

Opinnäytetyö (AMK)
Koulutus Sairaanhoidaja
2020

Hanna Kivelä ja Niina Ollila

KOGNITIIVISET KUNTOUTUSMENETELMÄT SKITSOFRENIAN HOIDOSSA

– Kirjallisuuskatsaus

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja

2020 | 47 sivua

Hanna Kivelä ja Niina Ollila

KOGNITIIVISET KUNTOUTUSMENETELMÄT SKITSOFRENIAN HOIDOSSA

- Kirjallisuuskatsaus

Skitsofrenian kuntoutus ja hoito on pitkäaikaista ja kokonaisvaltaista. Kuntoutuminen kulkee merkittävänä osana kuntoutumisprosessia, se antaa eväitä selviytyä elämässä sairauden rajoittavien oireiden kanssa ja parantaa kuntoutujan elämänlaatua.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata skitsofrenian kognitiivisessa kuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä ja arvioida niiden tuloksia tutkimusten pohjalta. Tavoitteena on syventää skitsofreniapotilaiden, heidän läheistensä ja hoitajien tietämystä skitsofrenian kognitiivisesta kuntoutuksesta ja sen tuloksista. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin TYKS Psykiatrian psykoosivastuualue.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja analysoitiin aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia induktiivisella sisällönanalyysillä. Käytettävää aineistoa haettiin eri tietokannoista (JBI, Google Scholar, Medic). Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui lopulta 15 tutkimusta. Tämän lisäksi tuloksiin käytettiin kahta muuta teoriaan pohjautuvaa lähdeä.

Analysoitavissa tutkimuksissa oli käytetty MCT, SCIT, CRT, CIRCuiTS sekä MATTI kuntoutusmenetelmiä. Näistä saatujen tulosten perusteella voitiin todeta olevan yleisesti hyötyä skitsofreniasta kuntoutuville potilaille. Keskeiseksi tuloksista nousivat kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueiden positiiviset vaikutukset, kuten muistin ja ongelmanratkaisukyvyn koheneminen, psykoottisten oireiden väheneminen sekä sosiaalisen kognitiivisuuden edistyminen.

Tämän opinnäytetyön tuloksilla voidaan lisätä skitsofreniapotilaiden tietämystä kuntoutumisesta kognitiivisten menetelmän keinoin. Tästä hyötyvät myös heidän läheisensä sekä hoitohenkilökunta. Skitsofreniaa ja kuntoutusta olisi tärkeä tutkia lisää, jotta saataisiin lisää tietoa kuntoutuksesta. Jatkossa tutkimusta voitaisiin tehdä digiteknologian käyttämisestä skitsofrenian kuntoutuksessa.

ASIASANAT:

Kognitiivinen kuntoutus, skitsofrenia, mielenterveys

[Avainsanat]

BACHELOR'S THESIS

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing

2020 | number of pages 47

Hanna Kivelä and Niina Ollila

COGNITIVE REHABILITATION METHODS IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

-Literature review

Rehabilitation and treatment of schizophrenia is long-term and holistic. Rehabilitation is an important part of the rehabilitation process. Rehabilitation provides the skills to cope in everyday life with limiting symptoms of schizophrenia and it also improves the rehabilitator's quality of life.

The purpose of this thesis was to describe the methods used in cognitive rehabilitation's of schizophrenia and to evaluate their results based on research. The aim is to deepen the knowledge of schizophrenia patients, their relatives, and caregivers about the cognitive rehabilitation of schizophrenia and its results. The thesis was commissioned by the Psychosis Responsibility Area of the Turku University Hospital.

The research method of the thesis was a descriptive literature review and previous research related to the topic was analysed by inductive content analysis.

The material used was retrieved from various databases (JBI, Google Scholar, Medic). In the end, 15 studies were selected for the literature review. In addition, two other theory-based sources were used for the results.

MCT, SCIT, CRT, CIRCuiTS and MATTI were used as methods in the analysed studies. Based on the results obtained from the methods, it could be concluded that the methods are generally useful for patients recovering from schizophrenia. The most important results were the positive effects of areas of cognitive functioning, such as improved memory and problem-solving ability, reduced psychotic symptoms, and progress in social cognition.

The results of this thesis can increase the knowledge of schizophrenia patients about rehabilitation by means of the cognitive method. This also benefits their loved ones as well as the nursing staff. It would be important to study schizophrenia and rehabilitation further to obtain more information about rehabilitation. In the future, research could be done on the use of digital technology in the rehabilitation of schizophrenia.

KEYWORDS:

Cognitive rehabilitation, schizophrenia, mental health

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 SKITSOFRENIA	8
3 SKITSOFRENIAPOTILAAN KUNTOUTUS	11
4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT	14
5. OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	15
6. OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	20
6.1. MCT eli Metakognitiivinen harjoittelu (metacognitive training)	21
6.2. SCIT eli Sosiaalisten taitojen kuntoutus (social cognition and interactive training)	23
6.3. CRT eli Kognitiivinen remediaatioterapia (cognitive remediation therapy)	25
6.4. CIRCuiTS eli Compurized interactive remediation of cognitive a training for schizopheria	28
6.5. MATTI/CAT eli Cognitive adaption training	31
7.OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	35
8.POHDINTA	38
LÄHTEET	40

KUVAT

Kuva 1. Skitsofreenisen psykoosin puhkeaminen ja kulku (Käypä hoito -suositus, 2020.)	9
Kuva 2. Metakognitiivisen harjoittelun keltainen ja punainen-kortti (Moritz, Kuokkanen, Määttä, 2014.)	22

Kuva 3. Esimerkki kognitiivisen remediaation tehtävästä mikä voidaan tehdä tietokoneella (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019.) 28

KUVIO

Kuvio 1. Esimerkki aineiston luokittelusta 19

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhaun taulukko.	15
Taulukko 2. Valitut tutkimukset	16
Taulukko 3. Skitsofrenia potilaan kognitiiviset kuntoutusmenetelmät	20
Taulukko 4. Menetelmillä saadut vaikutukset	33

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

Lyhenne tai sana

Selitys

Katalepsia(catalepsy)	Jännitysjäykkyyystila, jossa asento säilyy liikkumattomana samanlaisena. (Isohanni ym. 2007b, 849.)
Katatonial(Catatonial)	Lihäsjäykkyyystila, esimerkiksi skitsofrenian tai masennuksen oireena. (Isohanni ym. 2007b, 849.)
Kognitiivinen remediaatio	Skitsofreniapotilaan kognitiivista toimintakykyä parantava terapia. (Mielenterveystalo.Sanasto)
Kognitiiviset toiminnot	Oppiminen, muistaminen, havaitseminen, arviointi, tulkitseminen, tarkkaavaisuuden suuntaaminen, päätöksenteko, toiminnan syiden selviytämistavat, ajattelu sekä kieli. (Kähkönen ym. 2007, 18.)
Stupor	Sulkutila, jossa ihminen ei reagoi ulkoisiin ärsykkeisiin ja on tietämätön ympäröivistä olosuhteista. (Isohanni ym. 2007, 853.)

1 JOHDANTO

Mielenterveys on WHO:n määritelmän mukaan: "hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin, stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä kykenee tuottamaan oman panoksensa yhteiskunnalle." (Isohanni ym. 2007a,26.) Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat toimintakyvyn heikkenemää, elämänlaadun menetystä ja erilaisia kustannuksia. Suomessa 3,5% väestöstä on jossakin elämänvaiheessa sairastanut psykoosijakson. Skitsofrenian elämänaikainen esiintyvyys väestössä on noin 1 %. (Isohanni ym. 2011a,674, 678.)

Kuntoutuksella tavoitellaan fyysisesti tai psyykkisesti vammautuneen ihmisen fyysisen tai psyykkisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn säilyttämistä, palauttamista tai edistämistä.

Kuntoutumisen prosessi vaatii paljon sen ympärillä toimivilta tahoilta. Skitsofreniaa sairastavan on oltava valmis etsimään uusia ratkaisuja ja valmis luopumaan skitsofreniaa sairastavan elämäntavasta, roolista ja identiteetistä. (Rissanen 2007, 77-103.)

Viimeaikainen skitsofreniatutkimus painottaa sairauteen kuuluvia neuropsykologisia häiriöitä, jotka ovat pääsääntöisesti tyypiltään kognitiivisia (Koskisuus 2004, 204). Kognitiivisen remediaation eli intervention tarkoituksena on kehittää kognitiivisia prosesseja, kuten tarkkaavaisuutta, muistia, toiminnanohjausta, sosiaalista kognitioita ja metakognitioita. Tavoitteena olisi, että tulokset olisivat mahdollisimman pitkäaikaisia ja yleistyisivät käytännössä. Tämän toteuttamiseksi on kehitetty monia erilaisia hoito-ohjelmia, joista osassa hyödynnetään tietokoneohjelmia. (Oksanen 2013.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata skitsofrenian kognitiivisessa kuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä ja arvioida niiden tuloksia tutkimusten pohjalta. Aihe rajataan aikuisiin skitsofreniakuntoutujiin. Tavoitteena on syventää skitsofreniapotilaiden, heidän läheistensä ja hoitajien tietämystä skitsofrenian kognitiivisesta kuntoutumisesta ja sen tuloksista.

2 SKITSOFRENIA

Skitsofrenia on sairautena pitkäaikainen, usein myös elinikäinen sairaus. Tällöin myös hoito on usein pitkäaikaista. Oireita pyritään lievittämään hoidon ja kuntoutuksen avulla, jolloin voidaan parantaa potilaan toimintakykyä ja sopeutumista skitsofreniaan sekä tukea potilasta ja hänen läheisiään. Yhtenä tavoitteena on uusien psykoosijaksojen torjuminen tai ainakin niiden määrien sekä vaikeusasteen vähentäminen. (Isohanni ym. 2011b, 102-103.)

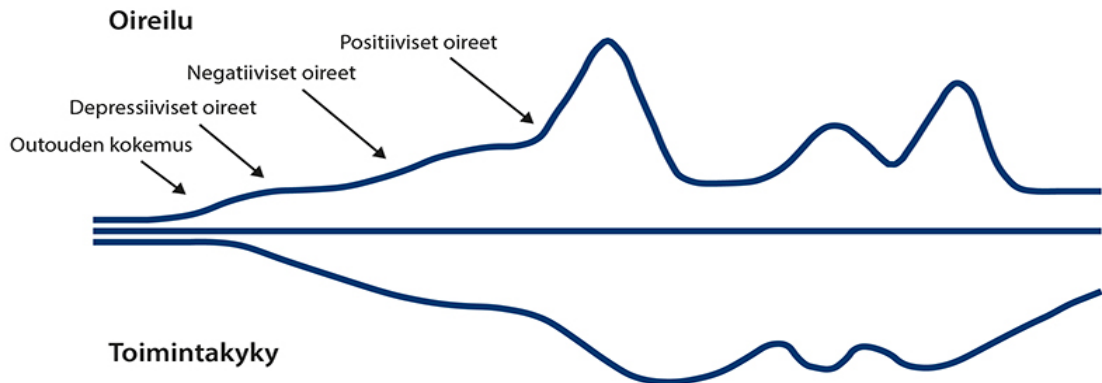
Suomessa skitsofreniaan sairastuu noin 55 - 60 000 potilasta, joka on 0,5 - 1,5% Suomen väestöstä. Skitsofrenian on huomattu puhkeavan aikaisemmin miehillä ja myös esiintyvyys on hieman suurempaa miehillä naisiin verrattuna. (Skitsofrenia: Käypähoitosuositus 2020.)

Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa on tutkittu psykoosien esiintyvyyttä Suomessa. Terveys 2000 -tutkimusta varten kehitettyä psykoosiseulaa varten hyödyntämällä selvitettiin 746 osallistujaa Psykoosit Suomessa -tutkimusta varten. Tutkimuksen tavoitteena on ollut psykoosien esiintyvyyden ja niiden alueellisen vaihtelun kartoitus, psykooseihin liittyvien fyysisten terveystilanteiden ja toimintakykyvajeiden kartoitus sekä psykoosien riskitekijöiden ja ennusteen tutkiminen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus: Psykoosit Suomessa, 2017.) Tutkimuksessa saatiin selville, että Pohjois- ja Itä-Suomessa psykooseja esiintyi enemmän kuin muualla Suomessa. Vähiten psykooseja esiintyi Lounais-Suomessa. Suomessa maaseudulla ja kaupungissa psykoosien esiintyvyys on ollut lähes yhtä suuri. Skitsofrenian kohdalla Etelä-Suomessa havaittiin olevan lähes kolminkertaisesti vähemmän skitsofrenian esiintyvyyttä kuin Pohjois-Suomessa. (Suvisaari 2012.)

Psykoosien diagnosoiminen on hidasta, koska se vaatii huolellista perehtymistä potilaan tilanteeseen, ja lisäksi siihen vaikuttavat mielenterveyskuntoutujien vähäinen osallistuminen väestöntutkimuksiin. (Suvisaari 2012.)

Skitsofreenisen psykoosin puhkeamisen kulkuun kuuluu outouden kokemus, depressiiviset oireet, positiiviset ja negatiiviset oireet ja toimintakyvyn aleneminen (kuva 1). Skitsofrenian oireet voidaan jaotella positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin ICD-10 tautiluokituksen mukaan. Potilaan oireiden tulee kestää vähintään yhden kuukauden ajan, jotta skitsofreniadiagnosi voidaan saada selville. Tautiluokituksessa positiivisiksi oireiksi eli

psykoottisiksi oireiksi voidaan lukea harhaluulot, jotka ovat eriskummallisia; aistiharhat, joita ovat erityisesti kuuloharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiivisiin oireisiin lukeutuvat tunneilmaisun ja mielihyvän tunteen latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, ihmissuhteista vetäytyminen ja sosiaalisten kontaktien puute. (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2020.)



Kuva1. Skitsofreenisen psykoosin puhkeaminen ja kulku (Käypä hoito- suositus, 2020.)

Skitsofrenia voidaan jaotella viiteen alatyyppiin ICD-10 tautiluokituksessa: paranoidinen skitsofrenia, hajanainen, katatoninen, jäsentymätön ja jäännöstyyppinen. Paranoidiseen skitsofreniaan sairastutaan tyypillisesti vasta aikuisuudessa, jolloin potilaalla voi olla jo työ ja perhettä. Toimintakyky yleensä säilyy paremmin verrattuna muihin skitsofrenian alatyyppeihin. Tyypillisesti potilaalla voi esiintyä harha- tai kuuloharhoja. Potilas saattaa vaikuttaa pelokkaalta ja joskus uhkaavalta. (Isohanni ym. 2007a,75.)

Hajanaista skitsofreniaa kutsutaan kliinisessä työssä myös hebefreeniseksi skitsofreniaksi. Verrattuna muihin alatyyppeihin potilaan sairastumisikä on yleensä alhaisempi. Potilaalla voi esiintyä korostuneena puheen ja käyttäytymisen hajanaisuutta. Lisäksi voi olla affektien latistumista tai epäasianmukaisuutta. Suuren aktiivisuutensa ja estottomuutensa takia potilas antaa vaikeasti häiriintyneen vaikutelman. (Isohanni ym. 2007a, 75-76)

Katatonisessa skitsofreniassa on tyypillistä psykomotoriset häiriöt, motorinen kiihtyvyys, jäykkyys, negatismi, autismi ja katatoninen katalepsia(jännitysjäykkyystila) tai stupor eli katatoninen sulkutila. Lisäksi potilaalla voi olla maneereja, kuten oudot kasvojen ilmeet ja ruumiin asennot. Potilaalla voi ilmetä myös kaikupuhetta eli ekolaliaa, ja kaiku-käytöstä eli ekopraksiaa. **Jäsentymättömään skitsofreniaan** luokitellaan ne potilaat,

joilla skitsofrenian tyyppioireet ovat olemassa, mutta jotka eivät mene muihin alatyyppeihin. Nykyisin tähän ryhmään luokitellaan suuri osa potilaista. **Jäänöstyyppisessä eli residuaalisessa skitsofreniassa** potilaalle on ominaista vetäytymättömyys, välinpitämättömyys ja aloitekyvyttömyys. Lisäksi tunteiden latistuneisuus ja ajatushäiriöt ilmenevät lievänä epäloogisuutena tai hajanaisuutena. Diagnoosi voidaan asettaa häiriön myöhäisvaiheessa, jolloin skitsofrenialle tyypilliset oireet esiintyvät vaimentuneina. (Isohanni ym.2007a,75-76.)

Skitsofreniapotilaan hoidossa keskeistä ovat psykoosilääkitys, psykoedukaatio, joka on koko perheen koulutuksellinen terapia sekä tarkemmat psykoterapeuttiset hoidot, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia ja kognitiivinen kuntoutus. Lisäksi kuntoutumista tukee työkuntoutus ja tuettu työllistyminen. Näissä suositellaan avohoitopainotteista hoitomuotoa. Potilaan hoidossa on tärkeää ymmärtävä, luottamuksellinen ja pitkäkestoinen hoitosuhde. (Penttilä ym. 2015, 875.

3 SKITSOFRENIAPOTILAAN KUNTOUTUS

Mielenterveyspalvelujen tuottamisessa sekä järjestämisessä on useissa maissa keskeiseksi tullut kuntoutujan toipumisorientaatio, jossa painotetaan yksikön voimavaroja, osallisuutta, merkityksellisyyttä, toivoa sekä positiivista mielenterveyttä. Näihin vahvasti lukeutuu psykososiaaliset kuntoutusmenetelmät, jotka voivat parantaa kymmeniä vuosia samoina olleita kuntoutustuloksia. Suomessa haasteena tuo menetelmien vaihteleva saatavuus, jolloin kaikki potilaat eivät saa tätä hoitoa. Päämääränä olisi yksilöllisesti muokattujen menetelmäkokonaisuuksien kattavampi käyttöönotto. Täten on mahdollista parantaa potilaiden toimintakykyä ja osallisuutta yhteiskuntaan. Kuntoutusta on mahdollista tehdä virtuaalisesti sekä kasvokkain tai yhdistämällä molemmat, jolloin saadaan toimivia ratkaisuja. Tähän tarvitaan keinoja valita menetelmistä eniten hyötyvät potilaat ja kehittää näiden ohjausta. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019, 135.)

Potilaasta tulee kuntoutuja, kun akuutti psykoosivaihe on ohi. Jokainen potilas on yksilö, jonka vuoksi jokaisen kuntoutuminen on yksilöllistä. Potilaalle tehdään oma kuntoutussuunnitelma. Tällä pyritään varmistamaan jokaisen potilaan kuntoutuksen jatkuminen, se sisältää kuntoutujalle tehdyt tavoitteet ja keinot, jolla päästään tavoitteisiin. (Kyllästinen 2007, 23-25.)

Sairaus on useimmiten aiheuttanut jo alkuvaiheessa toimintakyvyn heikkenemistä ja vaarana on laaja-alainen toimintakyvyn heikkeneminen. Kuntoutus on skitsofreniassa erityisen tärkeää. Tämä voi olla korjaavaa, palauttavaa, toimintakyvyn haittoja ehkäisevää tai jo kroonistuneissa sairauksissa haittoja minimoivaa. Kuntoutus tapahtuu usein avohoidossa. Tämä tulisi toteuttaa tähän erikoistuneessa yksikössä, moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluu sairaanhoitaja tai mielenterveyshoitaja, lääkäri, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Kuntoutuksen ensimmäisessä vaiheessa alkaa sairastumisen tiedostaminen ja motivaation herääminen. Tästä voi alkaa mahdollisesti vuosia kestävä aktiivisen työskentelyn aika. Tänä aikana kuntoutuja ei ole passiivinen hoitotoimien kohde, vaan tärkeää on kuntoutuja oma aktiivinen osallistuminen kuntoutukseen. Pyrkimyksenä mahdollisimman merkityksellinen elämä sairaudesta huolimatta. (Isohanni ym.2011c, 120-122.)

Kognition on ajateltu olevan tärkeässä roolissa skitsofreniapotilaan diagnoosissa ja varsinkin sen vaikutuksen havainnoinnissa, ymmärtämisessä sekä akuuttien oireiden muun

muassa hallusinaatioiden kehittymisessä. Näiden skitsofreenikoiden päämääränään on saavuttaa heidän palautumistavoitteensa ja saada varmuus, että sen hyödyt kestävät pitkään. (Wykes, 2018,57-61.)

Skitsofreniaan liittyy **neuropsykologisia häiriöitä**, jotka ovat luonteeltaan kognitiivisia. Nämä häiriöt voidaan jakaa kielellisten muistitoimintojen- ja toiminnan ohjauksen häiriöihin, tarkkaavaisuuden ongelmiin, hahmotuksen ongelmiin ja motorisiin vaikeuksiin. Eri-tyisesti muistiin liittyy kielellisten toimintojen häiriöt, kuten kuntoutujan on vaikea pitää esimerkiksi kiinni sovittua ajasta sillä potilas ei muista sopimusta, sovittua aikaa tai kelloa. Kun taas toiminnanohjauksen häiriöllä tarkoitetaan enimmäkseen toiminnan joustavuuden ongelmia, esimerkiksi toiminnan soveltaminen tarkoitukseen sopivaksi. Lisäksi vireyteen, tarkkaavaisuuden ylläpitoon sekä huomion jakamiseen usean eri huomiota vaativan asian kanssa liittyvät tarkkaavaisuuden ongelmiin. Kognitiiviset ongelmat ilmenevät jokaisella kuntoutujalla eri tavoin ja voivat olla erilaisia myös vaikeusasteeltaan. Näihin kaikkiin on kuitenkin mahdollista vaikuttaa. Keinoja tähän ovat muun muassa kognitiivisten ongelmien huomioiminen eri toiminnoissa ja harjoituksissa, kuntoutujan tukeminen ympäristöä soveltamalla kuntoutujan oppimista ja keskittymistä sekä työntekijän oman vuorovaikutustapaansa muuttaminen. (Koskisuu 2004, 204-206.)

Kognitiiviset oireet vaikuttavat sairastuneen sosiaaliseen toimintakykyyn, elämänlaatuun ja pärjäämiseen avohoidossa, jopa psykoosin oireita enemmän. Nämä ovat keskeisessä osassa paranemisen ennusteen kanssa. **Kognitiivisen toimintakyvyn** parantamiseen on kehitetty viimeisten vuosien aikana kuntoutusohjelmia, joista käytetään nimitystä kognitiivinen remediaatio tai kognitiivinen harjoittelu. (Muzio ym. 2010, 909-914.)

Nämä **kuntoutusohjelmat** on määritelty vuonna 2010 käyttäytymisharjoitteluun perustuvaksi interventioksi, jonka tavoitteena on muun muassa tarkkaavaisuuden, muistin, toiminnanohjauksen, sosiaalisen kognition (tiedon käsittelyn) sekä metakognition (tietoisuus omista ja muiden ajattelusta) pitkäaikaiseen ja yleistyvään paranemiseen. Kognitiivisella kuntoutuksella pyritään toimintojen palautumiseen sekä ylläpitoon ja näitä sovelletaan käytännön haasteisiin. Kuntoutussuunnitelmiin nimettiin jokaiselle kuntoutujalle soveltuvia harjoituksia. Työskentely voi tapahtua yksin, ryhmässä tai omanhoitajan kanssa, tietokoneavusteisesti tai kynän ja paperin avulla. Lisäksi useisiin näihin sisältyy monia tapaamisia työntekijän kanssa. Tehtävät kohdennetaan haastetasoltaan yksilöllisesti sopiviksi, niitä tehdään riittävän usein ja onnistumiset vahvistetaan heti.

Kokemusten perusteella kuntoutuksesta saadut muutokset voivat johtua osittain kohonneesta yrittämisestä ja motivaatiosta. Toisaalta suoritusten paraneminen saattoi olla riittävän ohjauksen ansiota. Keskeisenä osana on myös kuntoutujan saama tiivis tuki. (Vier-ttiö ym. 2016, 632-633; Oksanen 2008, 10-22; Barlati ym. 2013, 1-12.)

Kognitiivista kuntoutusta on kutsuttu Barlatin (2013) kirjoittamassa artikkelissa terapeuttiseksi prosessiksi, jolla lisätään tai parannetaan tämän yksilön kykyä käsitellä ja käyttää saapuvaa tietoa, jotta hänen toimintansa lisääntyisi jokapäiväisessä elämässä. Tähän kuuluu menetelmiä kognitiivisen toiminnan kouluttamiseksi ja palauttamiseksi sekä näille vaihtoehtoisia tekniikoita. Kognitiiviset kuntoutusstrategiat pystytään jakamaan kahteen päälinjaan: ”korvaavaan” ja ”palauttavaan”. Kompensoivilla eli ”korvaavilla” hoidoilla koitetaan eliminoida tai ohittaa spesifinen vajavuus käyttämällä kohteen eli potilaan jäljellä olevia kognitiivisia kykyjä ja/tai ympäristöresursseja. Tämä ympäristön manipulointi on kompensointimenetelmä, joka vaikuttaa ja käyttää kognitiivisten toimintojen vaikuttamiseksi ja helpottamiseksi ympäristön muutoksia esimerkiksi yksinkertaistamalla potilaan tehtäviä. Kognitiivinen kuntoutus hyödyntää monia oppimisstrategioita: virheetön oppiminen, rakennustelineet, joukkoharjoittelu, positiivinen vahvistaminen sekä tietojenkäsittelystrategiat. (Barlati ym. 2013, 1-12.) Rakennustelineillä tässä tarkoitetaan oppimisprosessissa oppijan eli kuntoutujan tarpeisiin mallinnettua ehdollista tukea, minkä avulla pyritään lisäämään vuorovaikutuksessa oppimisen mahdollisuuksia (Tieteen termipankki, 2017).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata skitsofrenian kognitiivisessa kuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä ja arvioida niiden tuloksia tutkimusten pohjalta. Tavoitteena on syventää skitsofreniapotilaiden, heidän läheistensä ja hoitajien tietämystä skitsofrenian kognitiivisesta kuntoutumisesta ja sen tuloksista.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia erilaisia skitsofrenia potilaan kognitiivisia kuntoutusmenetelmiä on?
2. Millaisia tuloksia skitsofrenia potilaan kognitiivisista kuntoutusmenetelmistä on saatu?

5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Skitsofreniapotilaiden kuntoutukselle ja hoidolle tärkeää on, että hoitosuhde on pitkäkestoinen, luottamuksellinen ja ymmärtävä (Skitsofrenia: Käypä hoito- suositus, 2015). Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin TYKS Psykiatrian psykoosivastuualue. Työn aihe on saatu hallinnoivalta osastonhoitajalta. Toimeksiantajan toive on saada lisää tietoa skitsofrenian kognitiivisesta kuntoutuksesta.

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan rakentaa kokonaisukvaa tietystä asiakokonaisuudesta. Sen avulla pyritään tunnistamaan ongelmia, kehittämään olemassa olevaa teoriaa ja samalla luomaan uutta teoriaa. (Salminen 2011,3,4,5.) Tässä opinnäytetyössä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja analysoidaan aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tietoa haettiin erilaisista internetin tietokannoista sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Haussa käytettiin JBI-, Medic- ja Google Scholar-tietokantoja. Hakusanoja, joita käytettiin: Schizophrenia, cognitive rehabilitation, kognitiivinen kuntoutus ja skitsofrenia. Hakutulosta rajattiin kaikissa hauissa sanoilla, englanti, suomi, aikuiset, koko teksti, vuosiluku (2000 ja sitä uudemmat), julkaisutapa (ei tiivistelmät, eikä maksulliset artikkelit). (Taulukko 1.) Tavoitteenamme olisi saada 10 käytettävää tutkimusta analyysiin. Tutkimuksia tuli lopulta 15 kappaletta sekä lisäksi menetelmien selvittämiseksi hyödynnettiin teorian tietoa menetelmistä 2 eri lähteestä. (Taulukko 2.)

Taulukko 1. Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusana	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
JBI	Schizophrenia AND cognitive rehabilitation	1	1	1	1
Medic	Skitsofrenia ja kognitiivinen kuntoutus	37	13	10	4
Google Scholar	skitsofrenia +kognitiivinen kuntoutus+scit	137	10	2	2

Google Scholar	kognitiivinen remediaatio+ skitsofrenia	18	0	0	0
Manuaalinen haku					10
Valitut Yhteensä					17

Taulukko 2. Valitut tutkimukset

Tekijä, maa	vuosi,	Tarkoitus	Otos (n)	Menetelmä	Keskeiset tulokset	
Cellard, Reeder, Paradis-Giroux, Roy, Gilbert, Ilvers, Bouchard, Maziade, Wykes.	2014.	Kanada.	Tarkoituksena oli tutkia voiko CIR-CuiTS -ohjelma parantaa visuaalista muistia ja muita kognitiivisia alueita nuorilla aikuisilla, joilla on varhainen skitsofrenia sekä arvioida sen hyväksyvyyttä.	Avohoito potilaat (n=2) ja sairaalahoitossa oleva potilas (n=1).	Istuntoja oli noin 3 kertaa viikossa, istunnot kestivät noin 50 minuuttia. Keskimäärin istuntoja oli yhteensä 41. Potilaat suorittivat erilaisia kognitiivisia tehtäviä. Potilaita arvioitiin haastatteleamalla.	Potilaat kokivat saaneensa apua. He kokivat muistinsa sekä ongelmaratkaisukykyä parantuneen.
Combs, Adams, Penn, Roberts, Tiegreen, Stem	2007.	Yhdysvallat	SCIT tehokkuuden vaikutusta verrattuna selviytymisryhmään(coping skills group).	SCIT ryhmä skitsofreniapotilaat(n=18), selviytymisryhmä skitsofreniapotilaat (n=10)	Seurantatutkimus,arviointi tunne- ja sosiaalinen havaintokyky, mielen teoria, omistautumistila, kognitiivinen joustavuus ja sosiaaliset suhteet.	Potilaiden sosiaalisen kognition mitaustulokset paraniivat.
Hansen, Østergaard, Nordentoft, Hounsgaard.	2011.	Tanska.	Vertailla CAT + ACT vaikutusta pelkkään ACT hoitoon.	Skitsofrenia potilaat (n=52). Potilaat saivat satunnaistetusti CAT + ACT (n=25) tai ACT yksinään (n=27) hoitoa	Seurantatutkimus, jossa potilaat arvioitiin lähtötilanteessa sekä 6 kuukauden ja 9 kuukauden kuluessa.	Ei oltu varma hoidon tehokkuudesta. CAT+ ACT yhdistelmällä ei koettu merkittävää muutosta verrattuna tavalliseen ACT kuntoutukseen.
Hiekkala-Tiusanen, Halunen, Mehtälä, Kieseppä.	2019.	Suomi.	Teoriatieto	-	-	Tietoa CRT:stä, CIR-CuiTS:sta, Matista sekä SCIT:stä.
Konstins, Huddy, Reeder, Landau, Wykes.	2011.	Englanti.	Selvittää vaikuttaako ikä skitsofrenia potilaan	Skitsofrenia potilaat (n=134). Alle 40 -vuotiaat (n=77) ja 40 -	Kognition seuranta ennen ja jälkeen kuntoutuksen. Arviointi	CRT:llä oli suurempi vaikutus nuorempien työmuistiin kuin vanhemmilla

	vasteeseen CRT hoidossa.	vuotiaat tai vanhemmat (n=57).	keskittyi työmuistiin, kognitiiviseen joustavuuteen sekä suunnitteluun.	potilailla eroa ei juuri saatu.
Kuokkanen, Moritz	Teoriatietoa.			Tietoa MCT:stä.
Moritz, Veckenstedt, Andreou, Bohn, Hottenrott, Leighton, Köther, Woodward, Treszl, Menon, C. Schneider, Pfueller, Roesch-Ely. 2014. Saksa.	Tarkastella MCT-menetelmän pitkäaikaista tehokkuutta skitsofrenia potilailla ja selvittää olivatko aikaisemmin todetut vaikutukset säilyneet.	Skitsofreniapotilaat (n=150) avo- ja sairaalahoitossa	Suoritettiin rinnakkaisena ryhmäkokeena, satunnaisesti kontrolloitu. Ryhmä neljä viikkoa ja 2 tapaamiskertaa viikossa.	PANSS-testin harhaluuloisuus-osion pisteytys oli huomattavasti laskusuunnassa ja positiivisen asteikon yhteispistemäärä oli pienempi. Psykoottisten oireiden arviointi(the Psychotic Symptom Rating Scale)-testissä harhaluuloisuus asteikko oli pienempi.
Moritz, Woodward. 2007. Saksa.	Metakognitiivisen terapia menetelmän tehokkuutta	Skitsofrenia potilaat (n=40)	Haastattelu, MINI-kysely ennen tutkimuksen aloittamista.	Potilaat hyödynsivät tietojaan arkielämässä ja potilaiden kokemukset ryhmästä olivat positiiviset.
Muzio, Oksanen, Luoma, Kimmelma-Paajanen, Ruuhonen. 2010. Suomi.	Kartoittaa CRT vaikuttavuutta.	Skitsofrenia tai skitsoaffektiiviset potilaat (n=30).	Kartoittamalla potilaiden oireita ja kokemuksia sekä omaisten ja työryhmän havaintoja haastatteluja kyselylomakkeilla. Lisäksi potilaille tehtiin neuropyskologiset ja psykologiset testit.	Potilaiden suoriutuminen ja sosiaalinen toimintakyky olivat parantuneet. Potilaiden, omaisten ja työntekijöiden kokemuksen olivat hyvät.
Reeder, Huddy, Cella, Taylor, Greenwood, Landau, Wykes. 2017. Englanti.	Selvittää CIR-CuiTS:n toimivuutta ja sen tehokkuutta kognitiivisen ja sosiaalisen toiminnan parantamiseksi.	Skitsofrenia potilaat (n=93).	Potilaiden kognitiivinen, sosiaalinen toiminta sekä oireet arvioitiin ennen ja jälkeen tutkimuksen sekä 3 kuukauden päästä. Potilaista 85% noudatti CIR-CuiTS-ohjelmaa ja suoritti 28 istuntoa.	Tutkimuksessa voitiin todeta CIR-CuiTS:n olevan hyödyllinen muistin ja sosiaalisen toiminnan parantamisessa.

Thibaudeau, cel-lard, Reeder, Wykes, Ilvers, Ma-ziade, Lavoie, Pothier, Achim. 2016. Kanada.	Selvitettää CIR-CuiTS:n vaiku-tusta ei-sosiaali-seen kognitioon ja metakognitioon.	Skitsofrenia poti-laat (n=4)	Seurantatutki-mus. Potilaille teh-tiin erinäisiä tes-tejä hoidon ai-kana.	Kaikilla potilailla ha-vaittiin pidemmällä aikavälillä paran-nusta potilaiden ToM:ssa, sekä tämä oli säilynyt tai jopa kasvanut seuranta-jakson kuluessa.
Tiusanen. 2015. Suomi.	Arvioida ja kuvata skitsofrenia poti-laan toimintakykyä ja siinä tapahtuvia muutoksia Matti-kuntoutuksen ai-kana.	Skitsofrenia kun-toutujat (n=8) ja heidän toimintaky-kynsä tuntevat henkilöt (n=9).	Haastattelemalla osallistujia ennen ja jälkeen kuntou-tuksen.	CAT-kuntoutuksen on osoitettu paranta-van lyhyellä aikavä-lillä skitsofreniaa sai-rastavien toimintaky-kyä yleisesti.
Velligan, Tai, Rob-erts, Maples-Aqui-lar, Brown, Mintz, Turkington. 2014. Yhdys-vallat.	Verrata Cat/Matin vaikutusta ja toimi-vuutta kolmeen muuhun eri hoito-muotoon/menetel-mään.	Avohoitopotilaat (n=142). CAT (n=33), CAT ja CBT (n= 35), CBT (n=37) sekä lääkkeellinen ja psykoosin oireita lievittävä hoito (n=37)	Seurantatutki-mus. Potilaan toi-mintakyvyn arvi-ointi ennen ja joka kolmas kuukausi hoidon aikana.	Niiden potilaiden toi-mintakyky parani, jotka saivat CBT me-todi n mukaista hoi-toa CAT:n yhdistet-tynä.
Viertiö, Mehtälä, Sailas. 2016. Suomi.	Teoriatietoa.	-	-	Tietoa Scit:stä, MCT:stä sekä Ma-tista.
Wang, Roberts, Baihua, Rifang. Yan, Jiangd. 2013. Kiina.	Tutkia sosiaalisen kognitiivisen inter-vention toteutetta-vuutta ja tehokkuutta SCIT-me-netelmällä.	Scit-ryhmän skit-sofreniapotilaat (n=22) ja verrokki-ryhmän potilaat (n=17)	Psykiatrin haas-tattelu, testit (PSP, FEIT, Eyes task, ASQ.)	Tulosten mukaan scit-ryhmäläisten so-siaalinen kognitiivi-suus ja sosiaalinen toimivuus kasvoivat verrattuna verrokki-ryhmäläisiin.
Wykes, Newton, Landau, Rice, Thompson, Fran-gou. 2007. Kanada.	Verrata CRT vai-kuuksia potilaan henkisen tilan määrittelyä sekä henkiseen joustavuuteen.	Skitsofrenia poti-laat (n=24) Henkisen tilan määrittelyyn (n=8), henkisen joustavuuden (n=8) sekä kontrol-liryhmä (n=8).	Kahteen ryhmään käytettiin CRT hoitoa. Yksi ryhmä sai taval-lista hoitoa ilman CRT:tä.	Potilaiden kognitio parani monella osa-alueella, erityisesti sosiaalisen käyttäy-tymisen osalta.
Wykes, Reeder, Landau, Everitt, Knapp, Patel, Ro-meo. 2007. Englanti.	Selvittää CRT:n vaikutusta potilaan muistiin, suunnitel-mallisuuteen, kog-nitiiviseen joustavuuteen.	Skitsofrenia poti-laat (n=85)	Potilaat saivat 40 terapia istunto kertaa ja potilai-den tilaa arvioitiin alkutilanteessa, sekä 14 ja 40 vii-ikon kuluttua.	Potilailla oli paran-nusta työmuistissa sekä kognitiivisessa joustavuudessa, li-säksi sosiaalisen toi-minnan muutoksia muistin paranemi-sen myötä. Potilai-den työmuistin muu-toksella oli

				myönteinen vaikutus sosiaaliseen käyttäytymiseensä vielä 6 kuukauden jälkeen CRT hoidon loppumisesta.
--	--	--	--	---

Induktiivisessa sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on aineiston analyysiyksikön määrittäminen, joka voi olla yksittäinen lause, sana, lausuma tai ajatuskokonaisuus sisältäen useita lauseita. Tämän jälkeen tehdään klusterointi eli ryhmittely, jossa aineistosta koodatuista alkuperäisilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Aineiston samansisältöisistä luokista muodostetaan alaluokkia ja alaluokkia yhdistelemällä muodostetaan yläluokkia. Luokat nimetään sisältöä kuvaavalla otsikolla. Ryhmittelyllä luodaan lopuksi yhdistävä luokka, joka on yhteydessä tutkimustehtävään. (Tuomi 2018, 121-126.)

Tässä opinnäytetyössä analysoidaan valitut tutkimusartikkelit induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Aineisto luokiteltiin siten, että alaluokat muodostuivat kognitiivisten kuntoutusmenetelmien tuloksista (Kuvio 1). Yläluokka koostui näiden kognitiivisten menetelmien nimikkeistä. Pääluokaksi muodostui kaikkia yhdistävä tekijä eli kognitiiviset kuntoutusmenetelmät.

Kuvio 1. Esimerkki aineiston luokittelusta.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Oireiden väheneminen	→ MCT	→ Kognitiiviset kuntoutusmenetelmät

Opinnäytetyösopimus tehdään Turun amk ja toimeksiantajan kesken. Opinnäytetyö valmistuu toukokuussa 2020 ja valmistyö esitetään Turun amk:ssa. Valmistyö julkaistaan Theseus -julkaisuarkistossa ja toimitetaan toimeksiantajalle.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimukset käsittivät MCT, CRT, SCIT, CIRCuiTS ja Matti-kuntoutusmenetelmiä (Taulukko 3) sekä niillä saatuja tuloksia (Taulukko 4). Tutkimukset oli toteutettu Suomessa, sekä ulkomailla Englannissa, Kanadassa, Kiinassa, Saksassa, Tanskassa ja Yhdysvalloissa. Tutkimuksien toteutuksessa oli käytetty haastatteluja, kyselyä, kirjallisia harjoitteita, kuvia ja tietokonesovellusta. Tutkimuksista (n=4) käsitteli CIRCuiTS-menetelmään liittyviä tuloksia, SCIT-menetelmän tutkimuksia (N=3), MCT-menetelmää (n=3), CRT-menetelmää (n=4) ja Matti-menetelmää (n=3).

Taulukko 3. Skitsofrenia potilaan kognitiiviset kuntoutusmenetelmät

Kuntoutusmenetelmä	Kuntoutuksen tavoite	Kuntoutujan rooli	Toteutus	Sisältö
MCT (Metacognitive training) eli metakognitiivinen harjoittelu.	Kuntoutuja oppii lisää omasta ajattelusta. Tarkkaavaisuuden, muistin ja ongelmanratkaisukyvyyn kehittäminen.	Osallistuminen suljettuun ryhmätapaamisen 15 kertaa, max. 8 henkilöä.	Keskustelu, kirjalliset harjoitteet, kuvat	Ryhmässä käydään läpi kognitiivisia vääristymiä, kuten hätäisten johtopäätösten tekeminen, virheellisiä muistikuvia.
CRT (Cognitive remediation therapy) eli kognitiivinen remediaatioterapia	Pyritään kohentamaan kuntoutujan kognitiivista toimintakykyä.	44 tapaamiskertaa.	Haastattelut kuntoutujalle sekä omaiselle, erilaisia tehtäviä.	Asteittain vaikeutuvat tehtävät keskittyvät potilaan tarkkaavaisuuteen, muistiin, ongelmanratkaisuun sekä suunnittelukykyyn.
SCIT (Social cognition and interaction training)	Vahvistetaan sosiaalisen kognition osa-alueita kuten tunteiden havaitsemisen, mielen teorian eli toisten henkilöiden ajatusten tulkitseminen sekä oman näkökulman luomisen, lisäksi hillitä sosiaalisissa tilanteissa tapahtuvia äkkipäätöksiä.	Ryhmätapaamiset.	Scit-ryhmässä tutkitaan valokuvia ja videoita vuorovaikutustilanteista.	Harjoitellaan tunnistamaan omia ja toisten ihmisten tunteita, keskustellaan tunteiden roolista vuorovaikutustilanteissa.

CIRCUIT Computerized Interactive Remediation of Cognitive training for Schizophrenia	Pyritään kohentamaan kuntoutujan kognitiivisen toimintakykyä ja ongelmanratkaisua.	Ohjaajan/terapeutin tapaamisilla suoritetaan harjoitteita, joita kuntoutuja voi myös mahdollisuuksien mukaan tehdä itsenäisesti kotona. 40 tapaamiskertaa.	Interaktiivinen tietokone sovellus.	Harjoitukset voivat olla numeroihin tai muotoihin liittyviä tai käytännöllisempi esimerkiksi työtekoon pohjautuvia. Sovelluksen avulla voidaan harjoitella sosiaalisia tilanteita.
MATTI (CAT=Cognitive adaptation training)	Pyritään tasaaamaan kognitiivisen toimintakyvyn haasteita erilaisten muistutusten ja apuvälineiden avulla.	Ohjaaja tekee kerran viikossa kotikäynnin yhdeksän kuukauden ajan.	Tehdään yksilöllisesti suunniteltuja harjoitteita sekä voidaan laittaa muistilappuja auttamaan potilasta päivittäisissä askareissa.	Voidaan harjoitella esimerkiksi ruuanlaittoa, peseytymistä.

6.1 MCT eli Metakognitiivinen harjoittelu (Metacognitive training)

Tämän tavoitteena on hillitä metakognitiivista yli-itsevarmuutta sekä ajattelun vääristymiä. Tähän kuuluu sosiokognitiivisia sisältöjä esimerkiksi samaistuminen toisen ihmisen ajatuksiin ja tuntemuksiin sekä tapahtumien syiden päättelemistä eli attribuutiotyylin harjoitteluja. (Viertö ym. 2016,634-635.) Metakognitiolla tarkoitetaan tietoisuutta omista ja myös muiden ihmisten kognitiivisista toiminnoista, ajattelusta, oppimisesta tai tietämisestä. (Tynjälä 1999, 114.)

MCT -ohjelma koostuu kahdeksasta moduulista ja kahdesta ylimääräisestä moduulista. Harjoittelumoduulien teemoina ovat tapahtumien syiden päätteleminen, hätäiset johtopäätökset, uskomusten muuttaminen, empatia, muisti, itsetunto ja mieliala. Internetistä on mahdollista ladata materiaali eri kielillä käännettynä. Ryhmäkerrat kestävät noin 45-60min, ja jokaisella tapaamiskerralla on oma teemansa. Potilaat saavat harjoituksia ja tehtäviä istunnolla. Ensimmäisen istunnon jälkeen kuntoutuja saa punaisen ja keltaisen kortin (Kuva 2). Niissä on apukysymyksiä, joita voi hyödyntää silloin, kun kuntoutuja tuntee olonsa vainotuksi tai uhatuksi. Ne auttavat kuntoutujaa tekemästä äkkipikaisia ratkaisuja ja välttymään seurauksellisilta päätöksiltä. MCT-menetelmän avulla kuntoutuja saa lisää tietoa kognitiivisista vääristymistä, kehittää uusia ongelmanratkaisu- ja ajattelutapojaan, lisää selviytymiskäyttäytymistään sekä saa eväitä pohtimaan kriittisemmin. (Moritz ym. 2013, 359,362,363.)



Kuva 2. Metakognitiivisen harjoittelun keltainen ja punainen-kortti (Moritz ym. 2014.)

Hätäiset johtopäätökset -moduulissa käydään läpi erilaisia tapahtumia, joille ryhmäläiset pohtivat erilaisia syitä ja selityksiä. Esimerkiksi jos on huono yhteys puhelinlinjassa, niin psykoosin aikana potilas voi luulla, että häntä salakuunnellaan, kun taas oikea syy saattaa olla vaurio matkapuhelinverkossa. Tässä moduulissa potilas oppii omasta ajattelustaan ja miten hätäiset johtopäätökset edistävät vääriä tulkintoja psykoosin aikana. (Kuokkanen ym. 2014)

Potilaat, jotka ymmärtävät oman kognitiivisen toiminnan heikkouden, voivat hyötyä harjoitusten kautta siten, että miettivät päätöksensä seurauksia, käyttävät harkintaa toimissaan ja ovat avoimempia muiden neuvoille. Harjoitukset tekevät potilaat tietoisiksi kognitiivisista vääristymistä/harhoista kertomalla moduulien alussa, miksi jokin harjoitus tehdään ja se korjataan harjoitusten kautta. (Kuokkanen, Moritz ym. 2014).

Ensimmäisissä MCT:tä koskevissa tutkimuksissa on huomattu kuntoutuksen vaikuttavan sosiaalisen kognition osa-alueisiin ja toimintakykyyn jonkin verran. Tämä näyttää kuntoutumisen ja yhteiskunnallisen osallisuuden esteiden poistamiseksi tasapainossa olevissa potilaissa lupaavalta. (Viertiö ym. 2016, 634-635.)

Moritzin ja Woodswardin Saksassa tekemä tutkimus (2007) korostaa metakognitiivisen terapiamenetelmän hyväksyttävyyttä. Tutkimus koostui 40(=n) osallistujasta, joiden taustalla oli skitsofrenian häiriön kriteerit täyttävä skitsofrenia, mukaan lukien skitsoafektiivinen sairaus ja harhaluuloisuushäiriö. Ennen tutkimukseen osallistumista potilaat diagnosoitiin MINI -kyselyn avulla, jonka myötä tutkimuksesta karsittiin pois osa osallistujista. Tutkimukseen sisällytettiin potilaat, joilla oli sillä hetkellä tai oli aiemmin näyttänyt psykoottisia oireita. Tutkimukseen osallistui myös muita toisen diagnoosin saaneita potilaita omasta tai hoitohenkilökunnan toiveesta, mutta heitä ei sisällytetty lopulliseen analyysiin. Ryhmät jaettiin satunnaisesti joko metakognitiiviseen koulutukseen tai kognitiiviseen remediaatioon (Cogpack). Se on tietokoneistettu kognitiivinen harjoitteluohjelma skitsofreniapotilaille. MCT- ryhmä kokoontuivat 4 viikon aikana kahdesti viikossa.

Ryhmäläisen hoitoon osallistuminen ja poissaolot dokumentointiin. Lopussa tutkimukseen osallistujilta kerättiin palaute. MCT-ryhmässä oli kerrallaan 3-10 potilasta, kun taas toisessa kognitiivisen remediaation ryhmässä potilaita oli 3-4 rajatun tietokoneäärän vuoksi. Potilaat eivät osallistuneet hoito-ohjelmiin rinnakkain, mutta saattoivat osallistua ensin toiseen ryhmään ja neljän viikon harjoittelun jälkeen vaihtoivat toiseen ryhmään ja päinvastoin. Analyysiin otettiin tällöin mukaan ensimmäisen harjoittelumenetelmä. Kyseisen tutkimuksen aikana MCT-ryhmässä osallistujien poissaolo oli vähäistä, vaikka potilaiden ennustettiin jäävän pois istunnoilta moduulien kognitiivisen haastavuuden takia. Loppupalautteen mukaan tässä ryhmässä käyneet potilaat kertoivat viihtyneensä istunnoilla ja hyödyntävän oppituntien harjoituksia arkielämässä. Potilaat suosittelisivat koulutusta muille. (Moritz, Woodward 2007.)

Moritzin ja Veckenstedt ym. (2014) tekemään tutkimukseen valikoitiin 150(=n) avohoito-potilasta ja sairaalapotilasta. Ryhmään sisällytettiin potilaat, joilla oli skitsofreniakriteerit täyttävä skitsofrenia diagnoosi sekä nykyisiä tai aikaisempia harhahoireita. Potilaat käyttivät antidepressiivisiä lääkkeitä. Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella MCT-menetelmän pitkäaikaista tehokkuutta skitsofrenia potilailla ja selvittää olivatko aikaisemmin todetut vaikutukset säilyneet. Tutkimus oli satunnaistettu, kontrolloitu ja suoritettiin rinnakkaisena ryhmäkokeena neuropsykologisen koulutuksen kanssa. Ryhmä kesti neljä viikkoa ja kaksi tapaamista viikossa. Tutkimukseen osallistujille järjestettiin 3 vuoden seuranta, jossa tällä menetelmällä havaittiin olevan positiivisia vaikutuksia oireiden väheneemiseen. Verrattuna verrokkiryhmään MCT-ryhmän PANSS (Positive and Negative syndrome scale) -testin harhaluuloisuus-osion pisteytys oli huomattavasti laskusuunnassa ja PANSS-testin positiivisen asteikon yhteispistemäärä oli pienempi. Myös Psykoottisten oireiden arviointi (the Psychotic Symptom Rating Scale)-testissä harhaluuloisuusasteikko oli pienempi. Ryhmien välisiä eroja voitiin havaita itsetunnon ja elämänlaadun mitareissa, joita ei aikaisemmissa arvioinneissa havaittu. (Moritz, Veckenstedt ym. 2014.)

6.2 SCIT eli Sosiaalisten taitojen kuntoutus (Social cognition and interaction training)

Kyseessä on ryhmämuotoinen harjoitusohjelma, jonka tavoitteena on parantaa sosiaalisen kognition osa-alueita (tunteiden havaitsemista, mielen teoriaa eli toisten henkilöiden ajatusten tulkintaa sekä oman näkökulman luomista), lisäksi hillitä sosiaalisissa tilanteissa tapahtuvia äkkipikaisia johtopäätöksiä. Tähän ei sisälly kognitiivista remediaatiota.

Harjoitusohjelmassa on käynti kerran viikossa ja yhteensä niitä tulee 20-24 käyntikertaa. (Viertö ym. 2016, 634-635; Hiekkala-Tiusanen ym. 2019, 135.) **Kognitiivisen remedi-aation** vaikuttavuutta on tutkittu enemmän kuin sosiaalisen kognition. Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu sosiaalisen kognition sekä toimintakyvyn paranemista. Eniten on tullut kehitystä tunteiden havaitsemisessa, keskiverrossa mielen teoriassa sekä pieniä ja kes-kisuuria parannuksia sosiaalisissa tilanteissa. Tutkijat suosittelisivat tätä kuntoutusmuo-toa skitsofreniasta kärsiville potilaille. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019, 135.)

Kiinassa sosiaalisen kognition kuntoutusmenetelmää on tutkittu ryhmällä skitsofreniapo-tilaita. Tutkimuksen SCIT -ryhmään valikoitiin 22 osallistujaa (n=22) ja toisessa tarkkai-luryhmässä osallistujia oli 17 (n=17). Tutkimukseen osallistuville potilaille tehtiin SCIT -hoidon alkuvaiheessa ja 6 kuukauden jälkiseurannassa kiinalainen versio henkilökohtai-sen ja sosiaalisen suorituskyvyn asteikosta (PSP), Eyes task -testistä, kasvojen tunne-herkkyystehtävästä (FEIT) ja Attributional Style -kyselylomake (ASQ). SCIT -ryhmäläiset osallistuivat SCIT -ryhmän tapaamisiin 20 viikon hoitajakson ajan tavallisen hoidon li-säksi. Tarkkailuryhmässä olevat keskittyivät vain tavanomaiseen hoitoon. Tämän tutki-muksen tarkoituksena oli tutkia SCIT:n, sosiaalisen kognitiivisen intervention, toteutetta-vuutta, tehokkuutta ja vakautta, joka on osoittanut lupaavan parantaa sosiaalista kogni-tiivisuutta ja sosiaalista toimivuutta länsimaisessa skitsofreniatutkimuksessa. Tutkimuk-sessa osoitettiin ryhmäläisten vahvistaneen tunteidensa havaitsemista, mielensä teo-riaa, attribuutiotyylään ja sosiaalista toimintaansa. (Wang ym. 2013.)

Yhdysvalloissa Combs ym. (2007) työryhmän tekemään tutkimukseen SCIT -menetel-mästä valikoitiin (N=18) skitsofrenia sairaalapotilasta, jotka suorittivat SCIT:n sekä ver-rokkiryhmän (N=10) sairaalapotilasta, jotka suorittivat selviytymistaitoryhmän. Selviyty-mistaitoryhmässä keskityttiin oireiden hallintaan, ongelmanratkaisuun ja uusiutumisen ennaltaehkäisytaitoihin. SCIT -ryhmä muodostui kolmesta osa-alueesta. Yhtenä osa-alu-eena oli tunneharjoittelu, joka sisälsi tunteiden määrittelemisen, tunteiden jäljittelyharjoit-telun ja paranoian ymmärtämisen. Toisena oli tilanteiden selvittäminen, joka sisälsi tosi-asioiden erottaminen arvauksista, päätelmien tekeminen, huonojen tapahtumien ymmär-täminen sekä integraatio. Ryhmä kesti 18 viikkoa, jossa oli kerran viikossa 60 min kes-tävä tapaaminen. Potilaat arvioitiin ennen ja jälkeen näissä osa-alueissa: tunne- ja sosi-aalinen havaintokyky, mielen teoria, omistautumistila (esim. syyllisyys, vihamielisyys ja aggressio), kognitiivinen joustavuus ja sosiaaliset suhteet. Tietoa kerättiin aggressiivis-ten tapahtumien esiintymistiheydestä hoidon osastolla. Tulokset osoittivat, että SCIT:n ryhmän potilaat paransivat kaikkia sosiaalisen kognition mittaustuloksia. Potilaiden

kognitiivinen joustavuus ja lohdun tarve kehittyi. Potilaat kertoivat voineensa luoda parempia sosiaalisia suhteita hoitoyksikössä, mikä näkyi vuorovaikutuksessa muiden kanssa, sosiaalisen verkoston laajuudesta ja laadusta. Lisäksi hoitoyksikössä todettiin merkittävästi vähemmän aggressiivisia tapauksia SCIT -ryhmään osallistuneilla potilailla. (Combs ym 2007.)

6.3. CRT eli Kognitiivinen remediaatioterapia (Cognitive Remediation Therapy)

CRT tähtää kuntoutujan toimintakyvyn parantamiseen kehittämällä kuntoutujan ongelmanratkaisukykyä ja siihen vaikuttavia toimintoja. CRT:n on kehittänyt Ann Delahunty ja Rod Moricen 1980-luvun lopulla ja tätä edelleen muokattu 2000-luvulla Til Wykesin toimesta. Pyrkimyksenä on parantaa metakognitiivisia taitoja eli kykyä. Tärkeimpänä menetelmänä käytetään etenemistä asteittain sekä virheetöntä oppimista. Näillä pyritään ehkäisemään väärin vastausten mieleen painuminen. CRT:tä on Suomessa toteutettu vuodesta 2005 lähtien Helsingin kaupungin terveyskeskuksen sekä Hyvinkään sairaanhoitoalueen, Kellokosken sairaalan, psykiatrian tulosyksiköissä. Tällöin skitsofreniaan tai skitsoaffektiiviseen psykoosiin sairastuneista kolmellekymmenelle annettiin kognitiivista remediaatioterapiaa. Suomessa aloitetussa toiminnassa on saatu lupaavia tuloksia. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019; Muzio ym. 2010, 909-914.)

Ohjelmaan kuuluu 3-4 kertaa viikossa tapahtuva noin tunnin mittainen istunto, joita on yhteensä terapian aikana 40-44 kertaa. Kokonaisuudessaan terapia kestää 3-4 kuukautta. Istunnot käsittävät 10-18 erilaista tehtävää, jotka valitaan kuntoutujalla sopiviksi, huomioiden kuntoutujan perusohjelma sekä neuropsykologinen tausta. Haastattelemalla ja kyselyillä oli selvitetty kuntoutujien oireita ja heidän kokemuksiaan, lisäksi oli kuultu heidän omaisten ja työryhmän havaintoja kuntoutujasta. Ohjelma etenee niin sanotun käsikirjan mukaan. Pääsääntöisesti tehtävät voivat olla kynä-paperitehtäviä, mutta tässä voidaan käyttää esimerkiksi kortteja, erivärisiä tai erimuotoisia lajiteltavia palikoita. Ensimmäisillä kerroilla perehdytään tarkkaavaisuuteen, jonka jälkeen vuorossa on muisti-harjoituksia. Viimeisillä kerroilla keskitytään ongelmanratkaisuun ja suunnittelukykyyn. Hoitojakson alussa sekä lopussa on arviointi, johon tarvitaan neuropsykologisia tutkimuksia. Kuntoutujaa rohkaistaan suunnittelemaan omaa toimintaansa ja kehittämään erilaisia muistisääntöjä. Pyrkimyksenä on välttää skitsofreniapotilaille tyypillistä virheelisten ratkaisujen oppimista, vaan painotus on virheettömässä oppimisessa. Tehtäviä kerrataan eri muodoissa ja niitä asteittain vaikeutetaan. Tässä kuntoutuja voi hyödyntää

aiemmin oppimaansa. Jotta kuntoutuja saa vaikeatkin tehtävät suoritettua, vaatii hän terapeutin tukea ja kannustusta, jota vähitellen vähennetään, kunnes kuntoutuja selviää tehtävistä omatoimisesti. Vaikka ohjelma etenee niin sanotun käsikirjan mukaan, vaaditaan terapeutilta luovuutta, tilannetajua sekä huumorintajua. (Muzio ym. 2010, 909-914.)

Kontins ym. (2013) tekemässä tutkimuksessa pohdittiin potilaan iän vaikutusta CRT-hoidon tehokkuuteen, voisiko CRT toimia paremmin, mitä nuorempi potilas olisi. Tähän tutkimukseen oli osallistunut (n= 134) skitsofrenia potilasta. Näistä 85 saivat CRT-hoitoa yli 20 kertaa ja 49 potilasta sai hoitoa alle 20 kertaa tai hoitoa tavalliseen tapaan. Tutkimuksen osallistujat oli jaettu vielä iän perusteella ryhmiin, alle 40-vuotiaat (n=77) ja 40 vuotta tai sitä vanhemmat potilaat (n=57). Heidän kognitiotaan arvioitiin ennen ja jälkeen CRT-hoidon. Arviointi keskittyi potilaan työmuistiin sekä kognitiiviseen joustavuuteen ja suunnitteluun. Konstins ym. tutkimuksessa todettiin, että nuorempien työmuistiin CRT:llä oli suuri vaikutus, mutta vanhempien kuntoutujien osalta ei vaikutusta niinkään saatu. Yhteenvedona tutkimuksen tekijät toteavat CRT:llä saatujen vaikutusten olevan pienemmät vanhemmilla potilailla verrattuna nuorempiin. (Konstins ym. 2013, 218-230.)

Wykes (2007) tehnyt kahden työryhmän kanssa tutkimukset Kanadassa ja Englannissa. Kanadassa tutkimukseen valittiin (n=24) skitsofrenia potilasta, Englannissa tutkimukseen osallistui (n=85) potilasta, jotka saivat CRT:tä 40 hoitokerran ajan. Kanadassa potilaat saivat hoidon ohella psykoosilääkettä, sekä tässä tutkimuksessa potilaat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään, jaossa ei ollut huomioitu potilaiden kognitiivisia puutteita tai oireita. Näistä ryhmistä kaksi kolmesta hoidettiin CRT -metodilla, näistä toinen painottui henkisen tilan määrittelyyn ja toinen henkisen tilan joustavuuteen, kolmas ryhmä oli kontrolliryhmä, jotka saivat tavallista hoitoa ilman CRT:tä. Tämä tutkimus oli tiukka testi CRT:n toimivuudelle, koska tutkimusryhmä halusi tavallista hoitoa parantavan lisän. Arvioinnit tehtiin Kanadassa viikko ennen ja viikko jälkeen hoidon, Englannissa taas potilaita arvioitiin lähtötilanteessa, sekä viikoilla 14 ja 40. (Wykes ym. 2007, 221-230; Wykes ym. 2007, 421-427.)

Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa potilaiden kognitio parani monella osa-alueella, erityisesti merkittävää parannusta saatiin sosiaaliseen käyttäytymiseen. Mutta näyttöä vaikutuksista muun muassa oireisiin, itsetuntoon ja sosiaaliseen toimintaan ei saatu, vaikkakin saadut erot lupaavat CRT:n kannalta hyvää. Tällä tehdyssä terapiassa ei suoraan kohdennettu toimintaan, mutta kognitiivisilla parannuksilla todettiin olevan myönteinen vaikutus oireisiin ja toimintaan ja CRT voisi parantaa potilaan toimintakykyä. Englannissa tutkimuksen painopiste oli potilaiden työmuistissa, suunnitelmallisuudessa sekä

kognitiivisessa joustavuudessa. Näistä työryhmä havaitsi parannusta työmuistissa sekä kognitiivisessa joustavuudessa, lisäksi sosiaalisen toiminnan arveltiin kohentuvan muistin paranemisen myötä. Lopputuloksena tässä Englannissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin potilaiden työmuistin muutoksella olleen myönteinen vaikutus heidän sosiaaliseen käyttäytymiseensä vielä 6 kuukauden jälkeen CRT -hoidon loppumisesta. (Wykes ym. 2007, 221-230; Wykes ym. 2007, 421-427.)

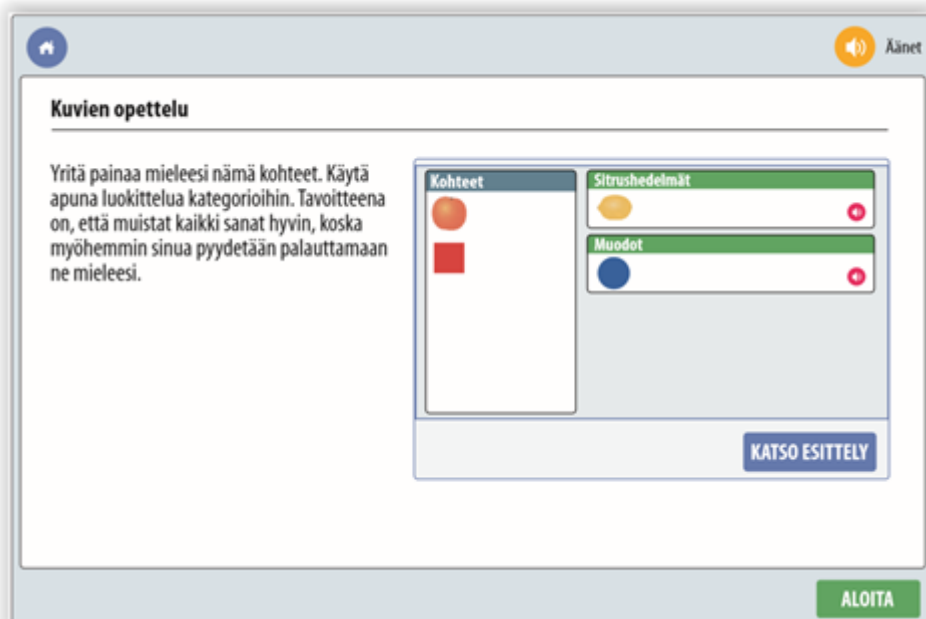
Muzion satunnaisotoksella tehdyssä tutkimuksessa CRT:llä hoidettujen potilaiden työmuisti sekä kognitiivinen joustavuus oli kuuden kuukauden kuluttua edelleen merkittävästi laadukkaampi kuin ilman CRT:tä. Toisessa hänen työryhmänsä nuorille kuntoutujille tekemässä tutkimuksessa pystyttiin lisäksi toteamaan kognition muutosten suora vaikutus toimintakykyyn sosiaalisissa tilanteissa. Tutkijat totesivat, että parhaimmat muutokset näyttäisivät liittyvän kuntoutujan toiminnanohjaukseen sekä kuntoutujan muistiin. Aiempiin tutkimuksiin verraten tässä Suomessa tehdyssä tutkimuksessa oli otettu uudeksi mittariksi Rorschach Comprehensive System -arvot (RCS) eli riittävän taidon kriteerit. Näiden mittaustulosten pohjalta todettiin lisäksi ajatushäiriöiden ja realiteettitestausten eli ymmärtääkö potilas, mikä on todellista ja mikä ei, ongelmien vähentyneen. Mittareissa ei kuitenkaan huomattu selkeää suuntaa, johtuen ehkä siitä, että joiden kuntoutujien masennusoireilu oli korostunut terapian myötä. Tämän mahdollisesti vaikutti elämäntilanteet sekä realiteettitestaustaitojen ja metakognitiivisten taitojen paraneminen. Kuntoutujien sekä heidän läheistensä kokemukset terapiasta ovat olleet positiivisia. Osalle kuntoutujista terapia oli osoittautunut työlääksi, sillä kotoa tai osastolta oli tarvinnut lähteä 3 kertaa viikossa. (Muzio ym. 2010, 909-914.)

Käyntien jälkeen kuntoutujat olivat kuitenkin kokeneet olonsa hyväksi. Kuntoutujista osa oli oppinut keinoja selviytyäkseen arjen haasteissa ja oppinut pohtimaan tekemisiään paremmin. Monet olivat kokeneet onnistumisen hetkiä. Eräs omainen oli kuvannut kuntoutujan alkaneen taas lukea enemmän, toinen kuntoutuja oli suunnitellut terapian myötä aloittavansa jonkin harrastuksen. Kolmas pääsi jatkamaan terapian myötä opintojaan sekä aloittaneensa parisuhteen oltuaan täysin jumiutuneessa elämäntilanteessa. Työntekijät kuvasivat kuntoutujilla tapahtuneen aktivoitumista, mikä oli näkynyt muun muassa oma-aloitteisuutena. Kuntoutujien sosiaalisuus oli myös lisääntynyt ja tutkijoille oli tullut käsitys, että kuntoutujien itsetunto olisi myös noussut terapian aikana. Joidenkin kohdalla ei nähty merkittävää muutosta. Kognitiivinen remediaatioterapian on todettu olevan hyvä hoitomuoto niille potilaille, jos heidän tilansa on vakaa ja heillä on hyvä motivaatio

kuntoutusta kohtaan sekä omia tavoitteita kuntoutukselle, muttei tällä hetkellä päihdeongelmaa. Ensimmäiset tulokset ovat olleet lupaavia. (Muzio ym. 2010, 909-914.)

6.4. CIRCuiTS eli computerized interactive remediation of cognitive a training for schizophrenia

CIRCuiTS on kognitiiviseen remediaatioon kehitetty tietokoneavusteinen kuntoutusohjelma. Tässä painotetaan metakognitiivisten kykyjen kehitystä ja strategiaoppimista. Näiden harjoitteiden ajatellaan olevan taustalla siirrettäessä arkeen kognitiivisia taitoja ja toimintakykyä. Tähän on tehty interaktiivinen tietokoneavusteinen sovellus (Kuva 3.), joka sisältää tehtäviä, joissa käytetään muun muassa numeroita, käytännöllisempiä sosiaalisiin tilanteihin (esimerkiksi työnteko) liittyviä harjoitteita sekä esimerkiksi ääniharjoja kokeva potilas voi terapeutin kanssa käydä vuoropuhelua äänilleen sovellukseen luomansa virtuaalisen hahmon kanssa. Tämä parantaa potilaan kykyä hallita oireitaan. Sovellus tarjoaa harjoittelun todellista ympäristöä muistuttavassa tilassa. Tämän käyttö on vielä vähäistä skitsofreniapotilaiden hoidossa, mutta tulee todennäköisesti kasvamaan ja sillä sovellus tarjoaa muun muassa mahdollisuuden harjoitella sosiaalisia tilanteita ja ongelmanratkaisustrategioita. Harjoitteet tehdään lähtökohtaisesti terapeutin vastaanotolla, mutta tämä mahdollistaa myös harjoittelun itsenäisesti. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019. 135.)



Kuva 3. Esimerkki kognitiivisen remediaation tehtävästä mikä voidaan tehdä tietokoneella (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019.)

Harjoitteita tehdään tunnin ajan kerrallaan vähintään kolme kertaa viikossa, yhteensä 40 käyntikerran ajan. Jokainen harjoituskerta sisältää noin neljästä kahdeksaan tehtävää, jotka keskittyvät monenlaisiin kognitiivisiin ongelmiin. Harjoitteet voivat olla esimerkiksi sellaisia, että tehtävän ohjeen mukaan potilaalle ilmestyy näytölle ruutu ja potilaan on mietittävä tämän tehtävän vaikeutta ja pituutta. Tämän jälkeen potilaalle aukeaa toimintatapa/strategiavalitsin, joka ehdottaa erilaisia strategioita tehtävän suorittamiseen. Sitten varsinainen tehtävä tulee näytölle, jonka potilas valitsemansa toimintatapa ja terapeutin avulla suorittaa. Kun tehtävä on valmis, potilas saa eteensä palaute- ja pistesivun, josta hän voi yhdessä terapeutin kanssa keskustella, miten hän voisi hyödyntää kyseistä toimintatapaa arjessaan. (Cellard ym. 2014, 321-433.)

Kanadassa Thibaudean työryhmän kanssa oli tutkinut CIRCuiTS:n vaikutusta ei-sosiaaliseen kognitioon sekä metakognitioon. Näillä kaikilla potilailla oli ToM -puutteita (eli kyvyssä päätellä muiden ihmisten henkisiä tiloja). Kaikki potilaat oli arvioitu lähtötilanteessa, hoidon jälkeen sekä heille oli tehty kaksi seuranta-arviointia, joista ensimmäinen tehtiin kolme kuukautta hoidon päättymisestä (eli n. seitsemän kuukauden kuluttua lähtötilanteesta) ja toinen vuoden kuluttua (eli n. vuoden ja neljän kuukauden) kuluttua hoidon päättymisestä. Potilaiden ToM arviointiin COST -menetelmällä eli ns. yhdistetyllä tarinalla, jossa osallistujat lukevat novellin ääneen ja vastaavat muutama kysymykseen pohtien esimerkiksi novellissa olevien henkilöiden tunteita. Näiden perusteella potilaiden vastauksen pisteytettiin, potilaat lukivat uudelleen novellin, jotta voitiin sulkea pois potilaiden mahdolliset tekstin ymmärtämisen ongelmat. Potilaat suorittivat myös erilaisia kognitiivisia testejä, joilla voitiin arvioida esimerkiksi potilaan kognitiivista joustavuutta, jonka arviointiin oli käytetty Wisconsin-kortti testiä. (Thibaudean ym. 2017, 1-15.)

Tämän tutkimuksen lopullisissa tuloksissa neljästä potilaasta kahdella todettiin merkittävää ToM:n (eli kyvyssä päätellä muiden ihmisten henkisiä tiloja) parannusta CIRCuiTS -hoidon lopussa, mutta kolmen kuukauden kuluttua kaikilla potilaille oli huomattavissa merkittävää parannusta. Vuoden jälkeen pystyttiin toteamaan kolmella potilaalla tulosten säilymistä. Tällä pystyttiin toteamaan kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttaneen potilaiden ToM:n ja vaikutuksen kestäneen ja jopa sen kasvaneen kahden seurantatarkastuksen aikana. Nämä tulokset viittasivat siihen, että usean vakavan kognitiivisen puutteen

omaavat potilaat voivat hyötyä CRT:tä, jos se ensin kohdennetaan yleiseen kognitioon, sillä näiden puutteet saattavat olla rajoittavana tekijänä potilaiden ToM -suorituskyvyille. Pääsääntöisesti potilailla, joiden huomio ja työmuisti eivät heikentyneet lähtötilanteessa oli havaittu matala asteista kognitiivisten toimintojen laskua, mutta potilaat, joilla oli työmuistin ja huomion vakava heikentyminen heidän vointinsa koheni CIRCuiTS -hoidon jälkeen. Tästä voisi päätellä CIRCuiTS:n ilmaisevan potilaan henkilökohtaista hallintaa, jossa näitä heikentyneitä toimintoja voidaan kouluttaa intensiivisemmin. Joillekin potilaiden kohdalla, joilla on kognitiivisia puutteita vähemmän saattaa olla todennäköisemmin hyötyä CRT:stä, kun se kohdennetaan heidän ToM:n. (Thibaudean ym. 2017,1-15.)

Tutkimuksessa havaittiin erityisesti kognition ja metakognition parannusten korostaneen CIRCuiTS:n yksilöllistä lähestymistavan positiivista vaikutusta, jossa henkilökohtaiset tavoitteet asetetaan ennen terapiaa sekä sen aikana jokaisen potilaan heikentyneiden kognitiivisten toimintojen kohentamiseksi. Joten kaikkiin potilaisiin ei voida soveltaa samaa tarkkaa hoitomenetelmää parantamaan kognitiivista sekä ToM -suorituskykyä tai siihen kuinka paljon hoitoa tarvitaan, jotta voidaan vaikutukset havaita. Lopuksi Thibaudean ym. tutkimuksessa todettiin, että vain epäsosiaaliseen kognitioon ja metakognitioon kohdistuva kognitiivinen kuntoutus voi parantaa merkittävästi skitsofreniapotilaiden ToM -kykyjä. Näihin ToM -parannuksiin liittyi pääsääntöisesti kognitiivisten toimintojen parannuksia, jotka olivat vakavasti heikentyneet lähtötilanteessa ja joihin yhdellä potilaalla liittyi metakognitiiviset kyvyt. Jatkossa pystytään paremmin varmistamaan optimaalinen hoito ja edistää toiminnallista palautumista skitsofreniasta, kun pystytään paremmin ymmärtämään sitä, kuinka hyvä kognitio ja metakognitio voivat ToM:a edistää. (Thibaudean ym. 2017,1-15.)

CIRCuiTS:in vaikuttavuutta, tehokkuutta sekä toimivuutta ovat tutkineet Cellard sekä Reeder työryhmineen. Reederin tutkimuksessa vertailupohjana oli tavallisella hoidolla olevia potilaita, tässä potilaille tehtiin arviointeja ennen ja jälkeen tutkimuksen sekä 3 kuukauden päästä, näissä oli arvioitu potilaiden kognitiivinen, sosiaalinen toiminta sekä oireet. Potilaat suorittivat kuntoutusohjelman ja tekivät tehtäviä kyseisen CIRCuiTS:n avulla. Cellardin mallin hoidon loputtua skitsofrenia potilailta oli kysytty, uskoivatko he tämän ohjelman auttaneen heitä ja jos kokivat niin minkälaista? Yksi kolmesta potilaasta kertoi saaneensa apua päivittäisiin askareisiinsa, kuten ongelmanratkaisuun, ja näin oppinut kaksoistarkistamaan asioita, jotta hän voi olla varma, että hän on ymmärtänyt häneltä vaaditun asian. Kaksi muuta potilasta kertoi saaneensa apua heidän muistiongelmiansa ja toinen heistä kertoi ottaneensa muistilaput käyttöön. Reeder:n tuloksissa

todettiin parannusta potilaiden visuaalisessa muistissa sekä jälkiseurannassa todettiin potilaiden toimintakyvyssä parannusta. Jälkikäteen on huomattu myös parannusta potilaiden yhteisöllisessä toiminnassa. (Cellard ym. 2014, 321-344; Reeder ym. 2017, 2720-2730.)

Netti- ja mobiilisovellusten on siis huomattu lievittävän psykoosi- ja masennusoireita, vähentävän sairaalajaksoja sekä lisäävän potilaiden sosiaalisia kontakteja ja jopa parantavan lääkahoitoon sitoutumista, kun nämä on yhdistetty muuhun hoitoon. Kehittyneempi teknologia mahdollistaa paikkaan sitomattomien interventioiden käytön. Aiemmin on luultu, etteivät vakavan mielenterveysongelman potilaat käyttäisivät paljoakaan teknologiaa, mutta varsinkin ensipsykoosiin sairastuneiden nuorten on todettu käyttävän teknologiaa siinä kuin muutkin nuoret. On kuitenkin muistettava, vaikka itsenäinen harjoittelu voi parantaa kuntoutujan kognitiivista suoriutumista, ei välttämättä kuitenkaan tapahdu elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemista. Tästä syystä tehtäviä ei voida tehdä pelkästään itsenäisenä harjoitteluna. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019. 135.)

6.5. MATTI/ CAT (Cognitive adaptation training)

Kyseessä on eräs lupaavimmista kuntoutusmenetelmistä, missä toimintakyvyn haasteita tasoitetaan erilaisten muistutusten ja apuvälineiden avulla. Tämän mallin on kehittänyt 2000 -luvun vaihteessa professori Velligan. CAT on sittemmin Suomessa muutettu MATTIKSI eli mielenterveyskuntoutujan asumisen tukeminen- tavoitteena itsenäisyys. Suomessa MATTIa on aloitettu kokeilemaan Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrisessa avohoidossa. Tämän mallin vaikutuksia on testattu ensimmäisen kerran vuonna 2003 ja tämä malli on laajentunut käyttöön myös Peijaksen ja Jorvin sairaaloiden psykiatriseen avohoitoon. Erilaisia apuvälineitä ja kalentereita on ennekin ollut käytössä, mutta tässä on huomioitu, millaisia apuvälineitä kukin kuntoutuja tarvitsee ja tämä riippuu kuntoutuja kognitiivisesta toiminta- ja suorituskyvystä sekä käyttäytymistyyppistä. Kuntoutujan tilanteesta tehdään alkuarvio ennen MATTI -ohjelman aloittamista tekemällä neuropsykologinen tutkimus, lisäksi tehdään käyttäytymistyyppin arvio sekä asumisympäristön ja toimintakyvyn arvio. (Viertiö ym. 2016, 635-636; Hiekkala-Tiusanen ym. 2019, 135.)

Kuntoutujan toimintakyky on yleensä kohtalainen tai heikko, toimintakyky selvitetään neuropsykologisessa tutkimuksessa. Heikon toimintakyvyn omaava kuntoutuja tarvitsee ympäristöönsä helposti havaittavia ohjeita, esimerkiksi kirkkaanvärisiä tai suuria muistilappuja. Kohtalaisen toimintakyvyn omaava pärjää arjessa pienemmillä vihjeillä. Kun tehdään asuinympäristön ja toimintakyvyn kartoitus, pystytään huomaamaan kuntoutujan

päivittäisiä askareita vaikeuttavat asiat, esimerkiksi yleinen sotkuisuus, puuttuvat välineet sekä asuinympäristön kunto, mikä on yleensä huono. Toimintakyky saadaan selville haastattelemalla potilasta ja haastattelussa esitettyjen kysymysten pohjalta kirjataan ylös harjoitustarpeet. Potilaan asunnossa tapahtuvat toiminnot esimerkiksi ruoanlaitto, peseytyminen, lääkkeiden ottaminen, laskujen maksaminen sekä nukkuminen käydään huolella läpi. Lisäksi kartoitetaan myös asuinympäristöön, sosiaaliseen toimintaan sekä päätöksentekoihin liittyvät haasteet. Viimeisenä luokitellaan käyttäytymistyyppi, joka on aloitteeton (apathy), estoton (disinhibition) tai näiden yhdistelmä eli sekamuotoinen (mixed) Frontal Systems Behavior Scale -arviointiasteikolla. (Viertiö ym. 2016, 635-636.)

Jos kuntoutujan toimintakyky on aloitteetonta, ei hän kykene aloittamaan tarpeellisia toimia, eikä hän kykene viemään läpi kaikkia tehtävän vaatimia vaiheita. Tämä johtuu kyvyttömyydestä suorittaa toimintaketjuja. Tällainen kuntoutuja tarvitsee ympäristöön muistilappuja sekä tavaroiden asettamista helposti huomattaville paikoille. Estottoman henkilön käytös taas ei sovi tilanteeseen ja tällainen henkilö häiriintyy helposti ympäristön ärsykkeistä. Joten ympäristöstä on tehtävä niin rauhallinen ja yksinkertainen kuin mahdollista, esimerkiksi vaatteiden laittaminen valmiiksi asukokonaisuuksiksi kuntoutujan vaatekaappiin tai shampoon annosteleminen annospulloihin. Sekamuotoisella henkilöllä on piirteitä molemmista käyttäytymistyypeistä. Näille henkilöille voi olla vaikeaa aloittaa tehtäviä ja lisäksi he saattavat häiriintyä helposti suorituksen aikana. (Viertiö ym. 2016, 635-636.) Kuntoutusohjelma toteutetaan kerran viikossa tapahtuvina kotikäynteinä yhdeksän kuukauden ajan. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019, 135.) Matti -kuntoutukselle on etu, että se tehdään kuntoutujalle tutussa ympäristössä, hänen kotonaan. Kun kuntoutusta tekevä terapeutti käy potilaan kotona lievitetään samalla esteitä osallistua kuntoutukseen. (Tiusanen, 2015, 12.)

Tiusasen (2015) sekä Queenin ja hänen ryhmänsä (2012) tekemissä tutkimuksissa todettu osallistuneiden skitsofreniapotilaiden toimintakyvyn parantuneen, näissä tutkimuksissa potilaat asuivat joko itsenäisesti tai hoitokodissa. Osa potilaista oli pitkään sairastaneita, joilla skitsofrenia oli jo kroonistunut. Queenin -ryhmä totesi eron Matilla hoideilla ja tavallista kuntoutusta saaneiden välillä, näistä Matilla oli saatu selvä ero. Eroja oli saatu yhteisöllisissä taidoissa, muttei sosiaalisissa tai ammatillisissa. Myös ryhmäkodissa tehdyssä tutkimuksessa oli todettu kuntoutujien toimintakyvyn sekä työtoimintaan osallistumisen parantuneen. Eräs kuntoutuja oli jopa voinut ottaa itse lääkkeensä kuntoutuksen päätteeksi ensimmäisen kerran kahteenkymmeneen vuoteen. Kuntoutujien toimintakyvyn kerrottiin kuitenkin heikenneen kun kotikäynnit oli lopetettu. Kun taas

toisessa tutkimuksessa ohjaaja jatkoi kotikäyntejä kuntoutujan luona muutaman kerran kuukaudessa, kun itse varsinainen kuntoutus oli loppunut, tällöin tulokset oli saatu pysymään viiden kuukauden ajan. (Quee ym. 2012; Tiusanen 2015, 12-14.)

Yhdysvalloissa Velliganin -tutkimusryhmä tehnyt tutkimuksen, johon osallistui 142 avohoitopotilasta. Näistä osaa CAT:lla hoidettiin (n= 33) ja osaa CAT:n ja CBT:n yhdistelmällä (n=37) sekä osa potilaista (n=37) sai ainoastaan oireita lievittävää hoitoa. Kaikki potilaat saivat lisäksi antipsykoottisia lääkkeitä. CAT:ssa keskityttiin potilaiden lääkityksen säännöllistämiseen. Joillekin potilaille menetelmää tehtiin satunnaistetusti, kun taas osa sai jatkuvaa hoitoa. Tutkimuksessa ei saatu eroja sillä, oliko hoito jatkuvaa vai satunnaista. Tutkimuksen tuloksissa todettiin hoitojen, jotka sisälsivät CAT:n saivat parempia tuloksia kuin hoidot ilman CAT:ia. Jos lääkitys jäi vaihtelevaksi, se saattoi myös muuttaa tulosta. Sillä ei voitu kuitenkaan olla varmoja siitä, että potilaat ottivat aina lääkkeensä suun kautta, sillä aina ei nähty nielemistä tapahtuvan ja tällä on todettu kielteinen vaikutus psykoosin hoidossa. (Velligan ym. 2014, 597-603.)

Tanskassa tehtiin ensimmäinen tutkimus (2011) tutkimus, jossa verrattiin MATTIa ja ACT -hoiton (Assertive Community Treatment, tässä tarkoituksena auttaa potilasta selviytymään yhteisössä) yhdistelmää ja tätä verrattiin tavalliseen kuntoutukseen. Tässä keskityttiin skitsofreniapotilaiden sosiaalisiin toimintoihin, skitsofrenian oireisiin ja sen uusiutumiseen, sairaalahoitoon ja potilaiden elämänlaatuun. Tutkimukseen osallistui lopulta (n=62) potilasta, joista kuitenkin CAT + ACT (n=6) ja ACT (n=4) ryhmästä perui osallistumisensa. Näille annettiin satunnaistetusti CAT + ACT (n=25) tai ACT yksinään (n=27) hoitoa. CAT -hoito toteutettiin potilaan kotona. Hoitojakso kesti kokonaisuudessaan 6 kuukautta. Ja arvioinnit tehtiin lähtötilanteessa sekä 6 ja 9 kuukauden kuluttua. Tämän lisäksi kahta potilasta ei ollut tavoitettu ollenkaan 6 kuukauden arvioinnissa, eikä myöskään 9 kuukauden arvioinnissa tavoitettu ACT -ryhmän 6 potilasta. Haasteena tutkimukselle kerrottiin osan potilaiden kieltäytymiseen aluksi tutkimuksesta. (Hansen ym. 2011, 105-111.)

Ryhmä ei voi olla varma hoidon tehokkuudesta, sillä CAT yhdistettynä ACT:n ei parantanut merkittävästi potilaiden sosiaalista toimintaa sekä elämänlaatua eikä vähentänyt oireita verrattuna pelkkään ACT -hoitoon. Heidän mielestään tässä tarvitaan vielä lisää tutkimusta CAT:n käytöstä skitsofreniapotilaan hoidossa. (Hansen ym. 2011, 105-111.)

Taulukko 4. Menetelmillä saadut vaikutukset

Menetelmä	Saadut vaikutukset
MCT	Oireiden väheneminen Elämänlaatu Sosiaalinen kognitio Toimintakyky Arjenhallinta Itsetunto
SCIT	Mielen teoria Tunteiden havaitseminen Toimintakyky Sosiaalinen kognitio Sosiaalinen toiminta Attribuutioteoria eli käyttäytymisen syyt
CRT	Toiminnan ohjaus Muisti Aktiivisuus Työmuisti Kognitiivinen joustavuus Suunnitelmallisuus Reaalitestauskkyky Kognitiiviset taidot
CIRCuiTS	Ongelmanratkaisu Muisti Yhteisöllisyys Suoriutuminen Toimintakyky Visuaalinen muisti TOM-kyky
MATTI	Tunteiden havaitseminen Työtoiminta

35Lisää tekstiä napsauttamalla tätä.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyössä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Lähdemerkinnät ja asialliset viitteet näkyvät opinnäytetyön lähdeluettelossa. Opinnäytetyö suunnitellaan, toteutetaan ja sen raportoinnissa syntyneet aineistot talletetaan tieteelliselle tiedolle määriteltyjen kriteerien mukaan. (TENK 2018.)

Toimeksiantajan ja Turun AMK välillä on tehty opinnäytetyösopimus työn tekemisestä. Sopimuksen on allekirjoittanut toimeksiantaja, KT-päällikön valtuuttama henkilö ja opinnäytetyön tekijät.

Aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysia voidaan kuvata Miles ja Huberman (1994) mukaan karkeasti aineiston redusoinnilla eli pelkistämällä, aineiston klusteroinnoilla eli ryhmittelyllä, sekä abstrahoinnilla eli teoreettisten käsitteiden luomisella. (Tuomi, Sarajärvi 2018,78).

Opinnäytetyön tutkimuksia on ollut valitsemassa ja analysoimassa kaksi tekijää. Lähdetietoja käyttäessä huomioitiin eettisyyden merkitsemällä ne oikein lähdeluetteloon ja tekstiin. Opinnäytetyössä on tarkasteltu henkilökohtaisia tietoja asianmukaisesti. Tutkimusta varten ei ole haastateltu ulkopuolisia henkilöitä. Työssä ei ole hävitettävää materiaalia.

Työ on muodostettu induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimukseen valittava aineisto luettiin läpi ja valikoitiin tutkimusta varten. Valittuihin tutkimuksiin on käytetty tutkimuksia, jotka olivat vuosilta 2007-2017. Luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa vanhemman aineiston käyttäminen työssä, koska kaikkia aineistoja ei ole pystytty ottamaan käyttöön, vaikka ne ovat olleet laadultaan työhön sopivia. Tiedonhaussa haastoi osan materiaalin saatavuus, esimerkiksi sivustot, jos ne olivat maksullisia tai rajoittuivat yliopiston tietokantaan.

Tutkimuksia tehtäessä on huomioitava, että osallistujat eivät välttämättä jokaisessa tilanteessa kerro yhdenmukaista tietoa, eli kielenkäyttö sekä puhutavat riippuvat tilanteesta, jossa osallistuja on. Esimerkiksi tutkimusta tehdessä on hyvä huomioida osallistujan alkoholinkäyttö, seksuaalisuus tai muu mahdollisesti arka aihe, sillä osallistujat eivät välttämättä kerro täydellistä totuutta asiasta. Toisaalta osallistuja voi hyvinkin

totuuden mukaisesti vastata, vaikkei se muiden mielestä siltä vaikuttaisi: vaikka kuka voi sanoa, ettei toisen kokema asia olisi todellinen? Välillä ihmiset voivat antaa toisten mielestä outoja selityksiä asioilla, vaikka he vain näkevät asiat eri tavalla kuin muut. Esimerkiksi anorektikko kokee itsensä ylipainoiseksi, vaikka muut sanoisivat toisin. Tutkimuksen luonne sekä aihe voivat vaikuttaa siihen, kuinka osallistujat vastaavat tutkimukseen. Vaikkei asiaa tarkastelisikaan tutkimuksellisen viitekehyksen läpi, on silti syytä suhtautua tutkimuksen tuloksiin kriittisesti ja miettiä miten ja mistä niissä kerrotaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Opinnäytetyö on tehty Turun AMK ohjeiden mukaisesti. Työ tarkastetaan Urkundi -ohjelman kautta mahdollisen plagioinnin varalta. Työssä ei ole loukattu alkuperäisen lähteen tekijänoikeuksia eli käytetty plagiointia. Aineistoa läpikäydessä ei ole muutettu tai väärennetty tutkimusten tuloksia. Potilaita ei ole haastateltu työssämme. Anonymiteetti suoja on säilynyt opinnäytetyön läpi.

Tutkimukseen osallistuvien potilaiden yksityisyyden suoja on eräs tärkeimmistä tutkimuseettisistä periaatteista, erityisesti sen merkitys korostuu julkaistuissa tutkimuksissa. Sääntönä on laatia tutkimusten tulokset siten, tutkittavien eikä heidän mainitsemiensa ihmisten henkilöllisyys turvataan. Poikkeus tilanteessa, jos tutkittavat ovat asiantuntijoita tai julkisuuden henkilöitä heidän henkilöllisyytensä voidaan paljastaa lisäksi tilanteessa, jossa tutkittava julkaisee esimerkiksi kirjallisia teoksia, voidaan henkilöllisyyden sisällytyksestä julkaisuun sopia erikseen osallistuneen henkilön kanssa. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden taustatiedoista kerrotaan vain tutkimukselle tärkeät tiedot. Toisaalta tulee huolehtia, että tutkimusta lukeva ihminen saa analyysille oleellisen tiedon, mutta toisaalta tulee huolehtia, että tutkimukseen osallistuneiden potilaiden ja heidän mainitsemiensa ihmisten identiteetti turvataan. (Kuula-Luumi 2018.)

Tutkimuksia on valinnut ja analysoinut on kaksi tekijää, mikä on lisännyt luotettavuutta. Tutkimuksia on tarkasteltu kriittisesti eikä niitä ole vääristelty. Aineiston luotettavuus on taattu valitsemalla alkuperäisartikkelit eikä työssä ole käytetty tiivistelmiä. Osa tutkimuksista oli englanninkielisiä ja artikkeleita käännettiin suomeksi, mikä saattaa vaikuttaa luotettavuuteen.

Jos tutkija tietoisesti muuttaa ja väärentää aineistoja tai tuloksia, ja tarkastelee niitä tuotoshaluisesti, on kyseessä silloin suora tietoinen väärennys. (Lötjönen, Karjalainen 1998). Kun aikaisemmin julkaistu teksti liitetään opinnäytetyöhön tai julkaisemisesta ilman alkuperäisen lähteen mainintaa, on kyse plagioinnista. Lisäksi plagiointia on ilman

tekijänoikeusmerkintää tutkimuksessa käytettävien mittareiden käyttämisestä. (Leino-Kilpi, Välimäki 2014, 371.)

Hakusanojen sekä tietokantojen käyttö tuotti alkuun hankaluuksia ja tietokannoista haettiin vain muutamalla eri sanalla. Aineistoa etsittiin englanniksi hakusanoilla “ Schizophrenia, cognitive rehabilitation ”, ja suomeksi “kognitiivinen kuntoutus ja skitsofrenia.” Manuaalisella hauilla hakiessa käytettiin suoraan menetelmien nimiä sekä suomeksi, että englanniksi. Hauilla saatuja tuloksia jouduttiin arvioimaan hyvin kriittisesti ja pohtimaan, mikä teksti on luotettava sekä näistä valituista vielä valitsemaan tähän aiheeseen parhaiten sopivimmat.

Tietokantoina tässä työssä käytettiin tunnettuja, luotettavia ja kansainvälisiä tietokantoja, kuten JBI-, Medic- ja Google Scholar. Tutkimukset valikoitiin sisäänottokriteerien avulla. Osa tutkimuksista oli toteutettu Suomessa sekä ulkomailla Englannissa, Kanadassa, Kiinassa, Saksassa, Tanskassa ja Yhdysvalloissa. Tutkimuksista (n=4) käsitteli CIRCuiTS -menetelmään liittyviä tuloksia, SCIT -menetelmän tutkimuksia (N=3), MCT -menetelmää (n=3), CRT -menetelmää (n=4) ja Matti -menetelmää (n=3). Tutkimuksia tuli lopulta 15 kappaletta sekä lisäksi teorian tietoa menetelmistä 2 eri lähteestä.

Tietoa tähän opinnäytetyöhön haettiin tietoa erilaisista internetin tietokannoista sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Haussa käytettiin -tietokantoja. JBI, Medic, Google Scholar. Hakutulosta rajattiin kaikissa hauissa sanoilla, englanti, suomi, aikuiset, koko teksti, vuosiluku (2000 ja sitä uudemmat), julkaisutapa (ei tiivistelmät, eikä maksulliset artikkelit).

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteeksi oli asetettu kaksi tutkimusongelmaa. Tarkoituksena oli selvittää, millaisia erilaisia skitsofrenian kognitiivisia tutkimusmenetelmiä on, ja mitä tuloksia niistä on saatu.

Ammatillinen kehittyminen on kasvanut opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyö toteutettiin parityönä, joka on vaatinut ryhmätyöskentelytaitoja, joustavuutta ja suunnitelmallisuutta. Opinnäytetyön aiheesta saatiin hieman tietoa aikaisemmin psykiatrisella osastolla tehdyssä työharjoittelussa.

Haasteita opinnäytetyön teossa oli aineiston etsiminen. Kaikkea kirjastoissa ollutta kirjallisuutta ei päästy hyödyntämään. Tämä vaikutti osan hyvänkin aineiston poisjäämiseen ulkopuolelle. Manuaalisen haun kautta löydettiin ulkomaisia tutkimuksia, joten artikkelin kääntäminen toi hidastavia haasteita työn etenemisessä

Opinnäytetyössä keskityttiin viiteen eri kognitiiviseen menetelmään, näitä olivat MCT, SCIT, MCT, CRT, CIRCuiTS sekä MATTI. Näiden perehtyminen tarjosi mielenkiintoisen matkan kognitiivisiin kuntoutusmenetelmiin.

Työ antaa lisätietoa kuntoutuksen hyödyistä, kognitiivista kuntoutusmenetelmistä. Tulokset on todettu CRT:ssä lupaaviksi (Muzio y. 2010, 909-914.), SCIT:ä tutkinut ryhmä suositteli tätä menetelmää (Hiekkala- Tiusanen ym. 2019, 135) sekä kuntoutujat suosittelivat kokemuksensa jälkeen MCT -hoitoa. (Moritz ja Woodward, 2007).

Lisäksi MCT:ssä huomattiin kuntoutujilla parannusta sosiaalisen kognition osa-alueissa, toimintakyvyssä (Viertiö ym. 2016, 634-635.), harhaluuloisuus oli laskenut sekä pitkäaikaisen seurannan jälkeen positiivisia oireiden vähenemisiä. (Moritz ym. 2014). SCIT:n kohdalla parannusta saatiin tunteiden havaitsemisessa, keskiverrossa mielen teoriassa sekä hieman kohennusta sosiaalisissa tilanteissa. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019, 135; Wang ym.2013.) Näiden lisäksi oli todettu potilaiden aggressiivisuuden laskeneen. (Combs ym. 2007.) MATTI -menetelmässä oli todettu osassa tutkimuksista toimintakyvyn parantumista sekä yhteisöllisten taitojen kehitystä. (Quee ym. 2012; Tiusanen 2015, 12-14.)

CRT:ssä parannusta saatiin erityisesti sosiaaliseen käyttäytymiseen, lisäksi saatiin parannusta työmuistissa sekä kognitiivisessa joustavuudessa. (Konstins ym. 2013, 218-230; Muzio ym. 2010, 909-914; Wykes ym. 2007, 221-230; Wykes ym. 2007, 421-427.) CIRCuITS parannusta koettiin muistiongelmien, muistiin sekä myöhemmin vielä toimintakyvyn ja yhteisöllisen toiminnan parannusta (Cellard ym. 2014, 321-344; Reeder ym. 2017, 2720-2730) sekä tämän on todettu vähentävän ToM -oireita (Thibaudean ym. 2017, 1-15) ja lisäksi lisäävän potilaiden sosiaalisia kontakteja, lievittävän potilaiden psykoosi- ja masennusoireita, vähentävän tarvetta sairaalajaksolle ja jopa parantavan potilaiden lääkehoitoon sitoutumista (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019. 135).

Tutkimuksen tuloksia ja tietoja voidaan hyödyntää terveydenhuollossa potilaille, heidän läheisilleen ja myös hoitajilla. Opinnäytetyön prosessin aikana tekijät saivat syvemmän näkökulman sekä lisää tietoa skitsofreniasta ja kuntoutusmenetelmistä, jota voidaan hyödyntää jatkossa työelämässä.

LÄHTEET

Barlati S, Deste G, De Peri L, Ariu C, Vita A. (2013). Cognitive remediation in schizophrenia: current status and future perspectives. Julkaisussa Schizophrenia research and treatment, Vol. 2013, sivut 1-12. Viitattu 17.5.2020

<https://www.hindawi.com/journals/schizort/2013/156084/>

Cellard C, Reeder C, Raradis-Giroux A, Roy M, Gilbert E, Ilvers H, Bouchard R, Maziade M, Wykes T (2014). A feasibility study of a new computerised cognitive remediation for young adults with schizophrenia. Julkaisussa Neuropsychological Rehabilitation, Vol.26, 2016. Viitattu 4.5.2020

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09602011.2015.1019891>

Combs D, Adams S, Penn D, Roberts D, Tiegreen J, Stem P (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. Schizophrenia Research 91, pages 112–116. Viitattu 29.5.2020

<http://penn.web.unc.edu/files/2014/07/Social-Cognition-and-Interaction-Training-for-inpatients-with-schizophrenia-spectrum-disorders-Preliminary-findings.pdf>

Duodecim terveyskirjasto (2020). Lääketieteen sanasto. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 5.5.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01376

Hansen J, Østergaard B, Nordentoft M, Hounsgaard L (2011). Cognitive adaption training combined with assertive community treatment: A randomised longitudinal trial. Julkaisussa Schizophrenia research 2012, Vol.135(1-3), sivut 105-111. Viitattu 6.5.2020

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996411006670?casa_token=xqt79wWEFH0AAAAA:8DBrjucUmn2jA5EftQT4pgdHcSyJXbGije1X_Vy-pyXVJ2U1RX3alenKnLnMSSpk4yjQmOSsuD7o

Hiekkala-Tiusanen L, Halunen M, Mehtälä T, & Kiesepää T (2019). Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa – sivuosasta tähtinäyttelijäksi? Lääketieteen aikakauslehti Duodecim. Viitattu 18.3.2020

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/20/duo15188>

Hiekkala-Tiusanen L, Halunen M, Mehtälä T, & Kiesepää T (2019). Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa – sivuosasta tähtinäyttelijäksi? Esimerkki kognitiivisen remediaation tehtävästä mikä voidaan tehdä tietokoneella. Lääketieteen aikakauslehti Duodecim. Viitattu 18.3. 2020

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/20/duo15188>

Isohanni M, Suvisaari J, Kiesepää T, Koponen H, & Lönnqvist J (2011a). Skitsofrenia. Psykodynaamiset yksilöpsykoterapiat. Teoksessa Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.): Psykiatria. Kustannus Oy. Duodecim, 668-716.

Isohanni M, Suvisaari J, Kiesepää T, Koponen H, & Lönnqvist J (2011b). Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.): Psykiatria. Kustannus Oy. Duodecim, 70-133.

Lehtonen J, & Lönnqvist (2007a). Mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.): Psykiatria. Kustannus Oy. Duodecim, 26, 75-76.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy, 371.

Lönnqvist, Partonen (2007b). Psykiatrian käsitteitä. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.): Psykiatria. Kustannus Oy. Duodecim, 849,853.

Lötjönen S, Karjalainen S. 1998. Vilppi tieteellisessä tutkimustoiminnassa. Teoksessa Saarnilehto A (toim.). Tutkijan oikeudet ja velvollisuudet. Wsoy. Lakitieto Oy. 141-166.

Kognitiivinen remediaatio. Sanasto. Mielenterveystalo.fi. Viitattu 6.5.2020

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/sa-nasto.aspx>

Konstins D, Huddy V, Reeder C, Landau S, Wykes T. (2011). Effects of age and cognitive reserve on cognitive remediation therapy outcome in patients with schizophrenia. Julkaisussa American journal of geriatric psychiatry, 2013. Vol. 21(3), sivut 218–230. Viitattu 7.5.2020

http://www.academia.edu/download/38036177/KONTIS-ET-AL-12-Effects_of_age_and_cogn_reserve_on_crt_outcome_in_pts_with_schizo-AmJGerPsych.pdf

Koskisuus J. (2004). Eri teitä perille - mitä mielenterveyskuntoutus on? Edita Prima Oy.

Kuula-Luumi A. (2018). Turvaa tutkittavan anonymiteetti!. Vastuullinen tiede. Yhteistyötä vastuullisen tieteen edistämiseksi. Tieteellisten seurain valtuuskunnassa. Viitattu 1.6.2020

<https://vastuullinentiede.fi/fi/jatkokaytto/turvaa-tutkittavan-anonymiteetti>

Kyllästinen E. (2007). Skitsofreniasta voi kuntoutua – opas skitsofreniaan sairastuneille. Sopi-musvuori ry.

Kähkönen S, Karila I, Holmberg N toim. (2008) Kognitiivinen psykoterapia. Kustannus Oy Duodecim, 18.

Käypä hoito (2020). Skitsofrenia. Käypä hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Suositukset. Viitattu 29.4.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Käypä hoito (2020). Skitsofreenisen psykoosin puhkeaminen ja kulku.

<https://www.kaypahoito.fi/imk00784>

Muzio E, Oksanen J, Luoma L, Kimmelma-Paajanen T. & Ruohonen T. (2010). Kognitiivinen remediaatioterapia – uusi menetelmä skitsofreniapotilaiden hoidossa. Lääkärilehti. Viitattu 5.4.2020

<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/pdf/2010/SLL102010-909.pdf>

Moritz S, Veckenstedt R, Andreou C, Bohn F, Hottenrott B, Leighton L, Köther U, Woodward T, Treszl A, Menon M, C. Schneider B, Pfueller U, Roesch-Ely D (2014). Sustained and “ Sleeper ” Effects of Group Metacognitive Training for Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 71(10). Viitattu 27.5.2020

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1895571>

Moritz S, Kuokkanen R, Määttä (2014). Metacognitive Training (MCT) for Psychosis. Moduulin suomalainen versio. Viitattu 2.6.2020

https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training-psychosis/

Moritz S, Kuokkanen R, Määttä (2014). Metacognitive training (MCT) for Psychosis. Moduulin suomalainen versio. Esimerkki mct-keltainen ja punainen kortti. Viitattu 2.6.2020

<https://clinical-neuropsychology.de/mct-psychosis-manual-finnish/>

Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Köther, U. & Woodward, T. S. (2013). Metacognitive training in schizophrenia: Theoretical rationale and administration. In D. L. Roberts & D. L. Penn (Eds.), New York, NY: Oxford University Press. sivut: 359, 362, 363. Viitattu 13.5.2020

[file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Current Opinion MCT 2013.pdf](file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Current%20Opinion%20MCT%202013.pdf)

Moritz S. Woodward T. (2007). Metacognitive Training for Schizophrenia Patients: A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy, Article in German Journal of Psychiatry. Viitattu 17.5.2020

https://www.researchgate.net/publication/228639159_Metacognitive_training_for_schizophrenia_patients_MCT_A_pilot_study_on_feasibility_treatment_adherence_and_subjective_efficacy

Oksanen J. (2013). Kognitiiviset kuntoutusohjelmat skitsofreniapotilaiden hoidossa. Käypä hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecim. Viitattu 16.3.2020

<https://www.kaypahoito.fi/nak07941>

Oksanen S. (2008). Tapaustutkimus: skitsofrenian kognitiivisen kuntoutuksen soveltaminen psykiatrisen sairaalan kuntoutusosastolla potilaiden ja hoitajien kuvailemana. Viitattu 20.2.2020

https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/18368/1/URN_NBN_fi_jyu-200805141463.pdf

Psykoosit Suomessa (PIF), 2017. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/psykoosit-suomessa-pif->

Quee P, Schneider H, van Slogteren S, Wiersma D, Bruggeman R, Velligan D. (2012) Cognitive adaption training provided to chronically hospitalized patients with schizophrenia in the Netherlands: two case report. Julkaisussa Case reports in psychiatry, Vol.2012. Viitattu 29.4.2020

<https://www.hindawi.com/journals/crips/2012/596162/>

Rissanen (2007). Skitsofreniasta kuntoutuminen. P Rissanen ja Mielenterveyden keskusliitto.

Reeder C, Huddy V, Cella M, Taylor R, Greenwood K, Landau S, Wykes T. (2017). A new generation computerised metacognitive remediation programme for schizophrenia (CIRCuiTS): a randomised controlled trial. Julkaisussa Psychological Medicine, Vol.47(15), sivut 2720-2730. Viitattu 10.5.2020

https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E309DFDC45987EA57B0C393EA0CD2A97/S0033291717001234a.pdf/new_generation_computerised_metacognitive_cognitive_remediation_programme_for_schizophrenia_circuits_a_randomised_controlled_trial.pdf

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. (2006). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto[verkkójulkaisu]. Tampere:yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja] <<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>>. Viitattu 30.5.2020

Salminen (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 17.3.2020

https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Suvisaari J, Perälä J, Viertiö S, Saarni S, Tuulio-Henriksson A, Partti K, Saarni S, Suokas J ja Lönnqvist J. (2012) Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa, Suomen Lääkäri-lehti.

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/psykoosien-esiintyvyys-ja-alueellinen-vaihtelu-suomessa/#reference-13>

Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan, Käypä hoito -työryhmä Skitsofrenia. Viitattu 26.3.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/nix00191>

TENK (2018). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. HTK-ohje. Viitattu 21.3.2020

<https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Thibaudeau E, Cellard C, Reeder C, Wykes T, Ilvers H, Maziade M, Lavoie M-A, Pothier W, Achim A (2016). Improving theory of mind in schizopheria by targeting cognition and metacognition with computerized cognitive remediation: a multiple case study. Julkaisussa Schizophrenia research and treatment 2017, Vol2017, sivut 1-15. Viitattu 24.5.2020

<https://www.hindawi.com/journals/schizort/2017/7203871/>

Tieteen termipankki. Kasvatustieteet. Opetuksellinen oikea-aikainen tuki. Viitattu 17.5.2020

https://tieteentermipankki.fi/wiki/Kasvatustieteet:opetuksellinen_oikea-aikainen_tuki

Tiusanen J. (2015). Skitsofreniaa sairastavien toimintakyky ja kuntoutus. Pilottitutkimus psykososiaalisen kuntoutusmallin (MATTI-kuntoutus) toimivuudesta. Viitattu 20.2.2020

https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150662/urn_nbn_fi_uef-20150662.pdf

Tuomi J, Sarajärvi A (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi,78.

Tynjälä P (1999) Metakognitio. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsitteksen perusteita. Kirjayhtymä oy, Helsinki, 114.

Velligan D, Tai S, Roberts D, Maples-Aquilar N, Brown M, Mintz J, Turkington D (2014) A randomized controlled trial comparing cognitive behavior therapy, cognitive adaption training, their combination and treatment as usual in chronic schizopheria. Julkaisussa Schizophrenia bulletin 2015, Vol.41(3), sivut. 597-603. Viitattu 28.4.2020

<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/41/3/597/2375050>

Viertö S, Mehtälä T, & Sailas E (2016). Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.3.2020

<https://www-terveysportti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo13063.pdf>

Wang Y, Roberts D, Baihua X, Rifang C, Yan M, Jiang Q. (2013) Social cognition and interaction training for patients with stable schizopheria in Chinese community settings. Julkaisussa "Psychiatry Research" 30.12 2013, Vol.210(3), sivut.751-755. Viitattu 17.4.2020.

<https://www-sciencedirect-com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0165178113004988?via%3Dihub>

Wykes T. (2018). Cognitive remediation- where are we now and what should we do next? Julkaisussa Journal of psychopathology, Vol. 24, sivut 57-61. Viitattu 17.5.2020

https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2018/07/04_Wykes-1.pdf

Wykes T, Newton E, Landau S, Rice C, Thompson N, Frangou S. (2007). Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizopheria: An exploratory randomized controlled trial. Julkaisussa Schizophrenia research 2007, Vol. 94(1-3), sivut. 221-230. Viitattu 29.4.2020

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996407001223?casa_token=hBBYL2PjdnEAAAAA:H8W2IYhXE8dTlyM6SCCUo0mlwORT6DRpGvbwJovEY_jIG-wiYLxjbf4yqmWnB4mtPfHDdtSgNiU

Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A, Romeo R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: Randomised controlled trial. Julkaisussa British Journal of Psychiatry 2007, Vol. 190(5), sivut. 421-427. Viitattu 7.5.2020

https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/124D7774E0FBE-CAD43254E3AFDE2E140/S0007125000172150a.pdf/cognitive_remediation_therapy_in_schizophrenia.pdf