

EMILIANO MUZIO

PsT, psykologi
Helsingin kaupungin
terveyskeskus, psykiatriaosasto
emiliano@muzio.net

JORMA OKSANEN

LL, ylilääkäri
Helsingin kaupungin
terveyskeskus, psykiatriaosasto

LAILA LUOMA

PsL, neuropsykologian
erikoispsykologi
HUS, Hyvinkään sairaanhoitoalue,
psykiatrian tulosyksikkö,
Kellokosken sairaala

TERHI KIMMELMA-PAAJANEN

AMK, toimintaterapeutti
Helsingin kaupungin
terveyskeskus, psykiatriaosasto

MIIA RUOHONEN

AMK, toimintaterapeutti
HUS, Hyvinkään sairaanhoitoalue,
psykiatrian tulosyksikkö,
Kellokosken sairaala

Kognitiivinen remediaatioterapia – uusi menetelmä skitsofreniapotilaiden kuntoutukseen

- Skitsofreniaan sairastuvat kärsivät psykoottisten oireiden lisäksi huomattavista kognitiivisen toimintakyvyn vajauksista, jotka usein edeltävät sairauden puhkeamista ja jatkuvat edelleen psykoottisten oireiden lievennyttyä. Viime vuosina kognitiivisen toimintakyvyn parantaminen on noussut keskeiseksi kuntoutuksen tavoitteeksi.
- Kognitiivinen remediaatioterapia (CRT) on yksi monista kognitiivisen kuntoutuksen tekniikoista. Terapia kohdistuu keskeisiin kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueisiin: kognitiiviseen joustavuuteen, työmuistiin ja suunnitelmallisuuteen.
- Kognitiivista remediaatioterapiaa on käytetty Suomessa vuodesta 2005 lähtien. Ensimmäiset kokemukset sen vaikuttavuudesta ovat olleet rohkaisevia.

Skitsofrenian sairaudenkuvaan kuuluu ns. positiivisia oireita (aistiharhat, harhaluulot, outo käyttäytyminen, formaaliset ajatushäiriöt) sekä negatiivisia oireita (tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, aloitekyvyttömyys ja vuorovaikutustaitojen puute). Lisäksi skitsofreniaa sairastavat potilaat kärsivät useimmiten merkittävästä kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisestä. Neurokognitiiviset oireet pysyvät yleensä stabiileina koko sairaushistorian ajan, ne edeltävät psykoottisten oireiden puhkeamista ja yleensä ne jatkuvat vielä sen jälkeen, kun harhaluulot ja harha-aistimukset ovat hoidon avulla väistyneet. Neurokognitiivisia puutosoireita esiintyy myös skitsofreniapotilaiden oireettomilla lähisukulaisilla sekä skitsofreniaspektriin kuuluvaa skitsotyyppistä häiriötä sairastavilla. Skitsofreniapotilaan kognitiivinen kykyprofiili sisältää tyypillisesti tarkkaavaisuuden, muistitoimintoihin, toiminnanohjauksen, motorisiin toimintoihin, kielellisiin kykyihin ja yleiseen älylliseen tasoon liittyviä puutteita.

Tarkkaavaisuuden heikkous kohdistuu viireystasoon ylläpitämiseen sekä tarkkavaisuuden suuntaamiseen, ylläpitämiseen ja jakamiseen. Lyhykestoinen muisti, työmuisti, pitkäkestoinen muisti ja tulevaisuuden suuntautuva muisti ovat kaikki jossain määrin häiriintyneet. Tarkkavaisuuteen ja muistiin liittyvät oireet aiheuttavat merkittäviä vaikeuksia arki-

elämän ongelmista selviytymisessä. Potilaiden on vaikea keskittyä yhteen asiaan ja estää esimerkiksi aiheeseen liittymättömiä sisäisiä ja ulkopuolisia ärsykeitä. Useamman asian tekeminen samanaikaisesti ei onnistu. Keskustelun seuraaminen tuottaa heille vaikeuksia ja keskusteluihin liittyvien asioiden mieleen palauttaminen on vaikeaa. He saattavat kesken kaiken unohtaa, mitä olivat tekemässä tai sanomassa.

Skitsofreniapotilaan kyky ohjata ja säädellä toimintaansa on usein vakavasti heikentynyt. Tämä ns. toiminnanohjauksen heikkous voi koskea vaihtelevassa määrin esimerkiksi kykyä aloittaa toimintaa, asettaa sille tavoitteita ja toimia suunnitelmallisesti tavoitteiden toteuttamiseksi. Oman toiminnan arviointi, kyky käyttää strategioita ongelmien ratkaisussa ja toimia joustavasti muuttuvissa tilanteissa on usein vajavainen. Toiminnanohjauksen puutteet voivat ilmetä aloitekyvyttömyytenä, taipumuksena jumiutua ja kyvyttömyytenä estää epäadekvaattia ja epäasianmukaista toimintaa. Vaikeudet tulevat ilmi erityisesti uusissa ja ei-strukturoiduissa tilanteissa. Myös käsien tahdonalaisissa liikkeissä, liikkeiden koordinaatiossa ja kehon hahmotuksessa voi ilmetä eriasteisia vaikeuksia. Kielelliset puutteet ilmenevät mm. puheen tuoton niukkuutena, kielellisen päättelykyvyn vaikeuksina, ajattelun epäjohdonmukaisuutena ja vaikeuksina ajatella käsitteellisellä tasolla (konkreettinen ajatte-

VERTAISARVIOITU



Kirjallisuutta

- 1 Green M. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67 suppl 9:3-8.
- 2 Green M. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996;153:321-30.
- 3 McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI ym. A Meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164:1791-802.
- 4 Lindenmayer JP, McGurk SR, Mueser KT ym. A randomized controlled trial of cognitive remediation among inpatients with persistent illness. *Psychiatr Serv* 2008;59:241-7.
- 5 Bellack AS, Gold JM, Buchanan RW. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects and strategies. *Schizophr Bull* 1999;25:257-74.
- 6 Silverstein SM, Hatashita-Wong M, Beth AS ym. Effectiveness of a two-phase cognitive rehabilitation intervention for severely impaired schizophrenia patients. *Psychol Medicine* 2005;35:829-37.
- 7 Brenner HD, Roder V, Hodel B ym. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. Seattle, WA: Hogrefe&Huber Publ. 1994.
- 8 Brenner HD, Roder V, Hodel B ym. Treatment of cognitive dysfunction and behavioral deficits in schizophrenia: integrated psychological therapy. *Schizophr Bull* 1992;18:21-6.
- 9 Hogarty GE, Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy. *Schizophr Bull* 1999;25:693-708.
- 10 Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R ym. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:866-76.
- 11 Bracy O. PSS CogRehab, Version 95. Psychological Software Services, Inc. Indianapolis, IN. 1995.
- 12 Cogpack, version 6.0, Marker Software. www.cogpack.com
- 13 Where in the USA is Carmen Sandiego? <http://broderbund.com>
- 14 Penades R, Catalan R, Salamero M ym. Cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: A controlled and randomized study. *Schizophr Res* 2006;87:323-31.
- 15 Kurtz MM, Selzer JC, Shagan DS ym. Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient? *Schizophr Res* 2007;89:251-60.
- 16 Wykes T, Reeder C, toim. Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory & practice. Lontoo, New York: Routledge 2005.
- 17 Delahunty A, Morice R. A training programme for the remediation of cognitive deficits in schizophrenia. Department of Health, Albury, NSW 1993.
- 18 Delahunty, A, Morice, R. Rehabilitation of frontal/executive impairments in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30:760-7.
- 19 Morice, R, Delahunty, A. Treatment strategies for the remediation of neurocognitive dysfunction in schizophrenia. Kirjassa: Pantelis C, Nelson HE, Barnes TRE. Schizophrenia: A Neuropsychological Perspective. New York: John Wiley and Sons 1996:447-59.

lu). Esimerkiksi sananlaskujen merkityksen tai sosiaalisten tilanteiden ymmärtäminen saattavat tuottaa vaikeuksia.

Skitsofreniapotilaiden kognitiivisen kuntoutuksen tausta ja kehitys

Kognitiiviset oireet vaikuttavat monien tutkimusten perusteella sosiaaliseen toimintakykyyn, elämänlaatuun ja avohoidossa selviytymiseen jopa enemmän kuin psykoosin positiiviset ja negatiiviset oireet. Ne ovat myös keskeisiä sairauden ennusteen kannalta (1,2). Viime vuosina on kognitiivista toimintakykyä parantamaan kehitetty spesifisiä kuntoutusohjelmia, joista kirjallisuudessa on tavallisimmin käytetty nimityksiä ”kognitiivinen remediaatio” tai ”kognitiivinen harjoittelu” (cognitive training). Näiden ohjelmien vaikuttavuutta selvittäneissä kontrolloiduissa tutkimuksissa on saatu rohkaisevia tuloksia (3,4).

Traumaattisen aivovaurion kuntoutuksessa on käytetty menestyksellisesti mm. muistia ja keskittymiskykyä kehittäviä harjoitteita. On kuitenkin ollut epävarmaa, onko skitsofreniasa mahdollisuutta samanlaisiin tuloksiin. Kognitiiviset puutokset ovat olleet seurannassa varsin stabiileja, ja siksi skitsofreniapotilaiden kognition kuntoutusmahdollisuuksiin on pitkään suhtauduttu varsin pessimistisesti. Käyttämismetodien keinoja (esim. positiivinen palaute, vahvistaminen) käyttäen onnistuttiin 1990-luvulla parantamaan skitsofreniapotilaiden suoriutumista työmuistia, suunnittelukykyä ja joustavuutta edellyttävissä neuropsykologisissa testeissä. Tällöin ei kuitenkaan voitu osoittaa, että saavutettu tulos olisi johtanut parempaan selviytymiseen normaaleissa arkielämän tilanteissa (5). Kysymys kuntoutuksen kautta kohentuneiden taitojen adaptiivisesta soveltamisesta käytäntöön on ollut keskeinen ongelma myös 2000-luvulla kehityksessä kognitiivisissa kuntoutusohjelmissä. Kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuutta sosiaaliseen toimintakykyyn on pyritty eri ohjelmissa parantamaan monenlaisilla lähestymistavoilla, eikä toistaiseksi ole voitu osoittaa mitään niistä selvästi parhaaksi.

Silversteinin (6) ja Brennerin (7,8) mallit lähtevät oletuksesta, että kognitiiviset kyvyt ovat merkitykseltään hierarkkisia: jotta voitaisiin kehittää sosiaalisten vuorovaikutustaito-

jen kaltaisia korkeampiasteisia kykyjä, on ensin harjoitettava tarkkaavaisuuden kaltaisia yksinkertaisia perusfunktioita. Vaikeaoireistenkin potilaiden kykyä ylläpitää tarkkaavaisuutta voidaan selvästi kohentaa käyttäytymisterapiassa yleisesti käytetyillä menetelmillä. Silversteinin tutkimuksessa 2005 käytettiin asteittain vaikeutuvia muisti- ja päässä-laskutehtäviä ja koehenkilöitä palkittiin tarkkaavaisuuden ylläpidosta. 12 viikon hoidon jälkeen koehenkilöt menestyivät huomattavasti verrokkeja paremmin sosiaalisia taitoja harjoittaneessa ryhmäkuntoutuksessa (6).

Hogarty ja Flesher ovat kehittäneet ohjelman erityisesti sosiaalisen kognition parantamiseen (Cognitive Enhancement Therapy, CET) (9). Siinä pyritään lisäämään kognitiivista joustavuutta ja abstraktiokykyä sekä vuorovaikutuksessa tarvittavaa ymmärrystä siitä, miten omat reaktiot, eleet, ilmeet jne. vaikuttavat toiseen henkilöön. Ohjelmassa käytetään apuna tietokoneavusteista oppimista ja videoituja sosiaalisia vuorovaikutusharjoituksia. Hoito-ohjelma pyrkii myös parantamaan potilaan ymmärrystä omasta tilastaan. Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa (10) CET-hoidon sosiaalista kognitiota ja sosiaalista sopeutumista parantanut vaikutus näytti säilyvän kahden vuoden seuranta-ajan.

Kognitiivista remediaatiota varten on kehitetty tietokoneohjelmia, jotka ovat kaupallisesti saatavilla (11,12). Ne sisältävät moduuleina tehtäviä, jotka on suunniteltu tietyn kognitiivisen kykyalueen kehittämiseen. Kognitiiviseen remediaatioon voidaan käyttää myös tavallisia tietokonepelejä, joista parhaiten soveltuvat koululaisille suunnatut opetukselliset pelit (13).

Vaikuttavuustutkimuksissa eri ohjelmien kyky parantaa kognition osa-alueita on osoitettu varsin luotettavasti. McGurkin meta-analyysi 26 satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta osoitti, että remediaatio paransi kognitiivista suorituskykyä merkittävästi paremmin (effect size 0,41) kuin tavanomainen hoito (3). On viitteitä siitä, että kognitiivisen harjoittelun vaikutus olisi spesifinen. Penades ym. ovat verranneet kognitiivisen remediaation ja yhtä intensiivisen kognitiivis-behavioraalisen terapian vaikutuksia. Yksin remediaatiohoito pystyi parantamaan kognitiota, mikä puhuu sen puolesta, ettei sen tuloksia voi selit-

- 20 Wykes T, Reeder C, Landau S ym. Cognitive remediation therapy in schizophrenia. Randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007;190:421-7.
- 21 Wykes T, Newton E, Landau S ym. Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2007;94:221-30.
- 22 Delahunty A, Morice R. A Manual for Neurocognitive Rehabilitation for Patients with Chronic Schizophrenia: Frontal/Executive Program. Albury, NSW, Australia: Mental Health Unit, South West Health Districts 1993 (Revised Edition).
- 23 Exner JE. The Rorschach. A Comprehensive System. Volume 1: Basic Foundations and Principles of Interpretation, 4. painos. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc. 2003.

Sidonnaisuudet:

Emiliano Muzio, Laila Luoma, Terhi Kimmelma-Paajanen, Miia Ruohonen: Ei ilmoitettuja sidonnaisuuksia.
 Jorma Oksanen on toiminut lääkeyritysten (Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Lundbeck, Sanofi-Synthelabo) tilaisuuksissa esiintyjänä ja osallistunut lääkeyrityksen (Janssen-Cilag) kustannuksella ulkomaiseen kongressiin.

KUVIO 1.

Esimerkki kognitiivisen remediaatioterapian tarkkaavaisuustehtävästä.

Tässä tarkkavaisuuden ylläpitämiseen ja siirtämiseen liittyvässä tehtävässä potilasta pyydetään lukemaan sanoja riviltä tai kertomaan kunkin sanan kohdalla, onko se kirjoitettu isoin vai pienin kirjaimin. Toimintaohje muuttuu epäsäännöllisesti. Tehtävässä on tärkeätä mm. rajoittaa ärsykekenttää (esim. peittämällä seuraavat rivit paperilla), säädellä nopeutta (esim. mikäli potilas on impulsiivinen) ja seurata tarvittaessa kynällä. Ensimmäisten istuntojen aikana terapeutti toimii mallina ja skitsofreniapotilas oppii vastaavanlaisissa tehtävissä vähitellen kehittämään omia strategioita ja tehokkaammin säätämään omaa toimintaansa.

ISO – PIENI

ISO pieni PIENI ISO iso ISO pieni iso PIENI PIENI
 ISO pieni PIENI pieni ISO pieni iso iso pieni ISO
 PIENI iso ISO PIENI iso ISO ISO ISO PIENI iso PIENI
 pieni pieni iso pieno iso ISO PIENI pieni iso ISO PIENI
 pieni iso PIENI ISO ISO pieni PIENI ISO iso ISO pieni
 iso PIENI PIENI ISO pieni PIENI pieni ISO pieni iso
 iso pieni ISO PIENI iso ISO PIENI iso ISO ISO ISO
 PIENI iso PIENI pieni PIENI iso pieno iso ISO PIENI
 pieni iso ISO PIENI pieni iso PIENI ISO ISO pieni
 PIENI ISO iso ISO pieni iso PIENI PIENI ISO pieni
 PIENI iso ISO ISO ISO PIENI iso PIENI iso pieni iso
 pieno iso ISO PIENI pieni iso ISO PIENI pieni iso
 PIENI ISO ISO pieni PIENI ISO iso ISO pieni iso
 PIENI PIENI ISO pieni PIENI pieni ISO pieni iso pieni

tää epäspesifisillä tekijöillä (14). Vastaavalla tavalla Kurtz ym. vertasi tietokoneavusteista remediaatio-ohjelmaa tietokoneen käyttötaitoja harjoitelleeseen ryhmään ja pystyi osoittamaan remediaation tuottavan tarkkaavaisuudessa, muistissa ja kielellisissä kyvyissä spesifisiä muutoksia, joita ei voitu saada aikaan epäspesifisellä stimulaatiolla (15). McGurkin meta-analyysissä voitiin todeta positiivinen vaikutus myös sosiaaliseen toimintakykyyn niissä tutkimuksissa, joissa kognitiivinen remediaatio oli yhdistetty muuhun psykiatriseen kuntoutukseen. Skitsofrenian oireisiin remediaatiohoidolla on vain vähäinen positiivinen vaikutus (3).

Kognitiivinen remediaatioterapia

Käyttämämme hoitomuoto, kognitiivinen remediaatioterapia (Cognitive Remediation Therapy, CRT) (16) pyrkii parantamaan potilaiden adaptiivista toimintakykyä kehittämällä heidän metakognitiivisia taitojaan eli kykyä reflektoida omaa ajatteluaan. Se on australialaisten Ann Delahunтын ja Rod Moricen (17,18) 1980-luvun lopulla kehittämä menetelmä, jota 2000-luvulla on edelleen muokattu Britannianssa professori Til Wykesin johdolla.

Kognitiivisen remediaatioterapian tavoitteena on spesifisten kognitiivisten harjoitusten avulla auttaa potilasta tunnistamaan ja tiedostamaan omia kognitiivisia prosessejaan ja niiden ongelmia sekä soveltamaan oppimaansa arjen tilanteissa. Muihin hoitomenetelmiin verrattuna kognitiivinen remediaatioterapia

vaikuttaa parhaiten potilaiden suoriutumiseen toiminnanohjausta mittaavissa tehtävissä (19). Kognitiivinen joustavuus, oman toiminnan ja kognitiivisten prosessien ohjaus ja säätely ovat myös läheisessä yhteydessä sosiaaliseen toimintakykyyn. Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa tätä hoitoa saaneiden työmuisti ja kognitiivinen joustavuus olivat vielä kuuden kuukauden kuluttua merkittävästi parempia kuin tavanomaista hoitoa saaneilla verrokeilla (20). Toisessa, nuorille potilaille tehdystä tutkimuksesta voitiin todeta myös kognition muutoksiin liittyvä suora vaikutus sosiaaliseen toimintakykyyn (21).

Terapia käytännössä

Kognitiivinen remediaatioterapia on tiivis, käsikirjan mukaan etenevä terapiamuoto. Ohjelma (22) sisältää 40-44 noin tunnin kestoista istuntoa, joita pidetään 3-4 kertaa viikossa. Terapian kesto kokonaisuudessaan on 3-4 kuukautta. Potilasta autetaan kehittämään ongelmanratkaisukykyään ja siinä tarvittavia kognitiivisia taitojaan: tarkkaavaisuuden kohdentamista, ylläpitämistä ja jakamista, muistia, työmuistia, oman toiminnan ohjausta sekä suunnittelukykyä.

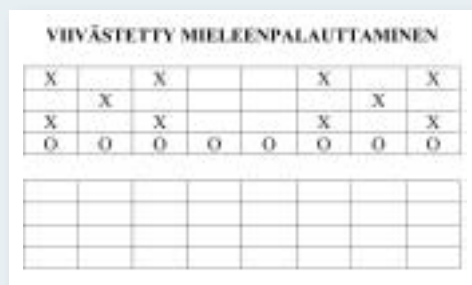
Istunnot sisältävät 10-18 erilaista tehtävää, jotka valitaan perusohjelman ja potilaan neuropsykologisen profiilin pohjalta. Tehtävät ovat pääasiallisesti kynä-paperitehtäviä, mutta myös muita välineitä käytetään, kuten kortteja tai erivärisiä ja erimuotoisia, vaihtelevien kriteerien mukaan lajiteltavia palikoita.

Potilasta rohkaistaan verbalisoimaan ja suunnittelemaan toimintaansa.

KUVIO 2.

Esimerkki kognitiivisen remediaatioterapian muistitehtävästä.

Tässä muistiin liittyvässä tehtävässä potilasta rohkaistaan aluksi mahdollisimman tarkasti ja yksiselitteisesti kuvaamaan, mitä ruudussa näkyy. Yksi mahdollisuus on kuvata ärsykettä kokonaisuutena (X:t yläpuolella, O:t alhaalla), sitten voi luetella tärkeitä yksityiskohdat (X:istä muodostuu kaksi suurta X:ää, O:t täyttävät alarivin), ja lopussa luoda muistisääntö, joka auttaa muistamaan kuvioiden sijainnin ruudukossa. Tärkeätä tässä tehtävässä on mm. rohkaista skitsofreniapotilasta verbalisoimaan havaintojaan ja kehittämään oma-aloitteisesti muistisääntöjä.



Ensimmäiset istunnot keskittyvät pääasiallisesti tarkkaavaisuuteen, minkä jälkeen harjoittelun kohteena on muisti eri muodoissaan. Viimeiset istunnot keskittyvät ongelmanratkaisu- ja suunnittelukykyihin. Terapiajakson alku- ja loppuarviointiin tarvitaan neuropsykologisia tutkimuksia.

Kognitiivisen remediaatioterapian toteutuksessa on tärkeää, että potilasta rohkaistaan verbalisoimaan ja suunnittelemaan omaa toimintaansa ja kannustetaan etsimään erilaisia muisti- ja ongelmanratkaisustrategioita. Keskeinen metodi on virheetön oppiminen, jonka avulla pyritään välttämään skitsofreniapotilaille ominaista, virheellisten ratkaisujen tahaton mieleenjäämistä. Terapiassa tehtävät toistuvat eri muodoissa ja vaikeutuvat asteittain, mikä mahdollistaa aiemmin opitun hyödyntämisen myöhemmissä tehtävissä. Terapeutin tehtävä on kannustaa ja tukea potilasta niin, että vaikeat ja vaativatkin tehtävät saadaan onnistuneesti tehtyä. Työskentelyn jatkuessa tukea asteittain vähennetään, kunnes potilas suoriutuu tehtävästä täysin itsenäisesti. Tärkeitä vaihteita ja periaatteita kerrataan moneen kertaan. Vaikka terapia etenee tarkasti käsikirjan mukaan, se edellyttää terapeutilta myös luovuutta, tilannejoustavuutta ja huumorintajua. Esimerkkejä kognitiivisen remediaatioterapian tehtävistä on esitetty kuvioissa 1, 2 ja 3.

Koulutus

Euroopassa koulutusta kognitiivisen remediaatioterapian menetelmiin antaa Lontoossa Institute of Psychiatry (Kings College). Myös

Suomessa on ollut vastaavaa koulutusta, mm. Psykologianinstituutin järjestämänä. Koulutus sisältää teoriaosuuden ja terapiakäsikirjojen käytön harjoitusta roolipeleinä tai potilaiden kanssa. Kognitiivinen remediaatioterapia on psykologinen hoitomuoto, mutta perusopetuksen jälkeen työnohjauksen tuella terapeuttina voi toimia myös muu psykiatrian ammattihenkilö, jolla on kokemusta skitsofreniapotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta sekä kykyä sitoutua vaatimaan yksilötyöskentelyyn potilaan kanssa. Toteutuksessa terapeutille on hyötyä kyvystä ymmärtää teoreettisia malleja (esim. neuropsykologinen, psykologinen ja kognitiivisen tieteiden mallit) kliinisen työn pohjana.

Ensikokemuksia Suomessa

Tämän artikkelin kirjoittajista neljä on osallistunut Lontoon King's Collegen opetukseen, ja heidän kauttaan toimintaa on aloitettu vuodesta 2005 lähtien Helsingin kaupungin terveyskeskuksen ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen (Kellokosken sairaala) psykiatrian tulosyksiköissä. Tähän mennessä kognitiivista remediaatioterapiaa on annettu noin 30:lle skitsofreniaan tai skitsoaffectiiviseen psykoosiin sairastuneelle potilaalle. Kaikki potilaat on tutkittu ennen hoitoa ja sen jälkeen neuropsykologisin ja psykologisin testimenetelmin. Potilaan oireita ja kokemuksia sekä omaisten ja muun työryhmän havaintoja on kartoitettu kysely- ja haastattelulomakkein. Tiedonkeruu sekä aineiston käsittely- ja muokkaustyö jatkuu edelleen.

Alustavien tulosten mukaan potilaiden suo-

KUVIO 3.

Esimerkki kognitiivisen remediaatioterapian suunnittelutehtävästä.

Tässä suunnitteluun ja tiedon luokitteluun ja yksinkertaistamiseen liittyvässä tehtävässä potilasta rohkaistaan järjestämään ja jakamaan sanat ryhmiin siten, että ne pystyisi myöhemmin muistamaan, esimerkiksi kirjoittamalla sanoja uudelleen eri otsikkojen alle. Ryhmittely tehdään harkiten. Mieleenpalautusvaiheessa sanat palautetaan mieleen ryhmä kerrallaan. Tärkeätä tässä tehtävässä on mm. rohkaista skitsofreniapotilasta suunnittelemaan ääneen erilaisia mahdollisia lähestymistapoja, valitsemaan niistä parhaan vaihtoehdon ja toteuttamaan omaa suunnitelmaa. Kuten muissakin tehtävissä, tarkoitus on edetä siten, että lopulta potilas onnistuu muistamaan myös tällaisen pitkän listan sanoja. Tehtäviä voi myös yksinkertaistaa tarvittaessa potilaan neuropsykologisen oirekuvan mukaan.



riutumisen ja sosiaalinen toimintakyky ovat myös Suomessa saadun kokemuksen mukaan selvästi parantuneet. Psykometrisesti merkittävimmät muutokset näyttäisivät liittyvän toiminnanohjaukseen ja muistiin. Uutena mittarina esimerkiksi Lontoon King's Collegen professori Til Wykesin johdolla tekemiin tutkimuksiin verrattuna tutkimuksissamme on mukana myös Rorschach Comprehensive System -arviot (RCS) (23). Näiden mittausten mukaan myös ajatushäiriöiden ja realiteettitestauksen ongelmat (positiiviset oireet) olivat vähentyneet lähes kaikilla niillä potilailla, joilla niitä alkumittauksissa esiintyi. Oiremittareissa emme huomanneet selkeää tendenssiä, sillä esimerkiksi joidenkin potilaiden depressiivinen oireilu korostui terapian myötä, osittain ehkä elämäntilanteisiin liittyen, mutta myös mahdollisesti realiteettitestauskyvyn ja metakognitiivisten taitojen kohenemisen vuoksi. Näiden potilaiden tilanne omien arviointien mukaan (kyselylomakearviot) oli pysynyt pääasiallisesti muuttumattomana.

Haastattelussa potilaiden, heidän omaistensa ja työntekijöiden kokemukset kognitiivisesta remediaatioterapiasta ovat olleet positiivisia. Osa potilaista on tosin kokenut terapia-prosessin ajoittain myös raskaaksi, koska se on vaatinut kotoa tai osastolta lähtemistä noin 3 kertaa viikossa. Käyntien jälkeen suurin osa potilaista on kuitenkin kertonut kokeneensa olonsa virkistyneeksi. Osa on oppinut käyttä-

mään hyödyllisiä strategioita helpottaakseen selviytymistään erilaisissa arjen tilanteissa ja oppinut miettimään enemmän mitä on tekemässä. Monet saivat onnistumisen elämyksiä. Myös omaiset ovat huomanneet potilaan toimintakyvyn lisääntyneen. Eräs omainen kertoi, tietämättä kuntoutuksesta, että potilas oli palannut pitkästä aikaa lukuharrastuksensa pariin. Toinen potilas, jonka kognitiivinen toimintakyky kohentui merkittävästi terapian myötä, oli tehnyt aloitteen hankkia tietoa erilaisista harrastusmahdollisuuksista. Kolmas potilas lähti täysin jumiutuneesta elämäntilanteesta terapian jälkeen jatkamaan opintojaan ja löysi seurustelukumppanin.

Työntekijöiden kokemusten mukaan kuntoutujissa on tapahtunut yleistä aktivoitumista, mikä näkyy esimerkiksi osallistumisen lisääntymisenä ryhmissä sekä oma-aloitteisuuden lisääntymisenä. Kuntoutujien sosiaalisuus on merkittävästi lisääntynyt ja on saatu vaikutelma siitä, että heidän itsetuntonsa olisi vahvistunut. Joidenkin potilaiden kohdalla terapialla ei ole näyttänyt olevan selvää vaikutusta, mutta enemmistön positiiviset kokemukset motivoivat meitä jatkamaan menetelmän käyttöä, kehitystä ja tutkimusta Suomessa. Kognitiivinen remediaatioterapia on sopiva hoitomuoto potilaille, joiden tila on vakaa ja joilla on riittävä motivaatio ja omia tavoitteita, mutta ei ajankohtaista päihdeongelmaa. ■

EMILIANO MUZIO

Ph.D., Clinical Psychologist
City of Helsinki Health Centre,
Department of Psychiatry
Common Services, Malmi Day-
Hospital
E-mail: emiliano@muzio.net

JORMA OKSANEN

LAILA LUOMA
TERHI KIMMELMA-PAAJANEN
MIIRA RUOHONEN

■ ENGLISH SUMMARY

Cognitive Remediation Therapy in the rehabilitation of schizophrenia patients

The diagnostic criteria for schizophrenia (ICD-10, DSM-IV) include positive symptoms (e.g. hallucinations, thought disorder) and negative symptoms (e.g. poverty of speech, lack of initiative), which significantly impair social functioning. These symptoms are typically viewed as primary targets in the treatment of schizophrenia. However, there is a growing body of research suggesting that schizophrenia patients additionally suffer from a significant impairment of cognitive functions (e.g. disorders of memory functions, attention and executive functions). Typically, cognitive disorders are present before the onset of the disease and continue to be part of the clinical picture even after psychotic symptoms have diminished. Cognitive functions might explain a large part of the variance of psychotic symptoms and social functioning, as well as these patients' dependency on psychiatric services. In the past couple of decades, biomedical and psychological research has suggested that the remediation of cognitive impairments should be a central target in the treatment of patients with schizophrenia. The number of cognitive remediation techniques and research articles published on the topic has grown exponentially since the early 1990's. Cognitive Remediation Therapy (CRT) is one of these many techniques. It was developed in Australia and the United Kingdom starting in the late 1980's. In this method the therapist (or therapists) follow(s) a series of manuals (modules) designed to cover different areas of cognitive functioning (cognitive shift, working memory, planning). These manuals include tasks which cover a total of 44 sessions. The recommended frequency of sessions is at least three times a week and it is recommended that two therapists take turns in conducting these sessions with the patient. The development of problem solving and metacognitive skills is targeted by the use of specific methods such as errorless learning, scaffolding and positive reinforcement. The use of CRT in the treatment of schizophrenia has expanded rapidly in Finland since it was first introduced in 2005. Our initial experience with the method has been encouraging.

Actos 15 mg ja 30 mg tabletit. Vaikuttava aine: Pioglitatsoni hydrokloridina. **Käyttöaiheet:** Pioglitatsoni on tarkoitettu käytettäväksi oraalisena monoterapiana tyypin 2 diabetes mellituksen hoitoon etenkin kun potilas on ylipainoinen, ja metformiini on vasta-aiheinen tai potilas ei siedä metformiinia. Oraaliseen yhdistelmähoitoon potilailla, joilla joko metformiini tai sulfonyyliurean maksimiannos yksinään ei riitä säätämään veren glukoositasoa: metformiinin kanssa erityisesti ylipainoisilla potilailla ja sulfonyyliurean kanssa potilailla, jotka eivät siedä metformiinia tai jolle metformiini on vasta-aiheinen. Osana kolmoisitoa metformiinin ja sulfonyyliurean kanssa. Yhdistelmähoito insuliinin kanssa, kun metformiini vasta-aiheinen tai ei sovi. **Annostus ja antotapa:** Hoito aloitetaan annoksella 15 mg tai 30 mg kerran päivässä. Annosta voidaan nostaa asteittain 45 mg:aan päivässä. Jos potilailla ilmenee hypoglykemiaa, sulfonyyliurean/insuliinin annosta tulisi pienentää. Annosta ei tarvitse muuttaa ikääntyneillä potilailla tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla potilailla (kreatiniinipuhdistuma > 4 ml/min). Pioglitatsonia ei tule käyttää dialyysipotilailla. Pioglitatsonia ei suositella alle 18-vuotiaille. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys pioglitatsonille tai lääkkeen apuaineille, sydämen vajaatoiminta tai aikaisemmin ollut sydämen vajaatoiminta, maksan vajaatoiminta sekä diabeettinen ketoasidoosi. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoimet:** Pioglitatsoni saattaa aiheuttaa nesteretentiota, joka voi pahentaa sydämen vajaatoimintaa. Pioglitatsonihoito tulee lopettaa, jos sydäntilanne heikkenee. Maksaentsyymien toiminta tulee tarkistaa ennen hoidon aloitusta ja sen jälkeen aika ajoin kliinisen harkinnan mukaan. Murtumavaaran lisääntyminen naisilla. Koska pioglitatsoni tehostaa insuliinin toimintaa, sen antaminen munasarjojen monirakkulatautia sairastaville potilailla voi johtaa ovulaation uudelleen käynnistymiseen. Jos potilas suunnittelee raskautta tai tulee raskaaksi pioglitatsonihoidon aikana, hoito on lopetettava. Pioglitatsonia ei saa antaa imettäville äideille. Makulaedeematauksia raportoitu, yhteys epäselvä. **Yleisimmät haittavaikutukset:** monoterapia: näköhäiriöt, ylempät hengitystieinfektio, painonnousu, kosketustunnon heikkous. Oraalinen yhdistelmähoito: anemia, näköhäiriöt, painonnousu, nivelkivut, päänsärky, hematuria, erektiohäiriöt, ilmaivaivat, heitehumi, veren CK:n nousu, hypoglykemia. Insuliinin kanssa: hypoglykemia, edeema, bronkiitti, painonnousu, selkääkipu, nivelkipu, hengenahdistus, sydämen vajaatoiminta. Reseptilääke. **Pakkaukset ja hinnat VMH (sis alv) 1.2.2009:** 15 mg 28 tabl. 40,89 €, 15 mg 98 tabl. 133,95 €, 30 mg 28 tabl. 65,05 €. **Korvattavuus 1.12.2007:** Ylempi erityiskorvausryhmä (100% diabetes, 103) **Lisätiedot:** Katso valmisteyhteenveto tai Oy Eli Lilly Finland Ab, Rajatorpantie 41 C, 01640 Vantaa. Puh. 09-8545250, www.lilly.fi, MedInfo arkisin klo 9-15 puh. 0800-140240. **Competact 15 mg/850 mg, kalvopäällysteiset tabletit.** Vaikuttava aine: Yksi tabletti sisältää 15 mg pioglitatsonia (hydrokloridina) ja 850 mg metformiinihydrokloridia. **Käyttöaiheet:** Competact on tarkoitettu käytettäväksi erityisesti ylipainoisilla tyypin 2 diabetes mellitus potilailla, joiden sokeritasapainoa ei saada riittävässä määrin hallintaan oraalisella metformiini- ja pioglitatsonilla yksinään suurinta siedettyä annosta käyttäen. **Annostus ja antotapa:** Tavallinen Competact-annos on pioglitatsonia 30 mg/pv ja metformiinia 1700 mg/pv (1 Competact tabl x 2). Pioglitatsoni-annoksen titraamista lisättyä metformiinin tulee harkita ennen kuin potilas siirretään Competact-lääkitykseen. Metformiini-annosta voidaan siirtää suoraan Competact-lääkitykseen, jos tämä on kliinisesti tarkoituksenmukaista. Metformiinihoitoon erittäin suolikanavan oireet saattavat helpottaa, jos Competact otetaan aterian yhteydessä tai aterian jälkeen. Vanhuksilla munuaisten toimintaa seurattava metformiinin erittymisen tähden. Ei tule käyttää munuaisten tai maksan vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. Ei suositella alle 18-vuotiaille. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttaville aineille tai apuaineille. Akuutti tai krooninen sairaus, kuten sydämen tai hengitysteiden vajaatoiminta, askettäin sairastettu sydäninfarkti tai sokki, jotka saattavat aiheuttaa kudosten hapenpuutetta, maksan vajaatoiminta, akuutti alkoholimyrkytys tai alkoholismi. Diabeteksestä johtuva ketoasidoosi tai pre-kooma. Munuaisten vajaatoiminta tai toimintahäiriö. Akuuttitila, joka voi johtaa munuaisten toimintahäiriöön. Imetys. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoimet:** Pioglitatsonista osana kolmoisitoa ei kokemusta. Maitohapposidoosi harvinaisen. Munuaistoiminnan seuraaminen metformiinin vuoksi. Pioglitatsoni saattaa aiheuttaa nesteretentiota, joka voi pahentaa sydämen vajaatoimintaa. Competact-hoito tulee lopettaa, jos sydäntilanne heikkenee. Competact-hoidon aloittamisen jälkeen suositellaan maksaentsyymien toiminnan tarkistusta aika ajoin kliinisen harkinnan mukaan. Painonnousu. Hemoglobiini- ja hematokriittiarvojen vähäinen lasku. Makulaedeematauksia raportoitu, yhteys epäselvä. Metformiinin vuoksi hoito tulee keskeyttää 48h ennen leikkausta, hoitoa voi jatkaa 48h leikkauksen jälkeen. Lääkitys keskeytettävä ennen jodia sisältävää iivärjoineuttamista; hoitoa saa jatkaa 48h kuluttua tutkimuksesta, jos munuaistoiminta normaalia. Koska pioglitatsoni tehostaa insuliinin toimintaa, sen antaminen munasarjojen monirakkulatautia sairastaville potilailla voi johtaa ovulaatioiden käynnistymiseen. Jos potilas suunnittelee raskautta tai tulee raskaaksi pioglitatsonihoidon aikana, hoito on lopetettava. Murtumavaaran lisääntyminen naisilla. Ei saa antaa imettäville äideille. Yleisimmät haittavaikutukset pioglitatsonin ja metformiinin yhdistelmähoitossa: anemia, näköhäiriöt, painonnousu, nivelkivut, päänsärky, hematuria, erektiohäiriöt, makuhäiriöt, ruuansulatuskanavan häiriöt. Reseptilääke. **Pakkaukset ja hinnat VMH (sis alv) 1.2.2009:** 15 mg/850 mg 56 tabl. 70,64 €. **Korvattavuus:** Ylempi erityiskorvausryhmä (100% diabetes, 103). **Lisätiedot:** Katso valmisteyhteenveto tai Oy Eli Lilly Finland Ab, Rajatorpantie 41 C, 01640 Vantaa. Puh. 09-8545250, www.lilly.fi, MedInfo arkisin klo 9-15 puh. 0800-140240.