
OSASTOTUNTI: SCIT-MENETELMÄN KÄYTTÖ SKITSOFRENIAN HOIDOSSA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2015

Jari Hiltula

Kiia Uotila

HÄMEENLINNA
Sairaanhoitaja
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijät	Kiia Uotila ja Jari Hiltula	Vuosi 2015
Työn nimi	Osastotunti SCIT-menetelmän käyttö skitsofrenian hoidossa	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää osastotunti Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian yksiköiden ammattihenkilöstölle SCIT-menetelmän käytöstä skitsofrenian hoidossa. Kanta-Hämeen keskussairaalla ei ole ollut käytössä SCIT-menetelmää hoitomuotona skitsofrenian hoidossa. Osastotunnin avulla oli tarkoitus lisätä Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian ammattihenkilöstön sekä opinnäytetyön tekijöiden tietoutta SCIT-menetelmästä ja sen käytöstä skitsofrenian hoidossa.

Työn teoriataustaksi perehdyttiin SCIT-menetelmään. Teoriapohjassa selvitimme, miten SCIT-menetelmää toteutetaan, kenelle se on kohdennettu ja ketkä sitä voivat toteuttaa. Teoriataustaan haimme tietoa SCIT-menetelmän toteutusta varten luodusta käsikirjasta, CINAHL- ja MEDIC-tietokannoista sekä manuaalisesti kirjastoista hakien hoitotieteellistä ja kasvatustieteellistä ammattikirjallisuutta.

Opinnäytetyön tavoitteena ollut ammattihenkilöstön sekä opinnäytetyön tekijöiden tietouden lisääminen SCIT-menetelmän käytöstä skitsofrenian hoidossa toteutui osastotunnilta saadun palautteen sekä opinnäytetyön tekijöiden mielestä hyvin. Osastotunnin kohdeyleisön palautteen perusteella SCIT-menetelmän toteuttaminen Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian ammattihenkilöstön keskuudessa olisi mahdollista tietäntyyppisissä yksiköissä.

Avainsanat Skitsofrenia, psykoosit, kognitiivinen terapia, SCIT

Sivut 22 s. + liitteet 6 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors	Kiia Uotila ja Jari Hiltula Year 2015
Subject of Bachelor's thesis	A Clinical Lesson about SCIT-program and how to Use it in the Treatment of Schizophrenia

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to arrange a clinical lesson about SCIT-program to the psychiatric ward's staff in Kanta-Häme central hospital. They didn't use SCIT-program in the treatment of schizophrenia. The purpose was to increase knowledge of SCIT-program and how to use it in the treatment of schizophrenia to the psychiatric ward's staff and authors of this thesis.

The theory background of the thesis was to focus on the SCIT-program. The theory base included how to use SCIT-program, what kind of person can take advantage of it and who can arrange program sessions. The search for theory base was done in workbook 'Social Cognition Interaction Training-program', CINAHL- and MEDIC-databases and with manual search in libraries about nursing science and educational science.

The purpose of the thesis was to increase knowledge of SCIT-program and how to use it in the treatment of schizophrenia for the psychiatric ward's staff and the authors of the thesis. Based on the clinical lesson's feedback and authors experience this purpose was fulfilled. The feedback of the clinical lesson also told us that SCIT-program could be used in some psychiatric wards in Kanta-Häme central hospital.

Keywords Schizophrenia, psychosis, cognitive therapy, SCIT

Pages 22 p. + appendices 6 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SKITSOFRENIA.....	2
2.1	Etiologia	2
2.2	Skitsofrenian tautiluokitus ja diagnosoinnin kriteerit	4
2.3	Skitsofrenian oireet	5
2.4	Taudin kulku ja ennuste	6
2.5	Skitsofrenian hoito ja hoidon tavoitteet	6
3	KUINKA SKITSOFRENIA ILMENEE ARJESSA	8
3.1	Kognition häiriöt	9
3.2	Sosiaalisen kognition puutosten hoidon tärkeys	9
4	KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA.....	10
5	MITÄ ON SCIT-MENETELMÄ?	11
5.1	Kuinka SCIT-menetelmä eroaa muista psykososiaalisista hoitomuodoista.....	11
5.2	Yleiskatsaus SCIT-hoito-ohjelmasta ja sen suorittamisesta.....	12
5.2.1	Vaihe 1- Johdanto ja tunteet	13
5.2.2	Vaihe 2- Tilanteiden päätteleminen.....	14
5.2.3	Vaihe 3- Tutki ja tarkista.....	14
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	15
6.1	Osastotunnin suunnittelu	16
6.2	Osastotunnin toteutus	17
6.3	Osastotunnin arviointi	17
7	POHDINTA.....	19
7.1	Ammatillinen kasvu	19
7.2	Jatkotutkimusaiheet.....	20
	LÄHTEET	21

Liite 1	Osastunnin runko
Liite 2	Osastotunnin PowerPoint –esitys
Liite 3	Osastotunnin palautelomake

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheeseen päädyttiin, koska molemmilla opinnäytetyön tekijöistä oli hoitotyön kokemusta mielenterveystyöstä. Tämän lisäksi meillä molemmilla oli selkeä visio siitä, että valmistumisen jälkeen tulemme myös jatkamaan työskentelyä mielenterveystyön parissa.

Hämeen ammattikorkeakoulun ideapankin tarjonta mielenterveyspuolen osalta oli kapea, emmekä löytäneet aihetta, johon olisimme tunteneet kutsumusta tarttua, joten lähdimme hakemaan aihetta useammalta toimijalta Kanta-Hämeen, Pirkanmaan ja Uudenmaan alueelta. Lopulta työelämän toimeksiantajaksi valikoitui Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian poliklinikka ja aiheeksemme muovautui SCIT-menetelmän käyttö skitsofreniapotilaan hoidossa.

Opinnäytetyömme tavoitteeksi muodostui lisätä osastotunnin avulla Kanta-Hämeen Keskussairaalan psykiatrian poliklinikan ammattihenkilöstön sekä opinnäytetyön tekijöiden tietoutta SCIT-menetelmän käytöstä skitsofrenian hoidossa.

Opinnäytetyömme tavoitteeseen pääsemiseksi muodostimme kaksi opinnäytetyötä ohjaavaa kysymystä, joiden avulla rakensimme teoriapohjan opinnäytetyöllemme.

Kysymykset:

- Mikä on SCIT-menetelmä?
- Mitkä ovat SCIT-menetelmän käyttötarkoitukset?

2 SKITSOFRENIA

Skitsofreniassa yksilön ajatus- ja havaintokyky on vääristynyt ja tämän takia hän ymmärtää ja käsittää ulkopuolista todellisuutta sekä muita ihmisiä poikkeavalla tavalla. Tästä huolimatta jäsentynyttä toimintaa voi ilmetä joillakin osa-alueilla. Normaalisti kyky muistaa, havainnoida ja järjeittää säilyvät, vaikka ne saattavat ajanmittaan heiketä. Skitsofrenialla on vaikutuksia yksilön kokemukseen itsestään, yksilöllisyydestä sekä itsenäisyydestä. Skitsofreenikolla esiintyy harhaluuloja ja aistiharhoja. (Tuominen 2005, 46.)

Määritelmän mukaan hämmentyneisyys on skitsofreenikolle yleistä. Tämä johtuu uskomuksesta, että arkielämän tapahtumat sisältävät jotain pahaenteistä tai erityisiä merkityksiä. Yleensä skitsofreenikon ajattelua leimaavat epäloogisuus ja epämääräisyys. Pienetkin yksityiskohdat saattavat häiritä ajattelua ja tehdä puheesta ”sillisalaattia”. Ajatuksenkulussa on usein taukoja ja sekä itsestä että ulkopuolelta tulevat seikat häiritsevät sitä. (Tuominen 2005, 46.)

2.1 Etiologia

Skitsofrenian etiologia on edelleen suurilta osin tuntematonta, vaikka skitsofreniaa itsessään on tutkittu paljon viimeisten vuosikymmenten aikana. Tämänhetkisen käsityksen mukaan skitsofrenialla on monia altistavia riskitekijöitä. Nämä riskitekijät voidaan karkeasti luokitella kahteen eri osa-alueeseen, perimään sekä ympäristötekijöihin. (Torniainen 2013, 26)

Skitsofrenian taustalla ovat poikkeamat/häiriöt raskaudenaikaisessa aivojen kehityksessä. Poikkeamat voivat johtua geneettisestä alttiudesta sekä raskaudenaikaisista ympäristötekijöistä. Epänormaalit neurologiset poikkeamat voivat ilmaantua kehitysviivästyminä, tai poikkeavuuksina lapsuusajalla osalla ihmisistä, jotka saavat skitsofrenian diagnoosin. Skitsofrenian oireet normaalisti ilmaantuu nuoruusiän loppuvaiheessa tai varhaisaikuisuudessa, ja tämän takia tässä ikävaiheessa aivojen kehittyminen, synapsien muodostuminen ja niiden toiminnan säätely voi olla ratkaisevaa skitsofrenian etiologialle. (Torniainen 2013, 26–27.)

Biologisia ja psykologisia skitsofrenian riskitekijöitä on tunnistettu useita. Nämä voivat pahentaa skitsofrenian kehitystä niin sikiöaikana, lapsuusajana kuten myös varhaisaikuisuudessa. Riskitekijöillä voi olla suurempi vaikutus ihmisiin, joilla on korkeampi geneettinen kuormitus skitsofreniaan kuin ihmisillä joilla on pienempi geneettinen kuormitus. Suurimmat ilmoitetut psykologiset riskitekijät ovat kaupunkiympäristö, vastoinkäymiset lapsuudessa sekä siirtolaisuus. Biologisiin riskitekijöihin kuuluu miessukupuoli, korkea isän ikä, kannabiksen käyttö, traumaattinen aivovaurio, aliravitsemus sekä happivaje. (Torniainen 2013, 27.)

Skitsofrenian sairastumisalttiutta lisääviä geenejä on tunnistettu 2000-luvun alussa Disrupted In Schizophrenia Gene 1 eli DISC1, neureguliini 1 ja Dystrobrevin Binding Protein 1 eli DTNBP1. Nämä selittävät vain pienen osan skitsofreniaan sairastumisen perinnöllisestä vaihtelusta. Nämä geenit vaikuttavat aivojen kehitykseen, synapsien muodostumiseen ja niiden toiminnan säätelyyn. Tarkkaa tietoa ei kuitenkaan ole, mitkä näiden geenien vaikutuksista ovat keskeisiä psykiatrisen sairastavuuden kannalta. (Suvisaari 2010.)

Psykoosin ja tulehdusten yhteys on nousemassa tärkeäksi tekijäksi etiologiassa. Skitsofreniaa sairastavilla on todettu lisääntyneitä akuutin ja kroonisen tulehduksen merkkiaineita. Skitsofreniaa sairastavilla on huomattavasti suurempi riski sairastua autoimmunisairauksiin. HLA-järjestelmän eli Human Leukocyte Antigen -järjestelmän geneettiset löydökset tukevat käsitystä, että autoimmuuni-ilmioilla voi olla merkitystä skitsofrenian etiologiassa. (Suvisaari 2010.)

Ensimmäisen ja toisen raskauskolmanneksen aikana sairastetut infektiot saattavat myös lisätä riskiä sairastua skitsofreniaan ja perinnöllinen alttius voi lisätä infektion vaikutusta sikiölle. (Suvisaari 2010.)

Komplikaatioita sikiö- ja synnytysaikana, varsinkin niitä joissa sikiö altistuu hapenpuutteelle tai aliravitsemukselle on pidetty jo pitkään skitsofreniaan sairastumisriskiä lisäävänä tekijänä. Raskauden aikana psykoosia sairastavilla on todettu olevan enemmän komplikaatioita kuin muilla synnyttäjillä. Näin ollen raskauden ja synnytyksen aikaisten komplikaatioiden ja skitsofrenian sairastumisriskin välillä voi olla kyse geneettisten tekijöiden sekä ympäristön yhteisvaikutuksesta. Äidin sairaus lisää lapsen sairastumisriskiä geneettisen alttiuden kautta sekä raskauden aikaisten komplikaatioiden kautta. (Suvisaari 2010.)

Väestöpohjaisten tutkimusten mukaan useissa maissa tietyillä siirtolaisryhmillä on suurentunut riski sairastua skitsofreniaan. Ensimmäisen polven siirtolaisilla riski on lähes kolminkertainen ja toisen sukupolven maahanmuuttajilla riski saattaa olla vielä suurempi. Skitsofrenian ja siirtolaisuuden välistä yhteyttä on selitetty muun muassa syrjäntäkokemuksilla ja sosioekonomisen aseman heikkoudella. (Suvisaari 2010.)

Lapsuusajan kiusaamis-, väkivalta- ja hyväksikäyttökokemukset lisäävät riskiä sairastua psykoosiin. Siirtolaisilla on saattanut olla tämänkaltaisia kokemuksia lähtömaassaan, ja varsinkin syrjäntäkokemukset ovat tavallisia kohdemaassa. (Suvisaari 2010.)

Kohorttitutkimusten mukaan skitsofreniaa lisäävä riskitekijä on teini-ikässä alkanut runsas kannabiksen käyttö. Psykoosialttius runsaasti kannabista käyttävällä on noin kaksinkertainen. Kannabispsykoosi muistuttaa skitsofreniaa. Kolmannekselle henkilöistä, jotka ovat käyneet hoidoissa kannabispsykoosin vuoksi, kehittyy skitsofrenia. (Suvisaari 2010.)

Amfetamiinin aiheuttama psykoosi on myös skitsofrenian kaltainen, ja amfetamiinin käyttäjillä on yli kymmenkertainen riski psykoosiin verrattaessa muuhun väestöön. Molemmissa psykooseissa, amfetamiinin sekä kannabiksen laukaisemissa taustalla näyttää olevan geneettinen psykoosialttius. Amfetamiinista ei ole kuitenkaan varmaa näyttöä, että se olisi riskitekijä skitsofreniaan sairastumisessa. (Suvisaari 2010.)

2.2 Skitsofrenian tautiluokitus ja diagnosoinnin kriteerit

Kansainvälisen ICD-10-tautiluokituksen eli International Classification of Diseases and Related Health Problems mukaan skitsofrenia kuuluu F20-F29-tautiluokitukseen, joka pitää sisällään skitsofrenian lisäksi skitsotyypisen häiriön sekä harhaluuloisuushäiriöt. Häiriöt ovat kestoltaan joko pitkäaikaisia, akuutteja tai ohimeneviä. Näistä häiriöistä skitsofrenia on yleisin. (Terveyskirjasto 2013; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 178.)

Skitsofrenian diagnosoinnissa keskeisiä oireityyppejä ovat ajatustoiminnan häiriöt, harhaluulot, harha-aistimukset, katatonia, negatiiviset oireet ja puheen hajanaisuus. Näistä oireista skitsofrenian diagnosointi edellyttää, että henkilöllä on ilmennyt ainakin kaksi edellä mainittua oireityyppeä vähintään kuukauden ajan. (Terveyskirjasto 2013.)

Diagnoosia ei kuitenkaan tulisi tehdä, mikäli henkilöllä esiintyy masennusta tai maniaa, joita edeltävästi ei ole esiintynyt irrallaan skitsofrenialle tyypillisiä oireita. Myös aivosairaudet, myrkytys- tai vieroitusoireet voivat olla esteenä diagnoosin asettamiselle. Mikäli oireityypin mukaisia häiriöitä esiintyy kehittyvän epilepsian tai muun aivosairauden yhteydessä, tulisi ne luokitella F06.2:een eli elimelliseen skitsofreenistyyppiseen harhaluuloisuushäiriöön. (Terveyskirjasto 2013; Kuoppasalmi, Komulainen, Isometsä, Kampman, Korkeila, Lehtinen, Tuori, Valkonen-Korhonen, Mäkelä & Wahlbeck 2012, 107.)

Skitsofrenia jaetaan tyyppioireiden mukaisesti alaluokkiin. Näitä ovat paranoideinen F20.0, hebefreeninen F20.1, katatoninen F20.2, erilaistumaton skitsofrenia F20.3 ja jäännösskitsofrenia F20.5. (Kuoppasalmi ym. 2012, 107; Terveyskirjasto 2013)

Paranoidiselle skitsofrenialle tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, kuuloharhat ja aistiharhat, joista kehkeytyy vainoharhaisia ajatuksia. Paranoideinen skitsofrenia puhkeaa yleensä aikuisiällä ja on yleisin skitsofrenian ilmene-mismuoto suuressa osassa maailmaa. Taudinkuvalle tyypillistä verrattuna muihin skitsofrenian alaluokkiin on toimintakyvyn parempi säilyminen. (Lassila 2012.)

Hebefreeniselle skitsofrenialle tyypillisiä oireita ovat puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä tunteiden latistuminen, mitkä johtavat jopa lapsenomaiseen ja harkitsemattomaan käyttäytymiseen. Hebefreenistä skitsofreniaa sairastavat henkilöt ovat käyttäytymiseltään merkittävän aktiivisia sekä estottomia. Sairastumisikä on tyypillisesti muita alaluokkia varhaisempi.

Diagnosointiin tarvitaan yleensä vähintään 2-3 kuukauden seuranta, jotta voidaan varmistua oireiden pysyvyydestä. Ennuste on negatiivisten oireiden esiintyvyyden jatkuvan lisääntymisen vuoksi huono. (Lassila 2012; Terveyskirjasto 2013.)

Katatoninen skitsofrenia on länsimaissa harvinainen. Tyypillisiä oireita ovat psykomotoriset häiriöt äärimmäisyydestä toiseen, kuten liikavilkkaudesta sulkutilaan. Muita oireita ovat mm. maneerit, oudot kasvojen ilmeet ja ruumiin asennot, jäykkyys sekä autismi. (Hietaharju & Nuutila. 2010, 59; Lassila 2012)

Erilaistumattomasta skitsofreniasta puhutaan ”Silloin kun mikään edellä mainituista alatyypeistä ei tule kyseeseen, mutta skitsofrenian tyyppi-omaisuudet ovat kuitenkin olemassa, puhutaan erilaistumattomasta skitsofreniasta”. (Lassila 2012)

Jäännösskitsofrenia nimikettä käytetään silloin, kun skitsofrenia on selkeästi edennyt varhaisvaiheesta myöhäsvaiheeseen, ennen diagnoosin asettamista. Tällöin tyypillisiä oireita ei esiinny huomiota herättävissä määrin, mutta henkilöllä tyypillisesti kuitenkin on negatiivisia oireita. Tämän lisäksi havaittavissa on vetäytyneisyyttä, välinpitämättömyyttä, tunteiden latistuneisuutta sekä aloitekyvyttömyyttä. (Terveyskirjasto 2013; Lassila 2012)

2.3 Skitsofrenian oireet

Skitsofrenian oireet voidaan luokitella positiivisiin, negatiivisiin ja mielialaoireisiin. Positiiviset oireet ovat huomattavasti helpommin havaittavissa kuin negatiiviset oireet. Mielialaoireisiin luetaan ahdistuneisuus, tuskaisuus, masentuneisuus, mielialan äkilliset vaihtelut sekä itsetuhoisuus. (Hietaharju & Nuutila 2010, 61–62.)

Positiivinen oire tarkoittaa tavanomaisesta poikkeavaa havaitsemista, ajattelemista ja käyttäytymistä. Positiivisia oireita voivat olla muun muassa harhaluulot, aistiharhat, käyttäytymisen hajanaisuus, katatoninen asentokäyttäytyminen sekä puheen hajanaisuus ja epäsoviva tunneilmaisuus. (Hietaharju & Nuutila 2010, 61–62.)

Negatiiviset oireet taas tulevat esiin potilaan tunne-elämässä sekä ilmenevät puutteina terveessä mielessä. Negatiivisia oireita voivat olla muun muassa puheen köyhtyminen, tahdottomuus, apaattisuus, tarkkaavaisuuden ja keskittymisen ongelmat sekä tunteiden latistuminen ja anhedonia eli kyvyttömyys tuntea erilaisia tunnetiloja. (Hietaharju & Nuutila 2010, 61–62.) Mielialaoireisiin luetaan ahdistuneisuus, tuskaisuus, masentuneisuus, mielialan äkilliset vaihtelut sekä itsetuhoisuus. (Hietaharju & Nuutila 2010, 61.)

2.4 Taudin kulku ja ennuste

Sairauden kulku ja ennuste on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllistä. Tilanteeseen vaikuttaa paitsi yksilö ja tämän sairauden luonne, myös ympäristö, sosiaaliset suhteet, hoitomotivaatio ja muut elämäntilanteeseen vaikuttavat tekijät. Kulkuun ja ennusteeseen vaikuttaa myös oleellisesti se, missä vaiheessa sairaus on huomattu ja todettu. Varhaisessa vaiheessa todettu sairaus ja hoidon piiriin pääsy antaa paremman ennusteen, kun pitkään kehittyneen sairauden hoitaminen, vaikka nämä oirekuvaltaan olisivatkin erilaiset. Yleisesti ottaen runsaista positiivisista oireista kärsivä potilas on helpompi saada hoidon piiriin. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 81.)

Ennen varsinaisen skitsofrenian puhkeamista on suurimmalla osalla sairastuvista jonkinasteisia ennakko-oireita eli prodromaalioireita, näillä tarkoitetaan ennen varsinaista psykoottista oireilua esiin tulevia oireita ja ilmiöitä, joita voi esiintyä jopa vuosia ennen varsinaisen sairauden puhkeamista. Ennakko-oireista tavallisimpia ovat unihäiriöt, ahdistuneisuus, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, epäluuloisuus, käyttäytymisen häiriöt, eristäytyminen, hämmentyneisyys, psykosomaattinen oireilu ja energian sekä motivaation väheneminen. Ennakko-oireista osa on hyvin epätarkkoja ja ne voivat kuulua myös tavalliseen nuoruuteen ja aikuistumiseen. Sairastumisajankohtaa edeltävästi ennakko-oireet muuttuvat enemmän psykoottisen oireilun kaltaisiksi. Esiintyy pakkoajatuksia, vaikeuksia erottaa kuvitelmia ja havaintoja, kielen ymmärtämisen vaikeutta, automatisoituneiden toimintojen vaikeutta ja muutoksia minäkokemuksessa tai oman ruumiin hahmottamisessa. Skitsofreniassa pyritään saavuttamaan mahdollisimman hyvä hoitotasapaino ja ennaltaehkäisemään relapseja, eli psykoosin uusiutumista. (Lönngqvist ym. 2011, 78-81.)

Skitsofrenia puhkeaa tyypillisesti nuorella iällä, mutta on huomioitavaa, että käytännössä sairaus voi puhjeta missä iässä tahansa, niin lapsuudessa kuin lähempänä eläkeikääkin. Miehillä sairaus alkaa tyypillisesti 20-28 vuotiaana ja naisilla 24-32 vuotiaana. Hoitamattomana psykoosi kestää keskimäärin puolesta vuodesta vuoteen. (Kuhanen ym. 2012. 192; Lönngqvist ym. 2011, 81.)

2.5 Skitsofrenian hoito ja hoidon tavoitteet

Skitsofrenian perimmäisiä syitä ei tunneta, joten tämän vuoksi varsinaista parantavaa hoitomuotoa ei ole olemassa. Hoidon tavoitteena onkin pääasiassa lievittää potilaan oireita, parantaa tämän toimintakykyä ja auttaa sopeutumaan itse potilasta, mutta myös tämän perhettä elämään sairauden kanssa. Tavoiteltavaa on myös ennaltaehkäistä psykoosien uusiutumista eli relapseja tai ainakin pyrkiä vähentämään relapsien määrää ja vaikeusastetta. (Lönngqvist ym. 2011, 102–103.)

Akuuttivaiheessa hoidon tavoitteena on pyrkiä vähentämään psykoottisia oireita sekä niihin mahdollisesti sidoksissa olevia käyttäytymisen häiriöitä.

Antipsykoottinen lääkehoito tulee aloittaa mahdollisimman pian, koska tutkimusten mukaan viiveellä aloitettu lääkehoito vaikuttaa hoitovastustuksen muodostumiseen sekä huonontaa hoidon tuloksellisuutta. Hoidon perustana tulee olla hyvä ja luottamuksellinen yhteistyösuhde potilaan sekä tämän perheen kanssa. Psykoosipotilaan hoitoa tukee rauhallinen, vähävirikkeellinen, hoidollisesti aktiivinen ympäristö, joka ei aiheuta potilaassa pelkoa eikä väärintulkinnan mahdollisuuksia ja tätä kautta levottomuutta pääse muodostumaan turhaan, koska psykoosi itsessään voi olla potilaalle hyvin pelottava ja vieras tilanne. (Lönnqvist ym. 2011, 104–105.)

Akuuttivaiheen jälkeen seuraa tasaantumisvaihe, jolloin psykoottiset oireet ovat siirtyneet taka-alalle tai ainakin jo lievittyneet huomattavasti. Tasaantumisvaihe saattaa kestää jopa useita kuukausia ja tällöin potilas on yleensä vielä psyykkisesti hyvin hauras ja psykoosin uusiutumisen riski on suuri. Tasaantumisvaiheessa on tärkeää antaa tietoa sekä potilaalle, että tämän omaisille sairauden luonteesta, kulusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä kuten elämästä sairauden kanssa sekä sopeutumisesta sairaalan ulkopuoliseen elämään ja tukemisessa erilaisiin aktiviteetteihin. (Lönnqvist ym. 2011, 105–106.)

Tasaantumisvaihetta seuraa vakaa vaihe, jolloin potilaan sairaus on saatu tasaantumaan ja tämä on sopeutunut elämään normaalia arkea sairaudesta huolimatta. Vaikkei sairaus näyttäydy enää samalla tavoin kuin akuutissa vaiheessa, tulee mahdolliseen jatkohoitoon sitoutumista tukea ja oireetomanakin psyykkisen voimien tilaa tulee säännöllisesti seurata avoterveydenhuollon puolella. Hoitoon kuuluu oleellisesti myös ns. turvakokeet, eli säännöllisesti otettavat verikokeet, joilla varmistetaan antipsykoottihoidon tasapaino sekä pystytään puuttamaan mahdollisiin veri- ja aine-ainemuutoksiin lääkkeen annostusta muuttamalla. (Lönnqvist ym. 2011, 106.)

Lääkehoidolla on suuri merkitys sairauden hoidossa myös akuuttivaiheen jälkeen ja lääkehoidon tulisikin olla pitkäjänteistä, eikä sitä tulisi lopettaa vaikka vointi pysyisi tasaisena. Lääkehoidon sekä kuntoutuksen avulla pyritään kohentamaan potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua sekä pitämään oireet poissa. Antipsykoottisen lääkityksen asteittaista lopetusta tulee pohdita vasta kun potilas on viiden vuoden ajan ollut kärsimättä psykoottisesta oireilusta. Toiset potilaat joutuvat käyttämään lääkitystä lopun ikää, jotta skitsofrenia saadaan pidettyä hoitotasapainossa. (Lönnqvist ym. 2011, 107.)

3 KUINKA SKITSOFRENIA ILMENEE ARJESSA

Skitsofrenian oirekuvaan lukeutuva toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa potilaan elämässä monia merkittäviä normaaliin elämään ja aikuistumiseen liittyviä häiriötä. Itsenäistyminen, irtaantuminen lapsuudenkodista sekä parisuhteen ja perheen perustaminen voivat olla hankalia. Etenkin nuorena sairastuneet henkilöt syrjäytyvät herkästi normaalista työelämästä ja opiskelusta, koska näistä selviytyminen vaatii hyvää kognitiivista suoriutumiskykyä. On todettu, että Suomessa 23 ikävuoden jälkeen sairastuneet henkilöt ovat koulutukseltaan samalla tasolla, kuin ikätoverit, mutta työelämän ja ammatillisen toiminnan ulkopuolelle heistä jää noin 80–90 prosenttia. Vakavan ja pitkäaikaisen psykoosisairauden seurauksena esiintyy usein alakuloisuutta ja masentuneisuutta. Mielialan laskulla on jopa merkittävämpi vaikutus ihmisen elämänlaadun heikkenemiseen kuin harha-ajatuksilla tai harhaluuloilla. Masentuneisuuden ja alakuloisuuden seurauksena henkilö usein eristäytyy kotiin, käyttää enemmän terveystalvija ja lääkehoidon vaste on huonompi. Näillä henkilöillä itsemurhariski ja muun kuoleman riski on kohonnut. (Lönnqvist ym. 2011, 83.)

Skitsofreniaa sairastavilla potilailla odotettu eliniän ennuste suomessa on 15–20 vuotta lyhyempi verrattuna muuhun väestöön. Ennenaikaisen kuoleman riski selittyy sairauteen liittyvillä terveydellisillä sekä sosiaalisilla vaaratekijöillä sekä kohonneella itsemurhariskillä etenkin sairastumisen jälkeisen vuoden aikana. Potilaan terveydentilaa seuratta tulee kiinnittää huomiota erinäisiin psyykenlääkkeiden aiheuttamiin sivuvaikutuksiin joita ovat mm. painonnousu, joka voi aiheuttaa potilaalle edetessään tyypin 2- diabeteksen tai metabolisen oireyhtymän, suun kuivumista ja näin ollen alttiuden hammasterveyden ja suun hygienian huononemiselle, osteoporoosin ja seksuaaliterveyteen liittyviä ongelmia. On todettu, että skitsofreniapotilaista 60–70 prosenttia tupakoi ja 20 prosentilla on jonkin asteinen päihdeongelma. (Lönnqvist ym. 2011, 83–85.)

Sairauteen on todettu liittyvän kohonnut riski sairastua sydän ja verisuonisairauksiin, joiden syntyä edesauttavat muun muassa tyypin 2 diabetes, dyslipidemiat ja metabolinen oireyhtymä. Skitsofreniapotilaiden tapaturma-alttius on huomattava tekijä. Tapaturma-alttiuden johdosta potilailla esiintyy muuta väestöä enemmän onnettomuuksia, myrkytystapauksia sekä tupakkoinnista ja alkoholinkäytöstä aiheutuvia sairauksia. (Lönnqvist ym. 2011, 84.)

Skitsofreniapotilaiden terveydenhuollonpiiriin hakeutuminen on usein heikkoa potilaasta johtuvista syistä, joita ovat mm. toimintakyvyn heikentyminen, eristäytyneisyys, vähävaraisuus, heikentynyt kivun kokemus tai vaikeudet muisti- ja päättelytoiminnoissa. Erilaiset psykoottiset ajatuskuvot ja harha-luulot vaikeuttavat myös henkilön kykyä kuvata kokemiaan oireita. Haasteena perusterveydenhuollossa on huomioida skitsofreniapotilaan ruumiillinen terveydentila, ensiapu, liitännäissairaudet sekä kokonais-tila mukaan lukien sosiaaliset tekijät. (Lönnqvist ym. 2011, 84.)

3.1 Kognition häiriöt

Kognitiivisilla toiminnan häiriöillä tarkoitetaan tiedon prosessoinnin häiriöitä. Nämä häiriöt ovat usein todettavissa jo ennen varsinaisten psykoosioireiden ilmaantumista. Sairauden puhjetessa kognitiivisen tason lasku nopeutuu. Kognitiivisista toimintahäiriöistä keskeisiä ovat muistin, keskittymisen ja tarkkavaisuuden häiriöt. Näiden lisäksi keskeisiä ongelmia ovat myös uuden oppiminen, tiedon vastaanoton sekä käsittelyn ja päätöksenteon vaikeudet. Kognitiivisen toimintakyvyn häiriöt ovat osa skitsofreniapotilaan sairauden oirekuvaa. (Lönnqvist ym. 2011, 78; Tuulio-Henriksson. 2014, 234.)

Skitsofreniapotilaiden kognitiivisia häiriöitä havaitaan useimmissa mitatuissa kognitiivisissa toiminnoissa ja ne ovat luonteeltaan laaja-alaisia. Varsinaista, tyypillistä neuropsykologista ydinhäiriötä ei ole vielä kyetty määrittämään. Skitsofreniapotilaiden kognitiivisten häiriöiden laajuus ja vakavuus on kuitenkin huomioitavaa, sillä samantyyppisiä puutoksia ei ole havaittu muiden psykoottisten häiriöiden yhteydessä. Yksi keskeisistä kognitiivisista häiriöistä on käsittelynopeuden hidastuminen. Muistitehtävissä häiriöt korostuvat erityisesti oppimisessa ja vapaaseen mieleen palauttamiseen liittyvissä tehtävissä. Myös häiriöt toiminnan ohjauksessa sekä lyhytkestoisissa työmuistissa ovat yleisiä. (Tuulio-Henriksson 2014, 233.)

Skitsofreniapotilaista 75 prosenttia suoriutuu neuropsykologisista tehtävistä keskitasoa heikommin. Loppujen 25 prosentin suoriutuminen näistä tehtävistä on joko normaalia, tai normaalia parempaa tasoa verrattuna muuhun väestöön. On kuitenkin huomioitava, että vaikka potilas suoriutuu tehtävistä normaalisti, voi suoriutuminen taudin puhkeamista edeltävään kognitiiviseen tasoon verrattuna olla huomattavasti heikentynyt. Tämän lisäksi arkeen vaikuttavia kognitiivisia ongelmia voi ilmetä. Sairauden kuvassa positiivisten oireiden vaikutus kognitiiviseen toimintakyvyn heikkenemiseen ei ole yhtä selkeä kuin negatiivisten oireiden. Normaalisti neuropsykologisista tehtävistä paremmin suoriutuvilla potilailla voi ilmetä vähemmän negatiivisia oireita, näin ollen on oletettavaa, että nämä potilaat omaavat enemmän positiivisia oireita sairauden kuvassaan. (Tuulio-Henriksson 2014, 233–234.)

3.2 Sosiaalisen kognition puutosten hoidon tärkeys

Skitsofreniassa keskeisiksi häiriöiksi nousevat sosiaalisen toimintakyvyn puutokset, jotka myös potilaat kokevat keskeisiksi ongelmiksi sairauden kuvassaan. Nämä häiriöt ennustavat sairauden uusiutumista ja ovat oletettavasti riippumattomia positiivisista ja negatiivista oireista. (Roberts, Penn & Combs, D. 2010, 4.)

Tutkijat ovat pyrkineet ymmärtämään sosiaalisen toimintakyvyn heikkouden taustalla olevia prosesseja, ja huomiota on kiinnitetty erityisesti niihin sosiaalisen kognition osa-alueisiin, jotka ovat toimintakyvyn taustalla. SCIT-käsikirjan mukaan termi sosiaalinen kognitio kuvaa siis sellaisia kognition osa-alueita, joita ei yleensä arvioida perinteisillä neurokognitiivisilla

kykytehtävillä, mutta joilla saattaa olla itsenäinen merkitys sosiaalisessa käyttäytymisessä ja toimintakyvyssä. (Roberts ym. 2010, 4.)

Määritelmältään sosiaalinen kognitio pitää sisällään ihmisen sosiaalisen vuorovaikutuksen pohjalla olevia mielensisäisiä operaatioita, joita on muun muassa kyky havainnoida toisen yksilön tarkoitusperiä, aikomuksia ja kyky tulkita kasvojen ilmeiden tunnesisältöjä. (Roberts ym. 2010, 4.)

4 KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA

Käsitteellä kognitio tarkoitetaan toimintoja, jotka ovat prosessiluontoisia ja koskevat joko kokonaisuudessaan mielensisäistä tiedonkäsittelyä tai sen eri osa-alueita, joita ovat ajattelu, havainnointi, muistaminen, päätöksenteko, tulkinta, toiminnan syiden seuraukset ja tarkkaavaisuuden suuntaaminen tiettyyn kohteeseen tai asiaan. Kognitiivisessa psykoterapiassa perustetaan teoria tietoon, joka saadaan ihmisen mielensisäisestä tiedonkäsittelystä. Eriytyisen tärkeässä roolissa ovat tunteet ja niiden tunnistaminen sekä tarkastelu. Terapia perustuu edellä mainittujen prosessien sekä asioiden tutkimiseen, tunnistamiseen ja muokkaamiseen. (Lönnqvist ym. 2011, 676–677.)

Psykoottisten häiriöiden hoitaminen kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla on varsin uusi ilmiö ja sitä ollaan alettu aktiivisesti käyttämään vasta kahdenkymmenen viimeisen vuoden aikana. Kognitiivisen käyttäytymisterapian kehittäjän Aaron T. Beckin mielestä terapiamuoto ei alun perin ollut soveltuva psykoottisista häiriöistä kärsivien ihmisten hoitoon. Myöhemmin Beck on muuttanut kantansa asiasta. Terapiaa käytettiin aluksi vain pitkityneiden lääkeresistenttien psykoosihäiriöiden hoidossa, sittemmin terapiaa on alettu hyödyntämään myös akuuteissa psykooseissa sekä varhaisen psykoosin hoidossa. (Kähkönen, Karila & Holmberg 2011, 309–310)

Vuonna 2005 tehdyssä Kingdonin ja Turkingtonin tutkimuksessa on osoitettu, että kognitiivisesta psykoterapiasta saatu hyöty psykoottisesti oireileville henkilöille on merkittävä. 20 istunnon mittaisen terapiajakson hyöty kestää tutkimuksen mukaan jopa 6-12 kuukautta. Terapian katsotaan olevan hyödyllistä siinä tapauksessa, mikäli hoito kestää vähintään puolen vuoden ajan ja pitää sisällään vähintään kymmenen istuntonkerta. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on useiden vaikuttavuustutkimusten mukaan hyödyksi psykoosisairauksista kärsiville potilailla ja myös potilaat ovat kokeneet terapian hyväksi. Osittain terapian ajansaatossa kokemien muutosten vuoksi, edelleenkin ajatellaan, ettei potilaan psykoottisista oireista keskustelun ja niiden sisällön tutkimisen kautta saavuteta haluttua päämäärää. Keskustelu nostaa esille hankalia alueita ja näinollen voi syventää potilaan vaikeuksia ja nostaa oireita enemmän esille. Virheellisistä uskomuksista huolimatta terapiassa on kuitenkin erittäin tärkeää pureutua potilaan kokemuksiin ja elämyksiin, auttaen tätä ymmärtämään ja tutkimaan ahdistavia ja elämää vaikeuttavia oireita sekä rohkaista käyttämään omia voimavarojaan sairauden oireiden kanssa pärjäämisessä ja niiden tunnistamisessa sekä hallinnassa. (Kähkönen ym. 2011, 310–311.)

Teoriassa keskeistä on pyrkiä luomaan yhteistyösuhde, koska potilaan häiriön luonne voi vaikeuttaa yhdessä työskentelyä. Terapian taustalla oleva käsitys psykoosista sekä terapeutin oma käsitys psykoosista merkitsevät myös paljon. Terapian taustalla olevan psykoosikäsityksen mukaan psykoottisia ilmiöitä ei pidetä laadullisesti eriarvoisina normaalien ilmiöiden kanssa. Psykoottisten oireiden ja ilmiöiden lieventyminen on helpompaa ajatella, kun niitä pidetään kuuluvaksi normaaliuden piiriin. Tällä ajattelulla pyritään tuomaan esiin normaaliutta. Potilaan on helpompi lähestyä sairautaan, kun oireita peilataan normaaliin elämään ja niiden selittämisessä voidaan käyttää apuna käsitettävissä olevia psykologisia prosesseja kuten potilaan elämäntilannetta, oppimishistoriaa ja elämäkokemuksia. Sairautta pyritään käsittelemään asiana, joka ei ole muista asioista riippumaton biologinen ilmiö. Tämän teoriapohjan avulla tuetaan myös sairaudentunnon muodostumista ja identiteetin leimautuvuuden välttämistä. Edellä kuvattua jatkuvuuden ja normaaliuden näkökulmaa pidetään vahvana perustana kaikelle kognitiiviselle psykoterapialle. (Kähkönen ym. 2011, 311–313)

5 MITÄ ON SCIT-MENETELMÄ?

SCIT-menetelmä on ryhmäterapiamuoto psykoottisesti oireileville henkilöille. SCIT-menetelmä pureutuu sosiaalisen kognition kohentamiseen, sillä on todettu yleisimmin käytettyjen hoitomuotojen sisällön olevan puutteellista kyseisellä osa-alueella. (Roberts ym. 2010, 4.)

Sosiaalinen kognitio eli sosiaalisten tilanteiden tiedollinen hallinta pitää sisällään normaalin aistiprosessoinnin, muistin, tarkkaavaisuuden sekä erityisen läheisesti emotionin sekä motivaation. Näiden lisäksi sosiaaliseen kognition liittyy myös kyky tehdä itsenäisiä, järkeviä päätöksiä. (Hari 2003, 1465.)

Yksi keskeisimmistä käsitteistä on Theory of Mind, jolla tarkoitetaan kykyä asettua toisen ihmisen asemaan, mitä hänen mielessä liikkuu ja mitkä hänen aiheet ovat. Theory of Mind -käsitteen edellytyksenä on, että toisella ihmisellä oletetaan olevan samankaltaista käsitystä ja ymmärrystä tilanteesta, jolloin tilanne pystytään päättelemään oman vastaavanlaisen tilanteen pohjalta. Toisin sanoen Theory of Mindissa jäljitellään toisen henkilön mielen tilaa. Tyypillisesti Theory of Mind -testissä käydään lävitse yksinkertainen tarina, jossa koehenkilö jäljittelee tarinan henkilön ajatusmaailmaa fiktiivisissä tilanteissa. (Goldman 2012, 10; Hari 2003, 1465.)

5.1 Kuinka SCIT-menetelmä eroaa muista psykososiaalisista hoitomuodoista

Sosiaalisten taitojen harjoitusohjelmat ovat selkeitä ja jäsennehtyjä harjoittelumalleja, joiden avulla on tarkoitus opettaa skitsofreniaa sairastavalle kykyjä toimia vuorovaikutustaidoista lääkkeiden asianmukaiseen käyttöön. Oppimisten apuvälineinä käytetään niin työkirjoja, videoita kuin myös vuorovaikutustilanteita, katsekontaktin ottamisesta ryhmäpohjaisiin rooliharjoituksiin. (Lönnqvist ym. 2011, 125.)

SCIT-menetelmä eroaa muista psykososiaalisista hoitomuodoista niin, että siinä pääpaino on aktiivisten sosiaalisten kognition prosesseissa. Tarkoitus SCIT-menetelmässä on, että osallistujat käyttävät sosiaaliskognitiivisia kykyjään tiedostaen, toisin kuin esimerkiksi perinteisessä CBT:ssä eli kognitiivisessa psykoterapiassa, jossa fokuksena on kognitiivinen sisältö. (Roberts ym. 2010, 6.)

SCIT-menetelmän tarkoitus ei ole haastaa deluusioiden eli harhaluulojen takana olevaa logiikkaa vaan pureutua vääristyneisiin tulkintaprosesseihin, jotka pitävät yllä tai synnyttävät deluusioita. SCIT-menetelmässä käydään esimerkiksi harjoituksia, joissa ikävien tapahtumien syntymisen syiden pohjaa haetaan enemmänkin tilannetekijöistä kuin muista ihmisistä, tällä tavoin vähennettäisiin osallistujan taipumusta nähdä ikävien tapahtumien syntyä liian suurissa määrin toisissa ihmisissä. (Roberts, D. ym. 2010, 6–7.)

5.2 Yleiskatsaus SCIT-hoito-ohjelmasta ja sen suorittamisesta

SCIT-menetelmä on työkirjapohjainen hoitomuoto, jossa lähestytään sairauden potilaille aiheuttamia sosiaaliskognitiivisia puutoksia. SCIT-menetelmä on alkuperäisesti kehitetty toteutettavaksi osasto-olosuhteissa, mutta sittemmin sitä on alettu toteuttaa myös avohoidon puolella. Menetelmä on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät ole sairauden akuutissa vaiheessa (Kleinlein 2010, 20.)

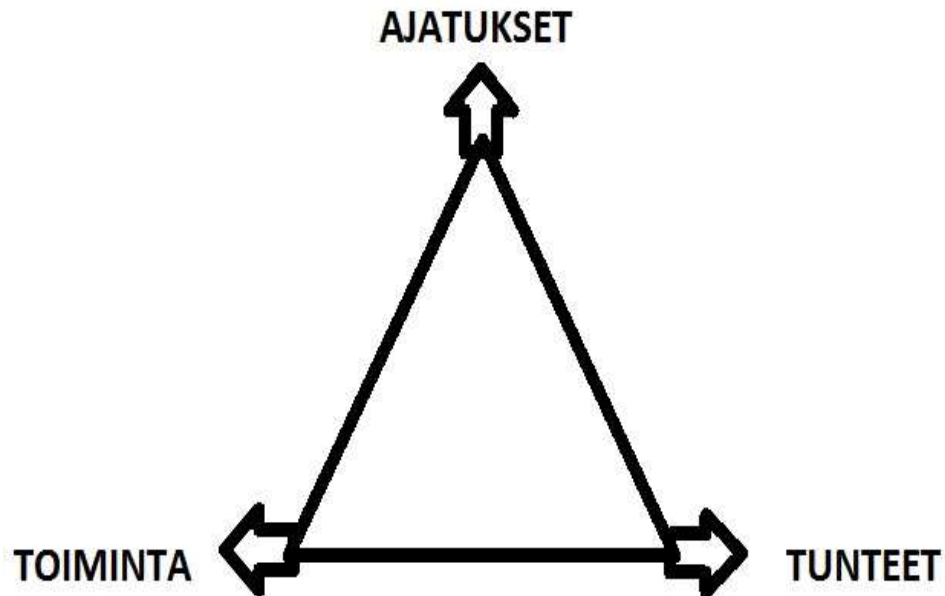
SCIT-menetelmä on tarkoitettu aikuisille, 18 vuotta täyttäneille henkilöille, joilla on ongelmia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa psykoosisairaudestaan johtuen ja eritoten henkilöille, joiden sairauden oireisiin lukeutuu vahvasti epäluuloisuus ja paranoidisuus. (Roberts ym. 2010, 8.)

Menetelmä on suunniteltu toteutettavan vähintään kerran viikossa ja suositeltavaa on, ettei istuntoja olisi enempää, kuin kolme kertaa viikossa. Yhden istunnon kesto vaihtelee 45 minuutista tuntiin ja koko menetelmän kesto vaihtelee 20 istunnosta 24 istuntoon, menetelmä itsessään jakautuu 20 istuntokertaan ja ohjaajien arvion mukaan voidaan pitää ylimääräisiä istuntoja, mikäli jonkin osa-alueen kohdalla se katsotaan tarpeelliseksi. Ylimääräisiä istuntoja tulisi olla kuitenkin maksimissaan 4 kertaa. (Roberts ym. 2010, 8.)

Kokonaisuudessaan SCIT-menetelmä jaetaan kolmeen osioon istuntojen mukaisesti; Ensimmäinen osio on 7 istunnon mittainen ja istunnoilla käsitellään tunteiden tulkitsemista, tunnistamista ja kehittämistä. Toinen osio on kestoltaan myös 7 istunnon mittainen ja istunnoilla keskitytään tilanteiden päättelyyn. Kolmas ja viimeinen osio on kestoltaan 5 istuntoa. Viimeisessä osiossa pyritään integroimaan, eli vetämään yhteen aikaisempien istuntojen aiheet ja vahvistamaan opittuja taitoja sekä viemään niitä osaksi arkielämää. (Kleinlein 2010, 20–21.)

5.2.1 Vaihe 1- Johdanto ja tunteet

Kahdella ensimmäisellä istuntokerralla käydään lävitse ryhmän kanssa intervention tavoitteet sekä SCIT-kolmio, joka on mukana koko menetelmän ajan jokaisella istuntokerralla. SCIT-kolmiossa (kuva 1.) kuvataan syy-seuraussuhteita tunteiden, ajatusten ja toiminnan välillä. (Roberts ym. 2010, 16.)



Kuva 1.

Kolmannella istuntokerralla painopisteenä ovat tunteiden ja sosiaalisten tilanteiden yhteydet, joita pyritään tarkastelemaan syy-seuraussuhteiden kautta. Istunnolla pyritään saamaan ryhmäläiset pohtimaan, kuinka heidän omat tunteensa vaikuttavat heidän käyttäytymiseen. Tämän lisäksi istunnolla aletaan käydä lävitse kasvojen erilaisia ilmeitä ja tätä kautta opitaan ymmärtämään toisten emotionaalisia tiloja. (Roberts ym. 2010, 16–17.)

Neljännellä istuntokerralla tehdään käsiteharjoitus, joka pitää sisällään tunteiden tunnistamista ja opettelua. Näiden pohjalta rakennetaan tunnejuliste, joka toimii SCIT-kolmion tavoin istuntojen tukena. (Roberts ym. 2010, 17.)

Viidennellä ja kuudennella istuntokerralla tunteiden tunnistamista ja opettelua jatketaan erityyppisten harjoitteiden avulla. Harjoitteita tehdään muun muassa videoiden sekä tehtäväpaperien avulla. (Roberts ym. 2010, 17–18.)

Seitsemännellä istuntokerralla harjoitteita jatketaan edellisten istuntojen tavoin, mutta määritellen uudeksi tunteeksi myös paranoidisuuden. Tavoitteena on tunteen avulla kuvaamalla normalisoida vainoharhaisuuden kokemus. (Roberts ym. 2010, 18.)

5.2.2 Vaihe 2- Tilanteiden päättelemine

Koska keskeinen toimintamalli harhaluulojen muodostumisessa SCIT-käsikirjan mukaan on hätköityjen johtopäätöksiä vetäminen, käydään kahdeksannella istuntokerralla lävitse näiden kahden asian merkitystä toisiinsa. (Roberts ym. 2010, 18.)

Yhdeksännellä ja kymmenennellä istuntokerralla keskitytään monitulkintaisiin tilanteisiin Theory of Mind -käsitteen avulla. Käsitteen kautta luodaan johtopäätöksiä, joita aletaan arvioida kymmenen pisteen varmuusasteikolla. Asteikkoa käytetään apuna arvioidessa todennäköisyyksiä ryhmäläisten vetämistä johtopäätöksistä. (Roberts ym. 2010, 18–19.)

Istuntokerroilla 11–13 jatkavat edeltävien istuntojen teemaa, mutta opetellaan tekemään johtopäätökset perustaen ne täysin faktatiedolle. Johtopäätöksiä vetämisen harjoittelun apuna käytetään erilaisia valokuvia sekä videoituja vuorovaikutustilanteita. (Roberts ym. 2010, 19.)

Istuntokerroilla 14 ja 15 otetaan käyttöön muunneltu versio ”20 kysymystä”-pelistä. Tavoitteena on oppia sietämään epävarmuutta ja tekemään yhä realistisempia johtopäätöksiä. (Roberts ym. 2010, 19–20.)

5.2.3 Vaihe 3- Tutki ja tarkista

Pitävät sisällään istuntokerrat 16–20. Näiden istuntojen tarkoituksena on siirtää aikaisemmilla istunnoilla opitut keinot ja menetelmät tosielämän tilanteisiin. (Roberts ym. 2010, 20.)

Kolmannessa vaiheessa on myös mahdollista suorittaa yhdestä neljään lisäistuntoa ryhmän ohjaajan arvion mukaan. Tällöin olisi tarkoitus paneutua osa-alueisiin joissa ryhmän jäsenet tarvitsevat vielä harjoitusta. Ryhmän ohjaaja tekee arvion lisäistuntojen tarpeellisuudesta. (Roberts ym. 2010, 8.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aihetta etsiessämme, olimme yhteydessä toimijoihin jotka tuottivat palveluita mielenterveyspuolelle, mutta asiakasryhmien kirjo eri toimipisteissä oli varsin laaja. Mukana oli toimijoita akuuttipsykiatriasta avohoidollisiin palveluntuottajiin. Otimme yhteyttä toimijoihin niin puhelimitse kuin myös sähköpostitse ja saimme vastauksia todella nopeasti.

Saimme vastauksen eräältä mielenterveyspalveluita tuottavalta yksityisen sektorin edustajalta. Tämän yhteydenoton pohjalta lähdimme vastaamaan heidän esittämänsä tarpeeseen. Heidän ehdotelmansa oli työstää psykoedukatiivista työkirjaa skitsofreniaa sairastaville asiakkaille. Kiinnostuksemme aihetta kohtaan heräsi, koska skitsofrenia on valitettavan yleinen ja toimeksiantajalla oli todellinen tarve päivitetylle ja ajantasaiselle tiedolle liittyen sairauteen ja sen hoitoon. Konsultoituamme opinnäytetyötämme ohjaavaa opettajaa kävi ilmi, että työkirjan laajuus ylittäisi reilusti ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön vaaditun laajuuden. Olimme yhteydessä toimeksiantajaamme, jonka kanssa keskusteltuamme päädyimme luopumaan psykoedukatiivisen työkirjan työstämisestä.

Sama toimeksiantaja ehdotti, että heillä olisi myös tarvetta tarkastella SCIT-menetelmää, joka heillä on käytössä hoitomuotona. SCIT-menetelmän pohjalta oli mahdollisuus tehdä opinnäytetyö, joka palveli tekijöitä ja tekijöiden mielenkiintoa sekä vastasi toimeksiantajan esille tuomaan tarpeeseen.

Tämän pohjalta keväällä 2014 rupesimme työstämään teoriapohjaa opinnäytetyöllemme. Menetelmän ollessa Suomessa varsin uusi, jouduimme perehtymään paljon englanninkieliseen materiaaliin sekä hakemaan tietoa kyseisestä menetelmästä CINAHL-tietokannasta ja manuaalisesti kirjastoista sekä työyhteisöistä joissa toimimme.

Kesään 2014 mennessä olimme saaneet työstettyä opinnäytetyömme teoreettista pohjaa jo kattavasti, mutta ikävä kyllä meistä riippumattomista syistä emme pystyneet jatkamaan opinnäytetyön työstämistä enää alkupe räisen toimeksiantajan kanssa. Koska teoreettinen pohja oli kattava ja kiinnostus SCIT-menetelmää kohtaan oli suuri, päädyimme jatkamaan aiheen parissa.

Alkusyksystä 2014 olimme yhteydessä Kanta-Hämeen alueella toimiviin mielenterveyspalveluita tuottaviin yksiköihin tiedustellen, olisiko heillä tarvetta saada tietoa tai syventää jo olemassa tietoaan SCIT-menetelmästä. Piakkoin saimmekin vastauksen Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian poliklinikan osastonhoitaja Jaakko Maijalalta. Hän toi ilmi, että heillä ei ollut SCIT-menetelmä lainkaan käytössä, ja näin ollen heillä olisi kiinnostusta saada tietoa kyseisestä menetelmästä. Ehdotimme, että kävisikö heille edukatiivinen tilaisuus hoitohenkilökunnalle kyseisestä menetelmästä esimerkiksi osastotunnin puitteissa. Maijalan pitäessä ajatusta hyvänä, löimme aikataulun lukkoon sekä allekirjoitimme opinnäytetyösopimukset.

Työstäessämme osastotunnin sisältöä tarkoituksemme oli antaa tietoa siitä, miksi ja miten SCIT-menetelmää toteutetaan ja minkälaiselle kohderyhmälle se on tarkoitettu. Haasteeksi muodostui, kuinka saamme tiivistettyä SCIT-menetelmästä oleellisen tiedon selkeästi ja jäsennellysti osastotunnin kestoksi määriteltyyn 45 minuuttiin. Sisältö oli kuitenkin helppo koostaa, sillä olimme perehtyneet aiheeseen kattavasti ja koonneet teoreettisen pohjan menetelmän osalta jo valmiiksi.

Osastotunti sujui esiintyjien jännityksestä huolimatta suunnitelman mukaisesti sekä vastasi kohderyhmän odotuksia. Raportointiosion työstäminen oli meille vaivatonta, sillä osastotuntiin liittyvä työ oli takanapäin ja olimme tyytyväisiä tekemäämme työhön, joten oman työmme läpikäymisen kirjallisen raportoinnin muodossa koimme hyödylliseksi ja itseämme kehittäväksi.

Totesimme jo ammatillisen osaajan tunneilla, että opinnäytetyön toteutustavoista toiminnallinen malli palvelee parhaiten sekä meitä, että myös lopullinen tuotos toimeksiantajaa. Vaikka opinnäytetyöprosessin aikana muutti työ muotoaan useaan otteeseen, lopulta päädyimme tuottamaan toiminnallisen opinnäytetyön. Tarkoituksena oli myös kehittää opinnäytetyön tekijöiden ammatillista kehitystä tämän prosessin aikana sekä tietoutta SCIT-menetelmästä.

6.1 Osastotunnin suunnittelu

Opinnäytetyön aihe valikoitui opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksesta kyseistä menetelmää kohtaan. Otimme syksyllä yhteyttä Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian poliklinikan osastonhoitajaan Jaakko Maijalaan. Lähetimme vapaamuotoisen sähköpostin, jossa tiedustelimme, oliko kyseinen menetelmä käytössä heidän yksikössään ja hyötyisikö henkilökunta osastotunnista, jossa kyseistä menetelmää käytäisiin lävitse. Saimme vastauksen, jossa Maijala totesi, että osastotunnille olisi hyötyä sillä kyseinen menetelmä ei ole käytössä heidän yksikössään.

Ehdotimme meille aikataulullisesti sopivia ajankohtia osastotunnin pitämiseksi ja saimme näin sovittua osastotunnin ajankohdaksi 18.12.2014. Maijalan toiveen mukaisesti osastotunnin kestoksi määräytyi 45 minuuttia, joka määritteli meille raamit osastotunnin sisällön aikataulutuksesta.

Vastauksen jälkeen aloimme koostaa PowerPoint -esitystä (liite 2) sekä osastotunnin runkoa (liite 1) jo keräämämme materiaalin pohjalta. PowerPoint -esityksen sisältöä kootessamme otimme huomioon ensinnäkin kohdeyksikön, jossa tuotos esitellään. Tämän lisäksi huomioimme Maijalan antaman tiedon yksikössä jo olemassa olevasta osaamisesta ryhmäterapiamenetelmiä kohtaan. PowerPoint-esityksen sisältöä kootessamme otimme huomioon myös sen, että meille annetun tiedon mukaan yksikössä on käytetty muita ryhmäterapiamuotoja ja näinollen tietopohja itse SCIT-menetelmästä oli vähäinen. Tämän takia päädyimme esityksessä avaamaan menetelmän vaihe vaiheelta pyrkien muodostamaan kokonaiskuvan menetelmän sisällöstä ja toteuttamisesta.

Ennen osastotuntia kävimme lävitse PowerPoint-esityksen ja teimme työnjakoa esityksen kulusta. Näiden lisäksi kävimme ennalta tarkistamassa tilat, joissa meidän oli määrä pitää osastotunti. Itse PowerPoint-esitys jäsenyi sujuvasti, sillä ennalta haettu teoriapohja oli kattava. Tämän lisäksi mietimme erilaisia havainnollistamisen keinoja PowerPoint-esityksen tueksi osastotunnin puitteissa. Näiden lisäksi loimme kirjallisen palautteen (liite 3), joka tuli olemaan osana osastotunnin toteutuksen arviointia.

6.2 Osastotunnin toteutus

Osastotunnin toteutimme 18.12.2014 KantaHämeen keskussairaалalla psykiatrian hoitohenkilökunnalle. Tilana toimi ennalta sovittu luentosali, joka sijaitsi psykiatrian yksiköiden tiloissa. Yhteyshenkilömme Jaakko Maijala oli esittänyt kutsun osastotunnille koko psykiatrian tulosalueen hoitohenkilökunnalle. Paikanpäälle saapui 11 hoitohenkilökunnan edustajaa psykiatrian poliklinikalta sekä aikuisten akuuteilta suljetuilta osastoilta.

Aloitimme osastotunnin pidon suunnitelman mukaisesti kello 12.00. Esityksen alkuun esittelimme itsemme. Tämän jälkeen esittelimme SCIT-menetelmää PowerPoint-esityksen (Liite 2.) viitekehyksen mukaisesti. Esityksen aikataulutus sujui suunnitelman mukaisesti ja se kesti yhteensä 25 minuuttia.

Esityksen jälkeen esitimme muutamia ennalta suunniteltuja kysymyksiä vapaan keskustelun herättämiseksi. Pyysimme yleisöä pohtimaan esimerkiksi, kuinka he pystyisivät toteuttamaan kyseistä menetelmää omassa työyksikössään. Lisäksi keskustelussa nousi esille menetelmän toteuttamiseen liittyviä haasteita, kuten potilasryhmän kokoaminen ja hoitoon sitoutumisen edistäminen. Saimme osastotunnin aikataulullisesti päätökseen suunnitelman mukaisesti.

6.3 Osastotunnin arviointi

Keräsimme osastotunnin päätteeksi yleisöltä kirjallisen palautteen (Liite 3.). Kirjalliseen palautteeseen vastasivat kaikki 11 henkilöä. Palautteista kävi ilmi, että osastotunnin sisältö vastasi kaikkien vastaajien mielestä heidän odotuksiaan. Myös kaikkien mielestä sisältö oli riittävä, mutta he jäivät kaipaamaan henkilökohtaisia kokemuksia menetelmän toteutuksesta ja vaikuttavuudesta sekä käytännön esimerkkejä menetelmän toteuttamisesta ja kohderyhmästä. Palautteessa kysyttiin myös, voisiko vastaaja kuvitella käyttävänsä SCIT-menetelmää omassa työssään. Tähän kysymykseen vastaajista 8 vastasi kyllä ja 3 ei. Kyllä vastauksien lomassa oli pohdittu mm. osaston henkilökuntaresurssien riittämättömyyttä, psykiatristen potilaiden sitoutumista sekä menetelmän soveltamista. Ei vastaukseen annettiin perusteluiksi oman osaston potilasmateriaalin sopimattomuus kyseisen menetelmän käyttöön.

Palautteessa oli myös vapaa sana osio, jossa pääsääntöisesti annettiin kiitosta esityksestä sekä sen tiiviydestä. Tämän lisäksi vapaassa sanassa tuotiin

esille SCIT-menetelmän samankaltaisuus talossa paljon käytettävän psyykoedukaation kanssa.

Omasta mielestämme esitys otettiin vastaan hyvin. Osastotunnin toteutus vastasi suunnitelmaamme, mutta palautteen huomioon ottaen parannettavaakin olisi ollut, esimerkiksi lisäämällä käytännön esimerkkejä. Konkretiaa esitykseen pystyimme tuomaan vain suullisesti tehtävien luonteesta sekä rakenteesta kertomalla, sillä SCIT-käsikirjassa olevia ryhmäläisille suunnattuja tehtäviä emme saaneet esittää. PowerPoint-esityksen tueksi olisi ollut hyvä, jos olisimme voineet esimerkiksi kierrättää yleisöllä esityksen aikana malleja istuntojen kulusta. Tästä huolimatta yleisö oli meidän kokemuksemme mukaan tyytyväinen esityksen selkeään sisältöön.

Osastotuntiin oli toimeksiantajan toiveen mukaisesti varattu 45 minuuttia, joten olisi ollut haasteellista sisällyttää aikataulullisesti istuntojen kulkua laajemmin esitykseen. Toimeksiantajalta saamamme tiedon mukaan yleisöllä ei ollut menetelmästä entuudestaan tietoa, joten katsoimme hyödylliseksi, että esityksessä saamme luotua yleisölle kuvan SCIT-menetelmästä, sen rakenteesta sekä pääasiallisista tavoitteista.

7 POHDINTA

Osastotunnilla saamamme palautteen pohjalta SCIT-menetelmää voisi käyttää hoitomuotona skitsofreniapotilaiden hoidossa Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian yksiköissä. Alustavasta suunnitelmasta poiketen osastotunnille saapui henkilökuntaa psykiatrian poliklinikan lisäksi myös akuuttiosastoilta. Akuuttiosastojen potilasmateriaali sekä hoitoajat ovat huomattavan erilaisia verrattuna psykiatrian poliklinikan avohoitopotilaisiin, tämä vaikutti osaltaan henkilökunnan antamaan palautteeseen SCIT-menetelmän hyödynnettävyydestä.

Osastotunnin lopussa käydyin keskustelun pohjalta opinnäytetyön tekijöille muodostui kuva siitä, että SCIT-menetelmää hoitomuotona voisi toteuttaa psykiatrian poliklinikalla sekä kuntoutusosastolla, joissa potilaiden sairaus on edennyt akuuttivaiheen ylitse. Haasteiksi nousi löytää ryhmään sairaudenkuvaltaan samankaltaisia henkilöitä, joiden kesken ryhmäytyminen olisi mahdollista ja hoitoon sitouduttaisiin siinä määrin, etteivät muut ryhmäläiset kärsisi ryhmädynamiikan muutoksista.

Opinnäytetyön tekijöillä heräsi ajatuksia myös menetelmän keston mukanaan tuomista haasteista. Sitoutuminen puolen vuoden ajan viikoittaisiin ryhmätapaamisiin ja tämän lisäksi vielä kotitehtävien tekoon istuntojen välillä vaatii pitkäjänteisyyttä, jota skitsofreniaa sairastavalla potilaalla välttämättä ei sairaudenkuvastaan johtuen ole. Tämän takia esimerkiksi Oulun yliopistollisessa sairaalassa SCIT-menetelmää toteutetaan sovelletusti. Istuntoja on pidennetty puolentoista tunnin mittaisiksi ja menetelmän kokonaiskesto on kolme kuukautta. Opinnäytetyön tekijöitä kiinnostaisi tietää, onko menetelmän toteuttamisella sovelletusti vaikutusta oleellisesti potilaiden sitoutumiseen.

Opinnäytetyön tekijöiden mielestä voisi olla hyödyllistä koota opaslehtinen tai vastaavanlainen tuotos, joka olisi kohdennettu potilaille. Opaslehtinen voisi pitää sisällään ydinkohdat SCIT-menetelmästä, toteuttamisesta, sisällöstä ja tavoitteista. Opaslehtinen voisi auttaa potilaita motivoitumaan ja sitoutumaan hoitomuotoon. Tämän lisäksi opaslehtinen voisi auttaa heitä ymmärtämään menetelmän hyödyllisyyden skitsofrenian hoidossa, sekä näkemään hoitomuodon suorat vaikutukset arkielämään.

7.1 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessin johdosta olemme kasvaneet ammatillisesti. Olemme saaneet kokemusta joustavuudesta ja sopeutumisesta muuttuviin tilanteisiin sekä jo hankkimamme tiedon soveltamisesta opinnäytetyön muuttuessa. Tämän lisäksi olemme saaneet valmiuksia toimia yhteistyössä työelämän toimeksiantajien kanssa. Olemme myös saaneet kokemusta ja itsevarmuutta osastotunnin kautta niin esiintymisessä kuin myös esityksen valmistelussa. Osastotunnilla vallinnut ilmapiiri mahdollisti myös ammatillisen kanssakäymisen kuulijakunnan kanssa, joka antoi meille myös mahdollisuuden

vaikuttaa työyhteisöön sekä meihin kehittävasti ammatillisesta näkökulmasta.

Lisäksi perehdyimme laajasti teoriapohjan kautta itse skitsofreniaan sekä sen hoitomuotoihin, fokuksena kuitenkin SCIT-menetelmä ja sen hyödynnettävyys sekä merkitys potilaan hoidossa. Tämän perehtymisen johdosta saimme eväitä työelämään ja valmiuksia toimia skitsofreniapotilaiden kanssa.

Se, että teimme opinnäytetyön kahdestaan, oli mielestämme toimiva ratkaisu, sillä saimme mahdollisuuden käydä vastavuoroista keskustelua sekä pohtia asioita yhdessä. Tämä mahdollisti asioiden käsittelyn monipuolisesti eri näkökulmista. Yhdessä työskennellessä saimme myös tukea ja kannustusta toisiltamme, mutta myös sopivasti kritiikkiä ja kyseenalaistamista joka jälkeensä tarkasteltuna teki työskentelystämme laadullisempaa.

Opinnäytetyöprosessin aikana koetut vastoinkäymiset latistivat alun perin omaamaamme motivaatiota työtä kohtaan. Opinnäytetyön aiheen selkiytyttyään lopulliseen muotoonsa motivaatio työtä kohtaan palasi ja työn loppuun saattaminen oli vaivatonta. Itessään opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen, opettavainen sekä sopivasti haastava. Näin ollen koemme, että olemme saaneet työn myötä valmiuksia toimia tulevassa ammatissamme.

7.2 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme jatkotutkimusaiheeksi voisi muodostua muun muassa SCIT-menetelmän hyödynnettävyyden sekä tuloksellisuuden tarkastelu. Suomessa SCIT-menetelmän vaikuttavuutta ei ole vielä tutkittu, mutta esimerkiksi Yhdysvalloissa vuonna 2005 toteutetussa SCIT-pilottiryhmässä havaittiin kohtalaista kehittymistä mm. aggressiivisuudessa toisia ihmisiä kohtaan, tunteiden tunnistamisessa ja huomattavaa kehittymistä päättelykyvyssä. (Kleinlein. 2010, 21.)

LÄHTEET

Goldman, A. 2012. Theory of Mind. Oxford Handbook of Philosophy and Cognitive Science.

Hari, R. 2003. Sosiaalisen kognition hermostollinen perusta. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 119. 1465–1470. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kleinlein, P. 2010. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders in Outpatient Treatment Settings. University of Nebraska, Lincoln, Department of psychology.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuoppasalmi, K., Komulainen, J., Isometsä, E., Kampman, O., Korkeila, J., Lehtinen, K., Tuori, T., Valkonen-Korhonen, M., Mäkelä, J. & Wahlbeck, K. 2012. Psykiatrian Luokituskäsikirja, Suomalaisen tautiluokituksen ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Viitattu 19.11.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-549-9>

Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. 2011. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lassila, V. 2012. Psykiatrian luennot. Luonnontieteelliset 2 – opintojakson verkkomateriaali. Hämeen ammattikorkeakoulu, Moodle. Viitattu 19.11.2014. <https://moodle.hamk.fi/>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Roberts, D., Penn, D. & Combs, D. 2010. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) Käsikirja. Suom. Voutilainen, G., Oksanen, J., Joutsenniemi, K., Mehtälä, T. & Sailas, E. Päivitetty 2012. Julkaisematon käsikirja. Helsingin kaupunki.

Suvisaari, J. 2010. Uutta skitsofrenian riskitekijöistä. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. Viitattu 23.5.2014. http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98743

Terveyskirjasto. 2013. Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 23.5.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00191

Torniainen, M. 2013. Cognitive Impairment in Schizophrenia: Related Risk Factors and Clinical Characteristics. Helsinki National Institute for Health and Welfare, Department of Mental Health and Substance Abuse Services. Adademic Dissertation.

Tuominen, T. 2005. Kognitiivinen psykoterapia verkkolehti. 2. (1). 44–69.

Tuulio-Henriksson, A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 130 (3), 233–240. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Osastotunnin runko

1. Opinnäytetyön tekijöiden esittely
2. SCIT -menetelmän esittely PowerPoint -esityksen avulla
3. Kysymykset ja vapaa keskustelu
4. Kirjallinen palaute

SCIT

Social Cognition and Interaction Training Program

www.hamk.fi

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mitä on SCIT

- Ryhmäterapiamuoto psykoottiselle oireileville henkilöille.
- Sopii erityisesti henkilöille, joiden ongelmina ovat epäluuloisuus ja paranoidisuus
- Pureutuu sosiaalisen kognition kohentamiseen
- Ryhmäkoonpano: 5-8 potilasta ja kaksi ohjaajaa
- Menetelminä psykoedukaatiota, ohjaavaa ongelmanratkaisua sekä tiettyjä kognitiivisbehavioraalisia tekniikoita (esim. sokraattista kyselyä sekä keskustelun muokkausta)

www.hamk.fi

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SCIT

- SCIT –menetelmän kesto on suunniteltu 20-24 istunnon mittaiseksi
- Istunnon kesto 45-60 minuuttia
- Ryhmä kokoontuu vähintään kerran viikossa, maksimissaan kolmesti viikossa
- Jakautuu kolmeen hoitovaiheeseen
 - 1 vaihe: Johdanto ja tunteet (7 istuntoa)
 - 2 vaihe: tilanteiden päättelemine (8 istuntoa)
 - 3 vaihe: integraatio: Tutki ja tarkista (5 istuntoa)
- Mahdollisesti 1 – 4 kertausistuntoa

www.hamk.fi

HAMK
HAMKEN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

1 VAIHE: Johdanto ja tunteet

- Pitää sisällään 7 istuntoa.
- Tavoitteina:
 - Ryhmytyminen
 - Johdatus menetelmään sekä sosiaalisen kognition käsitteeseen
 - Jaetaan henkilökohtaisia kokemuksia tunteista ja liitetään ne sosiaaliseen vuorovaikutusyhteyteensä
 - Määritellään 7 perustunnetta
 - Erotetaan joustavasti erilaiset tunteita kuvaavat kasvojen ilmeet
 - Määritellään paranoidisuus tunteeksi

www.hamk.fi

HAMK
HAMKEN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

2 VAIHE: Tilanteiden päätteleminen

- Pitää sisällään 8 istuntoa
- Tavoitteina:
 - Opitaan tunnistamaan hätköityjen johtopäätösten vetäminen
 - Opitaan, mitä eroja on ulkoisilla, sisäisillä ja tilanteeseen liittyvillä selitysmalleilla (attribuutioilla)
 - Opitaan tuottamaan kausaalisia attribuutioita näistä kolmesta näkökulmasta käsin
 - Oivalletaan epäselvien tilanteiden tulkinnan vaikeus
 - Tunnistetaan sosiaalisten faktojen ja arvausten ero
 - Harjoitellaan todisteiden keräämistä sen sijaan, että vedetään hätköityjä johtopäätöksiä
 - Opitaan arvioimaan todennäköisyyttä, onko johtopäätös oikea

www.hamk.fi

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

3 VAIHE: Tutki ja tarkista

- Pitää sisällään 5 istuntoa
- Tavoitteet:
 - Arvioidaan yhteistyössä niitä tosiasioita, jotka liittyvät ongelmia aiheuttaviin sosiaalisiin tapahtumiin ryhmän jäsenten elämässä
 - Tunnistetaan, että toisinaan ei ole mahdollista ymmärtää tilannetta keräämättä enemmän informaatiota
 - Ymmärretään, että arvausten tarkistaminen toisen ihmisen kanssa saattaa estää sellaisten hätköityjen johtopäätösten vetämistä, mistä saattaisi seurata paha mieli
 - Tunnistetaan sopivia kysymyksiä käytettäväksi arvausten tarkistamiseen erityisissä sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa
 - Harjoitellaan roolileikin avulla arvausten tarkistamista ryhmän jäsenten esille tuomissa arkielämän tilanteissa

www.hamk.fi

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tarvittava materiaali toteuttamisessa

- Liitutaulu & liituja / fläppitaulu & tussit
- Fläppitaulun papereita, joita voidaan kiinnittää luokan seinälle
- Televisio ja DVD-soitin, SCIT -DVD
- SCIT –valokuvasarja
- Tietokone (mielellään läppäri) ja dataprojektori
- PowerPoint slidesarja *”Toisten tunteiden arvaaminen”*
- PowerPoint slidesarja *”Tarkkaavaisuuden kohdistaminen tunteiden arvioinnissa”*
- 5 PowerPoint slidesarjaa muuttuvista kasvojen ilmeistä

www.hamk.fi

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SCIT –menetelmää toteutetaan

- HUS
 - OYS
 - Yksityiset toimijat kuten Mehiläinen & Sähkö
-
- Suomeen menetelmää tuomassa on ollut muun muassa psykologi Greta Voutilainen, joka toimii myös SCIT –menetelmän kouluttajana.

www.hamk.fi

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
