuhenkilö: Sinikka Luutonen

Sisällys

1 Johdanto	2
2 Psykoosit.....	3
2.1 Psykoosien esiintyvyys, riskitekijät ja kansantaloudellinen merkitys.....	3
2.2 Psykoosin oireet	3
2.3 Psykoosin kehittyminen ja prodromaalivaihe	4
2.4 Psykoosin prodromaalivaiheessa olevien potilaiden tunnistaminen	6
3 Kognitiivinen psykoterapia	7
3.1 Kognitiivisen psykoterapian perusajatus.....	7
3.2 Käsitteellistäminen ja tavoitteiden asettaminen	8
3.3 Keskeiset työtavat	9
3.4 Kognitiivinen käyttäytymisterapia.....	10
3.5 Kognitiivinen psykoterapia psykoosien hoidossa	10
4 Kognitiivinen psykoterapia psykoosien prodromaalivaiheen hoidossa	12
4.1 Kognitiivisen psykoterapian teho psykoosiin sairastumisen viivästyttämisessä ja estossa	12
4.2 Kognitiivisen psykoterapian teho psykoosin prodromaalivaiheessa oireiden ja toimintakyvyn osalta	13
4.3 Kognitiivisen psykoterapian teho psykoosin prodromaalivaiheessa kustannuksien osalta	14
5 Pohdinta	15
Lähteet.....	17

1 Johdanto

Psykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa henkilöllä on vaikeuksia erottaa todellisuus epätodellisesta. Todellisuudentaju aisti- tai ajatustoiminnon alueella on siis heikentynyt. Tyypillisiä oireita ovat harhaluulot eli deluusiot ja aistiharhat eli hallusinaatiot. Lisäksi puhe ja ajatuksen kulku ovat usein epäjohdonmukaista ja hajanaista.

Ensipsykoosiin sairastutaan usein varhaisaikuisuudessa; suurin riski sairastua ajoittuu murrosiän ja noin 35 ikävuoden välille (1). Varsinaista psykoosia edeltää usein ns. ennako-oireiden vaihe eli prodromaalivaihe. Tällöin oireina on samankaltaisia yleisoireita kuin varsinaisessa psykoosissa, kuten masennusta ja ahdistusta. Psykoosiin sairastuneiden potilaiden elinajan odote on myös noin 10–15 vuotta lyhyempi verrattuna normaaliväestöön (2). Psykooseihin liittyy usein työkyvyttömyys (3). Potilaat sairastuvat suhteellisen nuorina, minkä vuoksi psykoosisairauksista on työkyvyttömyyden osalta merkitystä kansantaloudelle.

Psykoosien ennaltaehkäisy ja psykoosijakson keston lyhentäminen on tärkeää, niin yksilöiden kuin yhteiskunnan kannalta. Keskeinen keino tämän tavoitteen saavuttamiseksi olisi psykoosien mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja hoito (1). Kontrolloiduissa interventiotutkimuksissa on havaittu, että lääkehoidolla, kognitiivisella käyttäytymisterapialla ja integroidulla psykoterapialla on voitu estää tai ainakin siirtää riskipotilaiden sairastumista psykoosiin (4).

Tämän työn tavoitteena on kartoittaa narratiivisen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin kognitiivisen psykoterapian hyödyntämistä psykoosien prodromaalivaiheen hoidossa. Kirjallisuuskatsausta varten perehdyttiin ensin psykoosiin ilmiönä, sen oireisiin ja hoitomenetelmiin sekä kognitiiviseen psykoterapiaan. Perehtyminen tapahtui pitkälti oppikirjojen ja skitsofrenian käypä hoito -suositusten avulla. Perehtymisen jälkeen syvennyttiin nimenomaan kognitiiviseen psykoterapiaan psykoosien prodromaalivaiheen hoidossa. Tätä varten tehtiin tietokantahakuja keskeisimmistä lääketieteellisistä tietokannoista (Pubmed, Cochrane). Tietokannoista löytyneiden artikkelien lisäksi hyödynnettiin haun tuloksina saatujen artikkelien lähdeluetteloja ja esimerkiksi skitsofrenian käypä hoito -suositusten lähdeluetteloja.

Katsauksen alussa tarkastellaan psykoosia ilmiönä, sen kehitystä prodromaalivaiheen kautta ja kognitiivista psykoterapiaa hoitomuotona. Tämän jälkeen keskitytään siihen, voiko kognitiivista psykoterapiaa hyödyntää psykoosien prodromaalivaiheen hoidossa.

2 Psykoosit

2.1 Psykoosien esiintyvyys, riskitekijät ja kansantaloudellinen merkitys

Psykoosit jaetaan skitsofreniaryhmän (skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö) ja mielialaoireisiin psykooseihin (vakava masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö, kun niihin liittyy aistiharhoja tai harhaluuloja) (3). Lisäksi psykoosi voi johtua päihteiden käytöstä tai ruumiillisesta sairaudesta. Suomessa kaikkien psykoosien elämänaikainen esiintyvyys on 3,5 % (3). Yleisin psykoosisairaus on skitsofrenia, jonka esiintyvyys on 1,0 % (3).

Psykoosit ovat monitekijäisiä sairauksia. Niihin vaikuttavat perimä ja ympäristö. Mikään yksittäinen riskitekijä ei johda sairastumiseen, vaan siihen vaaditaan monen riskitekijän kasautuminen. Ympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi raskaus- ja synnytyskomplikaatiot, syntymävuodenaika (talvi, kevättalvi), äidin nuori ikä, isän nuori tai korkea ikä, psyykkiset traumat ja kaltoinkohtelu lapsuudessa ja nuoruudessa, vakavat infektiot lapsuudessa ja kannabiksen käyttö (5).

Kuten aiemmin johdannossa jo mainittiin, potilaat sairastuvat yleensä nuorina aikuisina, mikä aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja lyhentää elinikää. Eräässä tutkimuksessa arvioitiin aivosairauksien aiheuttamia kustannuksia Euroopassa vuonna 2010. Tässä tutkimuksessa psykoosit aiheuttivat kolmanneksi eniten kustannuksia mielialahäiriöiden ja dementian jälkeen (6). Psykoosisairaudet ovat siis merkittävä kansanterveydellinen ongelma.

2.2 Psykoosin oireet

Psykoosin oireet voidaan jakaa negatiivisiin oireisiin, hajanaisuuteen ja positiivisiin oireisiin. Negatiivisia oireita ovat tunne-elämän latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus ja kyvyttömyys tuntea mielihyvää. Henkilö saattaa eristäytyä omaan kotiinsa. Hajanaisuus voi tulla esille potilaan puheessa tai käytöksessä. Puhe voi olla epäjohdonmukaista ja ajatus saattaa katkeilla.

Positiivisia oireita ovat aistiharhat ja harhaluulot. Aistiharhat eli hallusinaatiot eivät perustu mihinkään todelliseen aistiärsykkeeseen, ja ne voivat liittyä mihin tahansa aistiin. Kuuloharhat ovat yleisimpiä (7). Näköharhat ovat epätavallisia ja voivat viitata aivoperäiseen orgaaniseen häiriöön (7). Aistiharhoja voi olla esimerkiksi ihon alla tuntuva liike tai potilaan kuulemat äänet, joita muut eivät kuule. Harhaluulot eli deluusiot voivat olla epätavallisia, poikkeavia tai epäluuloisia. Tyypillisesti harhaluuloihin voi liittyä vainoharhaisuus, mustasukkaisuus tai suuruuskuvitelmat. Psykoosissa esiintyvä vainoharhainen harhaluulo voi olla esimerkiksi ajatus siitä, että joku vainoaa tai tarkkailee potilasta, vaikka näin ei todellisuudessa ole. Suuruuskuvitelmaan liittyvä harhaluulo voi olla esimerkiksi potilaan kuvitelma siitä, että hän olisi jumala tai tämän jälkeläinen.

Psykoottisella potilaalla esiintyy usein myös kognitiivisia oireita. Sana kognitio on yleiskäsite, joka tarkoittaa prosessiluontoisia toimintoja, jotka koskevat joko mielensisäistä tiedonkäsittelyä kokonaisuudessaan tai sen erilaisia osatekijöitä kuten havaitsemista, tarkkaavaisuuden suuntaamista, muistamista, päätöksentekoa, toiminnan syiden selittämistä (attribuointia), tulkitsemista ja ajattelua. Kognitiiviset oireet voivat ilmetä siis esimerkiksi muistamisen vaikeutena tai tarkkaavaisuuden heikentymisenä. Nämä oireet aiheuttavat toimintakyvyn heikkenemistä. Lisäksi potilaalla voi esiintyä myös ahdistus- ja mielialaoireita, kuten masennusta, itsetuhoisuutta ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa.

2.3 Psykoosin kehittyminen ja prodromaalivaihe

Ensipsykoosia edeltää usein prodromaali- eli ennako-oirevaihe, joka tarkoittaa ajanjaksoa ensimmäisistä oireista ensipsykoosiin sairastumiseen saakka. Skitsofreniaan sairastuvista 75 %:lla on havaittu keskimäärin viiden vuoden pituinen prodromaalivaihe (1). Tässä vaiheessa potilaalla esiintyy ns. yleisoireita, jotka voidaan jakaa epäspesifeihin ja spesifeihin oireisiin. Oirehdinta alkaa tavallisesti epäspesifeillä oireilla, mutta spesifejä oireita voi olla myös yhtä aikaa tai joskus spesifejä oireita on alusta alkaen. Taulukossa 1 kuvataan eri vaiheiden oireita tarkemmin.

Epäspesifit oireet ovat nimensä mukaisesti epäspesifejä. Niistä kärsivä potilas ei välttämättä sairastu psykoosiin tai saattaa olla riskissä sairastua muuhun psyykkiseen sairauteen. Epäspesifejä oireita ovat mm. motivaation lasku, ärtyisyys, ahdistuneisuus, mielialaoireet, keskittymisvaikeudet, muista ihmisistä eristäytyminen ja inihäiriöt. Prodromaalivaihe alkaa tavallisesti epäspesifeillä oireilla, mutta ei kuitenkaan aina (1).

Spesifit oireet ovat psykoosille tarkempia. Ne voidaan jakaa edelleen alkuvaiheen ja välittömän riskivaiheen oireisiin. Alkuvaiheen spesifejä oireita kutsutaan myös perusoireiksi. Spesifeihin oireisiin liittyy alkuvaiheessa usein ”outouden” kokemuksen tunne tai erilaisia häiriöitä motoriikan, kognitioiden, ajattelun ja havainnoinnin alueella. Alkuvaiheen spesifejä oireita ovat esimerkiksi puheen tuottamisen vaikeus, ajatusten salpautuminen ja huomion kohteena olemisen tunne.

Välittömään riskivaiheeseen siirryttäessä spesifit oireet muistuttavat yhä enemmän psykoosin positiivisia oireita. Tässä vaiheessa ne ovat kuitenkin vielä lievempiä ja esiintyvät harvemmin kuin varsinaisessa psykoosissa. Välittömässä riskivaiheessa voi esiintyä myös lyhytaikaisia (kestoltaan korkeintaan minuutteja/tunteja) psykooseja. Välittömän riskivaiheen spesifejä oireita ovat esimerkiksi poikkeavat ajatukset, epäluuloisuus, suuruusajatukset ja havaintojen vääristymät.

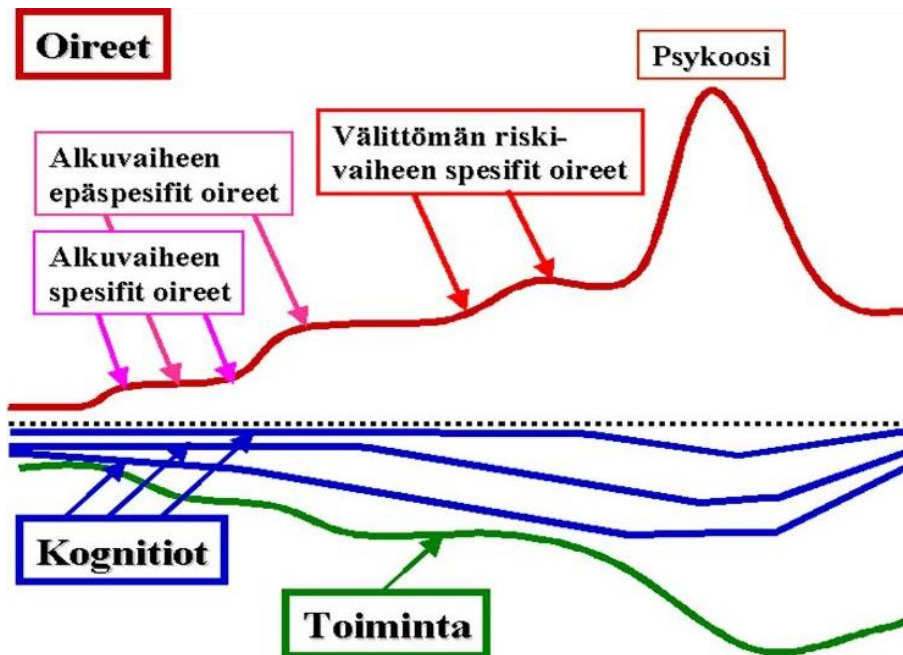
Taulukko 1. Psykoosin prodromaalioireet vaiheittain (lähde: Luutonen S ym. Varhain 2006) (1)

Alkuvaiheen epäspesifit oireet	Alkuvaiheen spesifit oireet	Välittömän riskivaiheen oireet
- Keskittymiskyvyn ja huomion kiinnittämisen heikkeneminen - Puhdin ja motivaation lasku,	- Kyvyttömyys jakaa huomiota - Ajatusten häiriintyminen - Ajatusten tulviminen	- Poikkeavat ajatukset - Epäluuloisuus - Suuruusajatukset

<p>energian puute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressiivinen mieliala - Unihäiriöt - Ahdistuneisuus - Sosiaalinen syrjään vetäytyminen - Roolisuoritusten heikkeneminen - Ärtäisyys 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajatusten salpautuminen - Vaikeus ymmärtää lukemaansa tai kuulemaansa - Vaikeus tuottaa puhetta - Huomion tai tarkkailun kohteena olemisen tunne - Juuttuminen yksittäisiin näköhavaintoihin - Ympäristön muuttuminen - Vaikeus erottaa ajatuksia ja havaintoja mieli- ja muistikuvista - Aisteihin liittyvät muutokset ja outoudet - Liikkeiden poikkeavuudet 	<ul style="list-style-type: none"> - Havaintojen vääristymät ja harha-aistimukset - Ajatusten ja puheen hajanaisuus
--	--	---

Prodromaalivaiheessa tapahtuu muutoksia myös kognitiivisessa toiminnassa. Muutokset tapahtuvat yleensä pikkuhiljaa, mahdollisesti huomaamattomasti ja pahentuvat ensipsykoosia lähestyttäessä välittömässä riskivaiheessa. Yleisiä kognitiivisia muutoksia prodromaalivaiheessa ovat keskittymiseen ja tarkkaavaisuuteen liittyvät ongelmat, työmuistihäiriöt, havaintotoiminnan häiriöt, ajattelutoiminnan häiriöt ja suoristusten hidastuminen.

Prodromaalivaiheessa muutoksia tapahtuu myös toimintakyvyssä. Kuten kognitiiviset muutokset, myös toimintakyvyn muutokset tapahtuvat yleensä pikkuhiljaa pahentuen ja ovat voimakkaimmillaan välittömässä riskivaiheessa. Prodromaalivaiheessa sosiaalisten kontaktien määrä yleensä vähenee ja potilas alkaa viettää aikaansa yksin. Tämä johtuu osittain myös kognitiivisiin toimintoihin vaikuttavista oireista. Potilas voi kokea ystävien näkemisen kuormittavana, sillä keskustelu voi kuormittaa normaalia enemmän esimerkiksi tarkkaavaisuushäiriöiden vuoksi. Toimintakyvyn heikkeneminen voi näkyä konkreettisesti kouluikäisillä koulupoissaoloina ja huonontuneina arvosanoina, työikäisillä puolestaan heikentyneinä työsuorituksina tai kotitöiden laiminlyömisinä. Prodromaalivaiheen oireiden kehittymistä on havainnollistettu kuvassa 1.



Kuva 1. Oireiden kehittyminen psykoosin prodromaalivaiheessa. (Lähde: Luutonen S ym., Varhain 2006) (1)

Käytännössä välittömän riskivaiheen ennako-oireet voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan: vaimentuneisiin psykoosioireisiin (attenuated psychosis syndrome, APS), geneettiseen riskiin ja heikentyneeseen toimintakykyyn (genetic risk and deterioration, GD) ja lyhytkestisiin psykoosioireisiin (brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS) (1, 8). Suurin osa välittömän riskivaiheen potilaista kuuluu APS-potilaiden luokkaan (1).

Merkittävää on, että prodromaalivaiheen voi tunnistaa varmasti prodromaalivaiheeksi vasta ensipsykoosin jälkeen. Prodromaalioireista kärsivä voi sairastua myöskin muuhun psyykkiseen sairauteen tai olla sairastumatta ollenkaan. Kuitenkin mitä spesifimpiä ja vaikeampia oireet ovat, sitä suurempi todennäköisyys henkilöllä on sairastua ensipsykoosiin. Ensipsykoosin erottaa prodromaalivaiheesta se, että potilaan todellisuudentaju heikkenee, eikä hän enää ymmärrä oireiden epätodennäköisyyttä.

2.4 Psykoosin prodromaalivaiheessa olevien potilaiden tunnistaminen

On pyritty kehittämään erilaisia menetelmiä ja kriteereitä, jotta psykoosiriskissä olevat potilaat tunnistettaisiin mahdollisimman varhain. Englanninkielisissä tutkimuksissa puhutaan CHR-potilaista, mikä tarkoittaa potilaita, joilla on kliinisesti kohonnut riski sairastua psykoosiin (CHR = Clinical High Risk). Niitä potilaita, joiden katsotaan olevan välittömässä riskivaiheessa, kutsutaan UHR-potilaiksi (UHR = Ultra High Risk), ja niitä potilaita, jotka ovat alkuvaiheessa, kutsutaan BS-potilaiksi (BS = Basic Symptoms). Useimmissa tässä kirjallisuuskatsauksessa käsitellyistä tutkimuksista puhutaan UHR-potilaista, sillä näillä psykoosin prodromaalivaihe on jo pidemmällä ja se on helpommin tunnistettavissa. Euroopan psykiatriyhdistyksen (EPA) suosituksen mukaan

hoitoon hakeutunut potilas on vaarassa sairastua psykoosiin, jos hänellä esiintyy ainakin yksi vaimentunut psykoottisen oire tai ainakin kaksi perusoiretta tai ainakin yksi nopeasti etenevä psykoottinen häiriö (9).

Prodromaalivaiheessa olevien potilaiden tunnistamiseen on käytössä useita eri kriteeristöjä ja kyselyitä. Arviointiin voidaan käyttää CAARMS (Comprehensive Assessment at Risk Mental States) tai SIPS (Structured Interview of Psychosis Risk Syndrome) -haastatteluja (8). Molemmat menetelmät tunnistavat luotettavasti UHR-potilaita (10).

Tutkimuksissa on pyritty selvittämään, kuinka moni prodromaalivaiheessa olevista potilaista lopulta sairastuu psykoosiin. Tämä olisi tärkeää, jotta hoito osattaisiin kohdistaa sitä tarvitseville. Alkuvaiheen tutkimuksissa ennen 2000-lukua UHR-potilaista sairastui psykoosiin 40–50 % vuoden sisällä (4). 2000-luvun puolella sairastumisprosentti on tutkimuksissa pienentynyt, erään meta-analyysin mukaan UHR-potilaista sairastui psykoosiin keskimäärin 10 % kuuden kuukauden, 15 % vuoden ja 20 % kahden vuoden aikana (4). Meta-analyysin seurantatutkimuksissa potilaat saivat psykiatrasta hoitoa, mikä osaltaan selittänee sairastumisprosentin pienentymistä. Tutkimusten mukaan UHR-potilailla on muihin ihmisiin verrattuna suurentunut riski sairastua psykoosiin. Toisin sanoen prodromaalivaiheessa olevia ihmisiä on siis pystytty tunnistamaan.

3 Kognitiivinen psykoterapia

3.1 Kognitiivisen psykoterapian perusajatus

Psykoterapiassa sovelletaan psykoterapeutin kanssa vakiintuneisiin psykologisiin periaatteisiin perustuvia kliinisiä menetelmiä. Psykoterapeutti soveltaa kliinisiä menetelmiä auttaakseen potilaita muokkaamaan heidän käyttäytymistään, ajatuksiaan ja tunteitaan suuntiin, joita potilaat itse pitävät toivottavina. Käytännössä terapia tapahtuu potilaan ja psykoterapeutin yhteistyönä. Suomessa psykoterapeuttina voi toimia terveydenhuollon ammattilainen, joka on kouluttautunut antamaan psykoterapiaa. Tämä ammattinimike on suojattu lailla (5).

Psykoterapiassa hoidetaan potilasta, jolla on psyykinen häiriö tai ongelma, johon psykoterapialla voidaan vaikuttaa. Terapian tavoitteena on vähentää potilaan kokemaa psyykkistä kärsimystä ja lisätä emotionaalista hyvinvointia. Psykoterapian ja muun psykososiaalisen hoidon välillä oleva raja on liukuva ja muuttuu jatkuvasti (5). Psykoterapiasta on olemassa useita eri suuntauksia, kuten kognitiivinen psykoterapia, johon tässä tutkielmassa keskitytään.

Alun perin kognitiivinen psykoterapia on kehitetty masennuksen hoitoon, mutta ajan saatossa sitä on sovellettu muidenkin psyykkisten sairauksien hoitoon. Sovellutusten ja yhteiskunnan muuttumisen myötä kognitiivisen psykoterapian käsite onkin muuttunut. Nykyään kognitiivinen psykoterapia on yleiskäsite, joka kattaa useita eri teoreettisia malleja, lähestymistapoja, käytännön sovelluksia ja työskentelymenetelmiä. Yhteistä näille on tavoitteellisuus, tutkiva yhteistyösuhde ja aktiivinen tasavertainen vuorovaikutussuhde. Terapian painopisteet vaihtelevat riippuen siitä, mitä psykiatrasta häiriötä hoidetaan. Sanotaankin, että kognitiivinen psykoterapia on sateenvarjokäsite,

jonka alle kuuluvat integratiiviset mallit (esim. skeematerapia), kognitiiviset ja behavioraaliset terapiat (esim. käyttäytymisterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia) ja täydentävät näkökulmat (esim. tunnepainotteisuus, vuorovaikutuspainotteisuus). Kognitiivis-behavioraalinen terapia on maailmanlaajuisesti eniten käytetty ja tutkittu psykoterapia (11).

Perusajatuksena kognitiivisessa psykoterapiassa on, että eri häiriöissä on erilaisia tunnusomaisia uskomuksia ja sisäisiä malleja eli skeemoja. Ajatellaan, että nimenomaan yksilön tilanteesta tekemä tulkinta määrää hänen käyttäytymistensä, fysiologisia reaktioitansa ja kokemia tunteitansa. Uskomukset ja skeemat muovautuvat yksilön elämän aikana. Elämän aikana muovautuneiden uskomustensa ja skeemojensa pohjalta ihminen voi tulkita tilanteita väärin. Tämä johtaa edelleen siihen, että hänen kokemuksensa vääristyvät. Terapeutti auttaa tunnistamaan näitä potilaalle ongelmallisia uskomuksia, skeemoja ja kognitiivisia virheitä.

Kun on selvitetty, miten potilaan omat ajatusmallit ja tuntemukset aiheuttavat potilaalle oireilua ja psyykkistä kärsimystä, haitallisiin ajatusmalleihin pyritään puuttumaan. Ajatusmalleja pyritään muokkaamaan joustavimmiksi ja ajattelun kognitiivisia virhetyyppisiä pyritään vähentämään. Tähän on käytössä erilaisia työtapoja, joista lisää myöhemmin tässä tutkielmassa.

3.2 Käsitteellistäminen ja tavoitteiden asettaminen

Käsitteellistäminen on merkittävässä roolissa kognitiivisessa psykoterapiassa. Käsitteellisämisessä pyritään tietoisesti luomaan käsitys siitä, mitkä tekijät liittyvät yhteen ja aiheuttavat potilaalle oireilua, mikä ylläpitää niitä, ja mitä pitäisi muuttaa, jotta oireilu vähenisi. Käytännössä tämä tarkoittaa siis sitä, että pyritään tunnistamaan tavat, joilla vääristyneet ajatukset ovat yhteydessä tunteisiin, käyttäytymiseen ja somaattisiin oireisiin. Tunteet, käyttäytyminen ja somaattiset oireet usein taas vahvistavat vääristyneitä ajatuksia, jolloin muodostuu ns. noidankehä. Tämän vuoksi pyritään löytämään kohta, jota voisi muuttaa ja kierteestä päästäisiin pois.

Terapiaan hakeutuessaan potilaita vaivaa usein epämääräinen paha olo, eikä potilailla ole käsitystä siitä, mikä paha oloa aiheuttaa. Käsitteellisämisessä ajatuksia järjestellään uudelleen ja etsitään yhteyksiä ajatuksille, käytökselle ja tunteille. Terapeutti auttaa potilasta tunnistamaan, minkälaisia tunteita, ajatuksia, uskomuksia ja käyttäytymistä potilaalla on tietynlaisissa tilanteissa. Pyrkimyksenä on, että potilas tunnistaisi omasta elämästään samanlaisena toistuvia tunteita, ajatuksia, uskomuksia ja käyttäytymistä tietyn tyyppisissä tilanteissa. Terapiassa pyritään ymmärtämään, mikä aiheuttaa potilaalle ongelmia ja toisaalta myös, mitkä toimintatavat ylläpitävät näitä ongelmia. Terapian tavoitteena on tunnistaa kohdat, joissa potilas voisi muuttaa omaa ajattelumalliaan tai käyttäytymistään.

Usein ongelmallisen ajattelun taustalta löytyy eri potilailta samankaltaisia ajatteluketjun vääristymiä, joita kutsutaan myös kognitiivisiksi virhetyypeiksi. Tällaisia ovat esimerkiksi kaikki tai ei mitään -ajattelu, suurentelu ja vähättely, leimaaminen, hätiköidyt päätelmät ja yliyleistys. Näiden vinoutuneiden tulkintojen taustalla on haittaavia uskomuksia tai skeemoja, jotka voivat olla peräisin lapsuusvuosina tapahtuneista kuormittavista asioista. Nykyhetkessä olevan pahan olon tunteen voi aiheuttaa tilanne, joka muistuttaa lapsena koettua tilannetta, johon on liittynyt tietyn tyyppinen

ajattelu tai tietyt tunteet. Nämä ohjaavat edelleen käyttäytymistä ja tuntemuksia nykyhetkessä. Yhteyksien löytämisen vuoksi potilaan elämän historiasta ollaan kiinnostuneita terapiajakson aikana.

Terapiajakson alkupuolella ensimmäisten tapaamisten aikana tehdään alustava käsitteellistäminen, jota hyödynnetään koko terapiajakson aikana. Lisäksi tätä käsitteellistämistä täydennetään, muokataan ja korjataan jakson edetessä. Käsitteellistäminen on perusta terapiajaksolle. Käsitteellistämässä voidaan hyödyntää kirjaamistehtäviä, joissa potilas kirjaa ylös terapiakertojen välissä olleita tilanteita, näihin liittyviä tunteita, ajatuksia ja omaa käytöstään.

Jo pelkän käsitteellistämisen avulla epämääräinen paha olo vähenee ja potilas ymmärtää itseään ja tilannettaan paremmin (12). Toisin sanoen käsitteellistäminen lisää potilaan reflektiota eli kykyä hahmottaa ja tutkia omaa ja toisen kokemusta, ajattelua ja toimintaa. Käsitteellistäminen auttaa myös terapeuttia valitsemaan, mitä työtapoja kyseisen potilaan kohdalla kannattaa käyttää.

Käsitteellistäminen auttaa myös tavoitteiden asettamisessa. Tavoitteiden asettaminen luo potilaalle toivoa ja auttaa suuntaamaan terapiaa potilaalle merkittäviin ongelmiin. Potilas ja terapeutti asettavat tavoitteet yhdessä. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia ja saavutettavissa olevia. Tavoitteiden asettaminen ja käsitteellistäminen täydentävät toisiaan. Käsitteellistämisen myötä tavoitteiden asettaminen mahdollistuu, mutta tavoitteen asettaminen täydentää käsitteellistämistä. Tavoitteiden asettamisessa voidaan hyödyntää myös välitavoitteita.

3.3 Keskeiset työtavat

Terapian aluksi on kartoitettu potilaan tilannetta, käsitteellistetty ongelmallisia toimintatapoja ja asetettu konkreettisia tavoitteita. Tämän jälkeen pyritään muokkaamaan potilaan ajattelua, uskomuksia ja käyttäytymistä, jotta tavoitteet saavutettaisiin. Kognitiivisen psykoterapian työtavat vaihtelevat hyvin paljon sen mukaan, mitä psyykkistä ongelmaa hoidetaan (12). Lisäksi työtapojen valintaan vaikuttaa, missä vaiheessa terapiajaksoa ollaan, mitä tavoitteita terapialle on asetettu ja millainen potilas on kyseessä eli millaiset työtavat juuri hänelle sopivat.

Työtavat voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan: behavioraalisiin, kognitiivisiin ja kokemuksellisiin työtapoihin. Behavioraalisia työtapoja ovat mm. toiminta-aikataulujen luominen, pienin askelin etenevät työtehtävät, altistusharjoitteet ja rentoutusharjoitukset. Kognitiivisia työtapoja ovat mm. itsehavainnointi, vaihtoehtojen tarkastelu, uskomusten syntyhistorian tutkiminen ja ajatuspäiväkirja. Kokemuksellisia työtapoja ovat mm. mielikuvatyöskentely, rooliharjoitukset ja valokuvien herättämät tunnemuistot.

Alun perin kognitiivisen psykoterapian malli on ollut kestoltaan lyhyt, noin 15–20 istuntoa, mutta nykyään Suomessa on alettu pitää myös pidempiä terapioida (2–3 vuotta) (11). Kuten muistakin psykoterapioista, niin myös kognitiivisesta psykoterapiasta on viime aikoina tehty myös monenlaisia erilaisia sovelluksia, kuten nettiterapioita (12).

3.4 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa yhdistyvät kognitiivinen psykoterapia ja käyttäytymisterapia. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on syntynyt tutkimuspohjalta. Hoitomenetelmien valinta ei perustu siis suoraan annettuihin ja ehdottomiin teorioihin, vaan nimenomaan tutkimukseen ja käytännön kokemuksiin siitä, mikä on tehokasta ja vaikuttavaa minkäkin ongelman hoidossa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta tutkitaan paljon. Suurin osa kognitiivisen psykoterapian hyödyistä tehdyistä tutkimuksista on tehty nimenomaan tästä terapiatyypistä, joten tätä käsitellään tässä tutkielmassa tarkemmin.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tavoitteellista, neuvottelevaa ja asiakaslähtöistä. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa käsitellään kognitiota sekä sitä, miten potilas käyttäytyy erilaisissa hänelle ongelmallisissa tilanteissa. Keskitytään siis vuorovaikutukseen potilaan ja ympäristön välillä sekä sitä, millä tavoin potilas reagoi eri tilanteissa. Terapian vaikuttavuus perustuu potilaalle annettuihin uusiin valmiuksiin ja taitoihin.

Hoitomenetelmien valinta perustuu yksilölliseen analyysiin ja kuvauksen potilaan tilanteesta. Terapia alkaakin yleensä tilanteen selvityksellä, kuvauksella ja käyttäytymisanalyysin tekemisellä. Käyttäytymisanalyysilla tarkoitetaan yksilöllistä kuvausta potilaan tilanteesta, hänen kokemistaan ongelmista, oireista ja niihin vaikuttavista tai yhteydessä olevista tekijöistä. Tämän jälkeen terapia etenee vaiheittain. Seuraavaksi selvitetään terapian tavoitteet, minkä jälkeen tehdään sopimus, päätetään tarvittavat hoitotoimenpiteet eli pohditaan keinoja, miten potilas voi muuttaa käyttäytymistään tai ajatuksiaan ongelmallisissa tilanteissa. Viimeisessä vaiheessa vielä seurataan, miten potilas onnistuu tavoitteiden saavuttamisessa hoitotoimenpiteiden avulla. (11)

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa hyödynnetään erityisesti esimerkiksi itsehavainnointimenetelmiä, joiden avulla pyritään ymmärtämään, miten potilas reagoi ja tuntee eri tilanteissa. Potilas voi esimerkiksi terapiakertojen välillä pitää päiväkirjaa siitä, millaisia ongelmallisia tilanteita hän on tunnistanut, mitä tunteita ja ajatuksia hänelle on niissä herännyt ja miten hän on niissä reagoinut. Lisäksi kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa voidaan hyödyntää esimerkiksi altistusta, rentoutusta ja ongelmanratkaisumenetelmiä.

3.5 Kognitiivinen psykoterapia psykoosien hoidossa

Kognitiivinen psykoterapia keskittyy psykoosien hoidossa voimavarojen lisäämiseen ja parantamaan potilaan toimintakykyä. Psykoosien hoidossa ei siis pyritä oireiden poistamiseen. Kognitiivisessa psykoterapiassa ajatellaan, että potilaan psykiatriset oireet ovat muovautuvia ja niihin voidaan vaikuttaa psykiatrisella hoidolla. Kognitiivinen psykoterapia psykoosien hoidossa pyrkii keskittymään toipumiseen realistisen optimismin kautta. Kognitiivinen psykoterapia on todettu tehokkaaksi mm. skitsofrenia potilaiden positiivisten oireiden hoidossa (13). Sen sijaan negatiivisten oireiden hoidossa teho vaikuttaa olevan heikompi (13).

Merkittävässä roolissa on normalistaminen. Tämä käsite on varsin itseään kuvaava ja tarkoittaakin nimenomaan sitä, että perinteisesti ”outoina” pidettyjä asioita/ilmiöitä ajatellaan normaaleina. Kognitiivisessa psykoterapiassa psykoottiset ilmiöt, kuten ääniharhat, nähdään samalla jatkumolla normaalien ilmiöiden kanssa. Toisin sanoen kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään siis normalistamaan näitä psykoottisia ilmiöitä, kuten ääniharhoja. Tämä vähentää potilaan ja läheisten kokemaa ahdistusta harhoihin liittyen (13). Samalla tämä vähentää myös henkilön kokemaa stigmaa (12). Pelkästään asioiden normalistaminen helpottaa potilaan vointia ja lisäksi se helpottaa asioiden läpi käymistä terapiassa (12).

Alkuun kognitiivisessa psykoterapiassa psykoosien hoidossa keskitytään luottamuksen ja hyvän yhteistyösuhteen luomiselle. Potilaalla voi olla taustalla traumaattisia kokemuksia hoidosta, ja hän voi olla epäluuloinen terapeuttia kohtaan. Tämän vuoksi alkuun pyritäänkin sitouttamaan potilas terapiaan. Terapeutin tulee olla aidosti kiinnostunut potilaan kertomista asioista, ja tämän tulee välittyä potilaalle.

Terapeutin on tärkeää välttää tukemasta potilaan harhoja, mutta toisaalta välttää myös tilannetta, jossa pyrkisi todistamaan potilaan kokemat harhat suoraan epätodennäköisiksi. Liittoutumisella tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaan psykoottista kokemusmaailmaa tuetaan. Tätä voidaan kutsua myös ”mukaan menemiseksi”. Konfrontointi tarkoittaa puolestaan sitä, että potilaan todeksi kokema harha tai uskomus asetetaan vastakkain tosiseikkojen kanssa, mikä osoittaa harhan tai uskomuksen pätemättömyyden. Sekä liittoutuminen että konfrontointi ovat terapian kannalta epäedullisia tilanteita ja vaikeuttavat / estävät luottamuksellisen ja hyvän yhteistyösuhteen kehittymistä. (12)

Psykoosien hoidossa terapiassa keskitytään alkuun edellä mainittujen lisäksi arvioimaan tilannetta. Alkuun pyritään kartoittamaan potilaan kokemia oireita, joten alkuun terapia voikin olla varsin oirekeskeistä. Oireiden kartoituksen lisäksi pyritään selvittämään, millaisen merkityksen potilas antaa oireilleen ja kokemuksilleen. Tässä voidaan hyödyntää oirekehän laatimista eli selvitetään oireen kannalta tilanne, ajatukset, tunteet, fysiologiset tuntemukset ja käyttäytyminen. Oireiden lisäksi selvitetään myös potilaan elämäntilanne. Arviointivaiheen kautta siirrytään sitoutumisvaiheeseen, jolloin pyritään sitouttamaan potilas terapiaan. Todellisuudessa vaiheet menevät jonkin verran päällekkäin.

Kartoituksen jälkeen keskitytään tarkemmin käsitteellistämiseen. Käsitteellistämisen avulla pyritään entisestään normalisoimaan potilaan kokemuksia. Pyrkimyksenä on antaa selitys psykoottisten oireiden alkamiselle. Käsitteellistäminen tehdään kirjallisesti esimerkiksi fläppitaululle ja sitä muokataan terapian edetessä kuten aiemmin käsitteellistämisen yhteydessä kerrottiin. Käsitteellistämisen yhteydessä ongelmia pyritään määrittelemään, tarvittaessa luetteloimaan. Käsitteellistämisen jälkeen voidaan lähteä asettamaan tavoitteita edellä kerrottuun tapaan

Terapiassa voidaan keskittyä oireita purkaviin menetelmiin, selviytymistä parantaviin menetelmiin ja auttaa oppimaan hyväksymisen taitoja. Edellä mainitut käsitteellistäminen ja normalisointi ovat oireita purkavia menetelmiä. Selviytymiskeinoja voidaan vahvistaa esimerkiksi informaation antamiselle, potilasta voidaan kehottaa vaihtamaan tarkkaavaisuuden kohdetta harhan aikana, sisäisen puheen avulla ja vireystilaa säätelämällä. Hyväksymisen taitojen oppiminen tarkoittaa sitä, että potilas oppii elämään oireiden kanssa. Tarkoituksena ei siis ole, että potilas alistuu sairaudelle.

Kognitiivisessa psykoterapiassa merkittävässä roolissa on haitallisten uskomusten muuttaminen. Tähän keinona voidaan käyttää esimerkiksi perusteita puolesta ja vastaan, piirakkamallia, muistutuskortteja ja oppimistehtäviä.

Terapian loppupuolella voidaan nähdä vielä vahvistamisen ja vakiinnuttamisen vaihe. Tässä pyritään ehkäisemään psykoosin uudelleen puhkeamista. Vahvistamisen ja vakiinnuttamisen vaiheessa potilaalle tehdään kognitiivinen hyvinvointisuunnitelma, jossa käsitellään mm. terapiassa tehtyä käsitteellistämistä ja potilaalle hyödyllisiä selviytymiskeinoja. Suunnitelma luodaan potilaan ja terapeutin yhteistyönä ja taltioidaan se pysyvässä muodossa (esim. kirjallinen, ääni- tai kuvatallenne). Tarkoituksena on myös, että potilas oppii tunnistamaan psykoosirelapsin varhaisoireita, jotta tilanne ei pääsisi kehittymään psykoosiksi asti.

4 Kognitiivinen psykoterapia psykoosien prodromaalivaiheen hoidossa

4.1 Kognitiivisen psykoterapian teho psykoosiin sairastumisen viivästyttämisessä ja estossa

Tutkimuksissa on pyritty löytämään toimivia keinoja CHR-potilaiden auttamiseksi. Tutkimuksia on tehty esimerkiksi erilaisten farmakologisten eli lääkkeellisten interventioiden ja psykologisten interventioiden, esimerkiksi kognitiivisen psykoterapian osalta. Useimmissa tutkimuksissa on seurattu ensisijaisena päätetapahtumana, kuinka monen CHR-potilaan siirtymistä psykoosiin seuranta-ajan puitteissa on voitu estää (14).

Morrisonin ym. (2004) tekemässä tutkimuksessa kognitiivinen psykoterapia todettiin tehokkaaksi keinoksi estää psykoosiin sairastumista 12 kuukauden ajanjaksolla. Tutkimuksessa oli mukana 58 koehenkilöä, joilla oli todettu suurentunut riski sairastua psykoosiin eli heidän katsottiin olevan mahdollisesti psykoosin prodromaalivaiheessa. Tutkimus toteutettiin satunnaiskontrolloituna tutkimuksena, toinen ryhmä sai kuuden kuukauden ajan kognitiivista psykoterapiaa, toista ryhmää seurattiin. 12 kuukauden kohdalla kognitiivista psykoterapiaa saaneiden ryhmässä todettiin 96 % pienempi todennäköisyys sairastua psykoosiin. Kognitiivista psykoterapiaa saaneiden ryhmässä NNT oli 6 eli kuutta koehenkilöä piti hoitaa, jotta yksi psykoosiin siirtyminen estettiin. (15)

Edellisen tutkimuksen pohjalta tehtiin vielä seurantakontrolli vielä kolmen vuoden kohdalla. Tuolloin kognitiivista psykoterapiaa saaneiden ryhmän ja seurantaryhmän välillä ei ollut enää havaittavissa tilastollisesti merkittävää eroa psykoosiin sairastuneiden osalta. Näissä tutkimuksissa kognitiivinen psykoterapia siis ainoastaan viivästytti psykoosiin sairastumista, mutta ei estänyt sitä kokonaan. (16)

Van der Gaagin ym. (2012) tekemässä satunnaiskontrolloituun tutkimukseen osallistui 201 CHR-potilasta. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään, joista toinen sai kuuden kuukauden ajan kognitiivista psykoterapiaa ja toinen ryhmä tavanomaista hoitoa. Tässä tutkimuksessa kognitiivinen psykoterapia keskittyi erityisesti oireiden normalisointiin ja lisäämään tietoisuutta oireista. Tutkimuksen seurantajakso oli 18 kuukautta. Tutkimuksen mukaan kognitiivinen psykoterapia oli tehokas

estämään / siirtämään psykoosiin sairastumista. Tutkimuksessa kognitiivisen psykoterapian NNT oli 9, jotta psykoosiin siirtyminen estettiin. (17).

Myös tästä tutkimuksesta tehtiin seurantakontrollointi neljän vuoden kuluttua. Tutkimuksessa huomattiin, että kognitiivista psykoterapiaa saaneiden ryhmässä psykoosiin sairastuneita oli edelleen tilastollisesti merkittävästi vähemmän. Tässä tutkimuksessa psykoosia pystyttiin siis siirtämään pidempikestoisesti / estämään kokonaan. (18)

Eri interventioiden toimivuutta on tarkasteltu van der Gaagin ym. (2021) tekemässä laajassa meta-analyysissä, jossa mukana oli 26 riippumatonta tutkimusta, joihin osallistui yhteensä 2351 UHR-potilasta. Tutkimuksissa oli käsitelty kaikkiaan 12 eri päätetapahtumaa, kuten mm. psykoosiin siirtymistä, positiivisten oirein vähenemistä ja negatiivisten oireiden vähenemistä. Ensisijaisena päätetapahtumana suurimmassa osassa tutkimuksia tutkittiin psykoosiin siirtymistä ja tämän vuoksi tutkimustulokset ovat tämän lopputuloksen osalta luotettavimpia. Meta-analyysissä havaittiin, että kaikenlaisten interventioiden (mukana farmakologisia eli lääkkeellisiä ja psykologisia interventioita) saaminen vähensi riskiä sairastua psykoosiin 12 kuukauden aikana 43 % verrattuna kontrolliolosuhteisiin. (14)

Kyseisen meta-analyysin tutkimuksissa tutkituin interventio oli kognitiivinen psykoterapia ja sen toimivuudesta saatiin vankkaa näyttöä 12 kuukauden seurannassa psykoosiin sairastumisen osalta. Kahdentoista kuukauden kohdalla kognitiivinen psykoterapia vähensi riskiä sairastua psykoosiin 48 %. Kognitiivinen psykoterapia oli yksittäisistä interventioista tehokkain 12 kuukauden kohdalla. (14)

Myös 18–48 kuukauden seurannassa kognitiivinen psykoterapia todettiin meta-analyysissä toimivaksi interventioksi estämään psykoosiin sairastumista UHR-potilailla. Kognitiivinen psykoterapia vähensi riskiä sairastua psykoosiin 40 % 18–48 kuukauden seurannassa. (14)

Sen sijaan kuuden kuukauden seurannassa merkitsevää näyttöä ei meta-analyysissä saatu esille, sillä tilastollisesti merkitsevään näyttöön sairastumisen vähenemisestä olisi tarvittu vielä yksi näyttöä tukeva tutkimus lisää. Meta-analyysissä syyksi pohdittiin, että psykoosiin sairastuminen kestää, minkä vuoksi vielä kuuden kuukauden kohdalla psykoosiin sairastumista ei ehtinyt tapahtua riittävästi myöskään verrokkiryhmässä, jotta psykoterapian teho olisi tullut esille. (14)

Kokonaisuudessaan kyseisessä meta-analyysissä huomion arvoisena pidettiin sitä, että nimenomaan pidempiaikaisissa seurannoissa kognitiivisen psykoterapiaan avulla onnistuttiin vähentämään psykoosiin sairastumista UHR-potilaiden joukossa. Tämän pohdittiin mahdollisesti johtavan siihen, että kognitiivisen psykoterapian avulla voidaan myös nimenomaan estää psykoosiin sairastumista eikä pelkästään viivästyttää sitä. (14)

4.2 Kognitiivisen psykoterapian teho psykoosin prodromaalivaiheessa oireiden ja toimintakyvyn osalta

Kuten aiemmin todettiin, suurimmassa osassa tutkimuksia ensisijaisena päätetapahtumana on tarkasteltu psykoosiin siirtymistä eri aikaväleillä. Useissa tutkimuksissa on tarkasteltu kuitenkin

myös toissijaisia päätetapahtumia, kuten psykoosilääkkeiden tarvetta, positiivisten ja negatiivisten oireiden vähenemistä ja sosiaalisen toimintakyvyn palautumista.

Edellä kuvatun Morrisonin ym. (2004) tutkimuksessa tarkasteltiin psykoosiin siirtymisen lisäksi antipsykoottisen lääkityksen tarvetta. Tutkimuksessa huomattiin, että kognitiivista psykoterapiaa saaneiden ryhmässä potilaat tarvitsivat vähemmän antipsykoottista lääkitystä. (15) Tämän suhteen tilastollinen merkitys säilyi vielä kolme vuotta myöhemmin tehdyssä kontrollissa (16). Muissa kirjallisuuskatsausta varten käsitellyissä tutkimuksissa ei ollut tarkasteltu antipsykoottista lääkitystä.

Positiivisten oireiden vähentymistä oli tarkasteltu useammassa tutkimuksessa toissijaisena päätetapahtumana. Positiiviset oireet vähenivät Morrisonin ym. (2004) ja van der Gaagin ym. (2012) tehdyissä tutkimuksissa (15, 17). Lisäksi Morrisonin ym. (2012) tehdyssä tutkimuksessa kognitiivista psykoterapiaa saaneiden ryhmässä positiiviset oireet lievittyivät seurantar ryhmää nopeammin, vaikka kokonaisuudessaan positiivisten oireiden vähenemisen määrän osalta ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa (19). Van der Gaagin ym. (2021) tehdyssä meta-analyysissä ei todettu tilastollisesti merkitsevää eroa positiivisten oireiden vähenemisestä (14).

Toissijaisina päätetapahtumina useammassa tutkimuksessa tarkasteltiin negatiivisten oireiden vähentymistä ja toimintakyvyn parantumista. Näiden osalta missään kirjallisuuskatsausta varten käsitellyissä tutkimuksissa ei kognitiivisen psykoterapian suhteen todettu vaikutuksia (15, 17, 20). Myöskään van der Gaagin ym. (2013) tekemän meta-analyysin mukaan kognitiivisella psykoterapialla ei ollut vaikutusta negatiivisiin oireisiin tai toimintakykyyn (14).

4.3 Kognitiivisen psykoterapian teho psykoosin prodromaalivaiheessa kustannuksien osalta

Alankomaissa tehdyssä satunnaiskontrolloidussa tutkimuksessa selvitettiin kognitiivisen psykoterapian kustannustehokkuutta psykoosisairauksien ehkäisyssä. Tutkimuksessa oli mukana 106 UHR-potilasta. Tutkimuksessa verrattiin kognitiivista psykoterapiaa ja ns. rutiinihoitoa saavia potilaita neljän vuoden ajan. Tutkimuksen mukaan kognitiivinen psykoterapia oli 83 % todennäköisyydellä tehokkaampi ja halvempi kuin rutiinihoito. (21)

Kustannustehokkuutta mitattiin tutkimuksessa WTP-kynnyksen (Willingnes to Pay) arvulla. WTP-kynnys tarkoittaa maksuhalukkuuden kynnysarvoa, joka Alankomaissa on 24 560 dollaria (20 000 euroa) QALY:a kohden. QALY (Quality Adjusted Life Years) puolestaan tarkoittaa laatu-painotteisia elinvuosia. QALY:ssa yhdistetään odotettavissa oleva elinikä ja terveyteen liittyvä elämänlaatu, ja näiden avulla lasketaan laskukaavan ja painotuskertoimien mukaan lukuarvo. Kognitiivinen psykoterapia oli 92 % todennäköisyydellä kustannustehokkaampi kuin rutiinihoito Alankomaiden WTP-kynnyksellä arvioituna. (21) Muissa kirjallisuuskatsausta varten käsitellyissä tutkimuksissa kustannustehokkuuteen ei ollut otettu kantaa.

5 Pohdinta

Psykoosien tunnistaminen prodromaalivaiheessa on haastavaa, mutta mahdollista. Tämä tekee prodromaalivaiheessa olevien potilaiden auttamisen mahdolliseksi. Lisäksi on huomioitava, että vaikka oireiden taustalla oleva syy ei välttämättä olisi nimenomaan psykoosin prodromaalivaiheesta johtuva, on potilaalla toimintakykyä ja/tai elämänlaatua laskevia oireita. Niinpä ei välttämättä ole oleellista tietää hoitovaihtoehtoja mietittäessä, onko kyse nimenomaan psykoosin prodromaalivaiheesta. Tärkeintä olisi pyrkiä auttamaan potilasta parantamaan hänen toimintakykyänsä ja elämänlaatuansa diagnoosista riippumatta jo pelkästään oirehdinnan vuoksi.

Tutkimuksissa on saatu vankkaa näyttöä siitä, että esimerkiksi juuri kognitiivisen psykoterapian avulla psykoosiin sairastumista voidaan prodromaalivaiheessa viivästyttää, mahdollisesti jopa estää kokonaan. Tällä on merkittäviä vaikutuksia niin yksilön itsensä, hänen läheistensä kuin koko yhteiskunnankin kannalta.

Useimmissa tutkimuksissa on käsitelty ensisijaisena päätetapahtumana nimenomaan psykoosiin siirtymistä, mutta muita päätetapahtumia on tutkittu selvästi vähemmän tai ne olivat olleet tutkimuksissa toissijaisina päätetapahtumina, jolloin niiden tutkimustulokset eivät niiden osalta ole yhtä luotettavia. Tutkimuksissa kognitiivisen psykoterapian ei todettu parantavan toimintakykyä. Toisin sanoen, vaikka psykoosiin sairastuminen voidaan estää, niin henkilön toimintakyky ei parane. Toisaalta tutkimustuloksista ei käy ilmi, pysyykö toimintakyky kognitiivisen psykoterapian (tai muiden interventioiden) ansioista ennallaan vai huononisiko se ilman terapiaa.

Mielenkiintoista on myös se, että negatiivisiin oireisiin kognitiivinen psykoterapia ei vaikuttanut missään tutkimuksessa. Pohdittavaksi jää, sairastuvatko potilaat mahdollisesti muihin mielenterveyden häiriöihin, vaikka psykoosi vältetään. Voisiko muihin mielenterveydenhäiriöihin sairastuminen olla osasyynä myös siihen, että toimintakyky ei parantunut kognitiivisen psykoterapian keinoilla?

On myös muistettava, että pisimmätkin käsitellyt tutkimukset ovat tarkastelleet koehenkilöiden tilannetta korkeintaan muutamien vuosien ajalta. Psykoosiin sairastuneen henkilön parantuminen vie pitkän aikaa, hän sairastuu mahdollisesti uudelleen psykoosiin, jolloin myös toimintakyvyn parantuminen voi viedä vuosikausia. Kognitiivisella psykoterapialla onnistuttiin vähentämään psykoosiin sairastumista, joten olisiko mahdollista, että koehenkilöiden toimintakyky olisi vertailuryhmää parempi useiden vuosien kuluttua, esimerkiksi kymmenen tai kahdenkymmenen vuoden kuluttua. Psykoosiin sairastuvat ovat nuoria aikuisia, joten elinvuosia olisi vielä jäljellä, joten pidemmälläkin tähtäimellä toimintakyvyn parantuminen olisi merkittävää.

Osa tarkasteltavista tutkimuksista oli tehty suhteellisen pienellä koehenkilöiden määrällä, mikä vaikuttanee siihen, ettei kaikissa tutkimuksissa saatu esille tilastollisesti merkitsevää tulosta. Kokonaisuudessaan tutkimuksia on tehty vielä suhteellisen vähän ja suurimmassa osassa niitä käsitellään varsin lyhyttä ajan jaksoa.

Tämän katsauksen loppupäätelmänä voidaan todeta, että edellä käsiteltyjen tutkimusten perusteella kognitiivinen psykoterapia on toimiva hoitomenetelmä vähentämään psykoosiin

sairastumista prodromaalivaiheessa olevien potilaiden osalta. Lisää tutkimuksia tarvittaisiin muiden päätetapahtumien suhteen, kuten toimintakyvyn ja negatiivisten oireiden osalta. Lisäksi tarvittaisiin vielä pidempiaikaisia tutkimuksia kognitiivisen psykoterapian vaikutuksista prodromaalivaiheen hoidossa, estääkö se sairastumista vielä useiden vuosien kuluttua.

Lähteet

- (1) Luutonen S, Heinisuo A-M, Ilonen T ym. (2006) Varhain - Vakavien mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistus ja hoito. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turku.
- (2) Salokangas R, From T, Ilonen T ym. 2022: Psykoosipotilaiden toimintakyvyn ennuste ja sitä ennustavat tekijät. Duodecim. 138(20):1817-26
- (3) Suvisaari J, Perälä J, Viertiö S ym. 2012: Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkärilehti. 67:677-683.
- (4) Salokangas R. 2015: Psykoosin varhainen tunnistaminen viivästyy. Duodecim. 131(9):815-16
- (5) Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) (2021) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2021 (luettu 22.2.2023). Saatavilla Internetissä: www.oppiportti.fi/op/.
- (6) Oelsen, J, Gustavsson A, Svensson M ym. 2012: The economic cost of brain disorders in Europe. European Journal of Neurology. 19(1):155-162
- (7) Tuominen L, Salokangas R. 2017: Skitsofrenia. Duodecim. 133(2):173-6
- (8) Penttilä M, Huhtaniska S, Jääskeläinen E, Granö N. 2017: Psykoosin ehkäisyn mahdollisuudet. Duodecim. 133(22):2117-2123
- (9) Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG ym. 2015: EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. Eur Psychiatry 30(3):388-404
- (10) Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G ym. 2016: Towards a Standard Psychometric Diagnostic Interview for Subjects at Ultra High Risk of Psychosis: CAARMS versus SIPS. Psychiatry Journal 206: 7146341
- (11) Huttunen M, Kalska H (toim.) (2022) Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2022 (luettu 9.4.2023). Saatavilla internetissä: www.oppiportti.fi/op/.
- (12) Kähkönen S, Karila I, Koivisto M, Holmberg N (toim.) (2020) Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2020 (luettu 1.10.2023). Saatavilla internetissä: www.oppiportti.fi/op/.
- (13) Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (viitattu 7.10.2023). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- (14) Mei C., van der Gaag M., Nelson B. ym 2021: Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis. Clinical Psychology Review. 86:102005
- (15) Morrison AP, French P, Walford L ym. 2004: Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 185(4):291-297

- (16) Morrison AP, French P, Parker S ym. 2007: Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophr Bull* 33(3):682-687
- (17) van der Gaag M, Nieman DH, Rietdijk J ym. 2012: Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull* 38(6):1180-1188
- (18) Ising HK, Kraan TC, Rietdijk J ym. 2016: Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Schizophr Bull* 42(5):1243-1252
- (19) Morrison AP, French P, Stewart SL ym. 2012: Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomised controlled trial. *BMJ* 344:e2233
- (20) Addington J, Epstein I, Liu L ym. 2011: A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res* 125(1):54-61
- (21) Ising HK, Lokkerbol J, Rietdijk J ym. 2017: Four-Year Cost-effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Preventing First-episode Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Schizophr Bull* 43(2):365-374