

HUUMEONGELMAT JA KOGNITIIVINEN TERAPIA

Monet ahdistuneet tai masentuneet potilaat ovat ajoittain hyvin tehokkaita ongelmanratkojia (Beck 1979). Kognitiivinen terapia pyrkii hyödyntämään näitä taitoja ja tuo näin potilaan rationaalisen minän selvittämään emotionaalisia ongelmia.

Monilla huumeongelmaisilla ei ole ongelmanratkenta- ja itsehallintakeinoja. Tästä syystä heillä on suuria vaikeuksia kognitiivisen mallin ymmärtämisessä. On haastavaa etsiä keinoja, joiden avulla terapeutti voi ikään kuin kiertää nämä vaikeudet ja auttaa potilasta siirtymään epämääräisestä, hajanaisesta ajattelun mallista enemmän ongelmakeksiseen, tarkennettuun malliin.

LUOTTAMUKSELLINEN SUHDE

Käsittelen tässä artikkelissa huumeongelmaisen kognitiivista terapiaa seuraavan prosessimallin mukaisesti. Aluksi terapeutin on kyettävä luomaan luottamuksellinen suhde potilaaseen. Seuraava askel on tällöin huumeiden käyttöä laukaisevien vihjeiden perusteellinen erittely. Samalla pyritään tunnistamaan muita ongelma-alueita. Näiden laukaisevien tekijöiden voimakkuutta vähennetään kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. Sen avulla myös luodaan potilaalle vaihtoehtoinen selviytymisstrategia. Tähän vaiheeseen kuuluvat myös ihmissuhdeongelmien hoito ja sosiaalisten taitojen oppiminen. Terapian loppuvaihe kohdistuu syvempiin ajatusrakenteisiin, jotka tekevät potilaan alttiiksi huumeiden käytölle.

Kognitiivisella terapeutilla on oltava hyvät psykoterapeuttiset perustaidot. Lämpö, aitous ja empatia ovat terapeutin toiminnan tukipilarit. Itse asiassa näiden ”ei-spesifisten” tekijöiden merkitys saattaa korostua huumeongelmaisten kanssa työskennellessä. Terapeutin suhteeseen liittyvät tekijät edellyttävät jatkuvaa hienosäätöä. Huumeongelmaiset saavat S. Mooreyn (1989) mielestä monesti aikaan kaksijakoisen reaktion sosiaalisessa ympäristössään. Joko ystävät ja sukulaiset suostuvat yhteistyöhön (”mahdollistavat” käytön), koska he ajattelevat, että huumeongelmaiset ovat ”sairaita”, tai sitten huumeongelmaisiin suhtaudutaan torjuvasti. Hyvä terapeutti yrittää löytää kultaisen keskitien osoittamalla ymmärtämystä huumeongelmaisen näkemyksiä kohtaan, mutta kieltäytymällä rupeamasta ”pelastajaksi”. Terapeutti etsii ajatusvääristymiä, sekä kielteisiä, kuten ”Olen toivoton tapaus”, että myönteisiä, kuten rationalisaatioita ja kieltämistä tyyliin ”Hoidan tämän jutun itse, ei se ole mikään iso ongelma”.

Usein potilas suorastaan tyrkyttää kaksijakoisuutta terapeutille ja yrittää provosoida hänet joko täydellisen hyväksyvään tai totaalisen hylkävään positioon. Jos terapeutti antaa periksi, hänet pidetään heikkona ja ”tyhmänä”. Vastaavanlainen asetelma esiintyy rajatilapersoonallisuuksia hoidettaessa (Pretzer 1991). He näkevät sosiaalisen ympäristön kaksijakoisesti joko ”hyvänä” tai ”pahana”, heidän on vaikea liittää myönteisiä ja kielteisiä tunteita tai ominaisuuksia samaan henki-

löö. Asiat ovat useimmiten ”joko–tai” (”joko olet täysin minun puolellani tai olet minua vastaan”) ja harvemmin ”sekä–että”. Tämä ei tarkoita sitä, että kaikki huumeongelmaiset olisivat rajatilapersoonallisuuksia, mutta he tuottavat ”rajatilakäyttäytymistä” hoitoyhteisössä. Näin ollen on tärkeä luoda terapiasuhte, johon sisältyy sekä luottamusta että rajoituksia (sekä sydäntä että johdonmukaisuutta).

Jotta syntyisi luottamuksellinen terapiasuhte, terapeutin on näytettävä, että hän on potilaan puolella, vaikka ei hyväksykään niitä keinoja, joita tämä välillä käyttää saadakseen haluamansa. Jos terapeutti huomaa potilaan valehtelevan, siihen voi suhtautua kuten muihin terapiassa käsiteltäviin asioihin, eikä kokea sitä henkilökohtaiseksi hylkäämiseksi. Valehtelua ei kuitenkaan pidä ohittaa kuvitellun ”ylisuvaitsevaisesti”, vaan asiaan on tartuttava (Moorey 1989). Potilaalle voi myös kertoa, että hän saa vähemmän irti hoidosta, jos hän tietoisesti ”narraa” terapeuttia ja siten tekee väkivaltaa todellisuudelle.

POTILAAN TAUSTAOLETUKSET

Terapian edetessä on usein mahdollista tunnistaa toistuvia teemoja potilaan tavassa hahmottaa itseään ja ongelmiaan. Samanlaiset ajatukset eri tilanteissa viittaavat uskomuksiin, jotka toimivat ajatusten taustalla. Nämä uskomukset eivät välttämättä ole tietoisia, eikä niitä ilmaista suoraan, mutta ne ovat pääteltävissä potilaan tavanomaisista reaktioista. Ne ovat huumeita, itseä, muita ihmisiä ja ihmissuhteita koskevia hiljaisia taustaoletuksia.

Ottakaamme esimerkki:

Pekka oli keski-ikäinen sekakäyttäjä. Ammattikoulun jälkeen hän siirtyi työelämään, mutta kylästy parin vuoden jälkeen säännölliseen työhön. 70-luvulla hän oli välillä työssä, välillä työtön, ja hoitoon tullessaan hän liikkui lainkuuliaisena käyttäytymisen ja rikollisuuden välimaastossa. Viime aikoina hän oli käyttänyt eniten rauhoittavia lääkkeitä, amfetamiinia, alkoholia ja kannabista. Hän

halusi luopua aineista kahdesta syystä: hänen vaimonsa oli muuttamassa pois ja odotettavissa oli syyte kannabiksen myynnistä.

Pekan käyttäytyminen hoitoyksikössä kertoi, että hän halusi testata yksikön rajoja ja sääntöjä. Hän myöhästyi parilta lomalta, ja häntä oli vaikea konfrontoida tällä asialla, koska hän käyttäytyi uhkaavasti. Terapiassa keskeinen kysymys oli, ”kuka hallitsee ketä”. Kun näytti ilmeiseltä, että Pekka halusi olla ”oma pomonsa” viimeiseen asti ja että hänellä oli pinttyneet ”naruttaa systeemiä”, terapeutin oli helpompi muuttaa terapian muotoa. Erityisiä tehtäviä ei annettu. Sen sijaan käsiteltiin erilaisia käyttäytymistapoja ja niiden seurauksia ja Pekalle annettiin näiden pohjalta mahdollisuus ikään kuin kokeilla omaa hoito-ohjelmaansa.

Tämä on esimerkki siitä, miten on tärkeitä työskennellä vastarinnan kanssa eikä sitä vastaan. Vaihtoehtoinen näkökulma tällaista käyttäytymistä muutettaessa löytyy D. Davisiltä (1991). Hän olettaa, että antisosiaalisen käyttäytymisen päämäärät ovat tavallaan oikeutettuja mutta että keinot päästä niihin ovat tehottomia (potilas toivoo helppoa elämää, mutta tulos on keinoista johtuen päinvastainen). Näin ollen terapiassa käsitellään vaihtoehtoisia tapoja päästä samoihin päämääriin. Saman näkökulman antisosiaalisen käyttäytymisen muokkaamiseksi ovat tuoneet esiin myös A. T. Beck ja G. D. Emery (1977).

Pekka havaitsi hoidossa, että hän hyvin helposti koki joutuvansa alakyntein. Tästä seurannutta kiukkua oli mahdollista lievittää vain alkoholin avulla. Tappelut alkoivat, kun Pekka ajatteli, että hänelle vinoiltiin tai että häntä ”pantiin halvalla”. Säilyttääkseen itsekunnioituksensa hänen oli ”päästävä niskan päälle”. Kun sanallinen arsenaali oli huonosti kehittynyt, hän usein vastasi väkivallalla. Koska erimielisyydet alkoivat kapakoissa, hänen arviointikykynsä oli jo alkoholin sumen-tama, ja tilanne oli valmis väärinymmärrykselle.

Huumeausaineiden käytön lopettaminen on varsin helppoa. Kuten eräs potilas ilmaisi asian: ”Olen lopettanut amfetamiinin käytön varmaan sata kertaa”. Lopettamisen pitkittäminen taas tuottaa ongelmia. Jotkut hoitoyksiköt tarjoavat lyhyen katkaisun, jota seuraa avohoitajakso tukijärjestelmineen. Toiset suosittelevat pitkää laitosjaksoa terapeutisessa yhteisössä, jotta asiakas oppisi mielekkäämpiä tapoja toimia ihmissuhteissaan (Suomessa esim. Kiskon hoitokoti). Varsinaista psykoterapiaa on harvoin saatavana (psykoterapeutit

eivät mielellään ota huumeongelmaisia potilaitaan). Monet potilaat kertovat kuitenkin käyneensä säännöllisesti ”tutun lääkärin luona juttusilla”. Valitettavan usein sieltä on myös hankittu bentsodiatsepiinireseptit, joiden avulla potilaat hankkivat itselleen uuden haitallisen riippuvuuden.

Ongelmat, joita huumeongelmaiset tuovat esiin terapeutille, edellyttävät joustavaa otetta. Tässä esitelty lähestymistapa tukeutuu A. T. Beckin ja G. A. Marlattin työhön. Huumeiden käyttöä laukaisevien tekijöiden tunnistaminen ja niistä selviytyminen on muunnella Marlattin retkahtamisen ehkäisyohjelmasta (Marlatt & Gordon 1985). Näiden laukaisevien tekijöiden muuttaminen ja korvaaminen sisäisin keinoin on peräisin Beckin terapia-mallista (Beck 1979). Kun kohdistamme huomion taustaoletuksiin ja skeemoihin, sovellamme myös Beckin mallia.

Kaksi seikkaa on vaikuttanut siihen, että kognitiivista käyttäytymisterapiaa on ulkoilla sovellettu huumeongelmiin. Ensinnäkin itsehallinnan näkökulmaa on menestyksekkäästi sovellettu alkoholi-ongelmiin (Koski-Jännes 1985). Toiseksi Beckin ja A. Ellisin kognitiivinen terapia on vuosia ollut käytössä, kun on hoidettu muita kliinisiä ryhmiä (Freeman & al. 1989). Marlattin näkökulma liittyy ensimmäiseen kohtaan (Marlatt & Gordon 1985). Kuten alussa todettiin, useimmat päihdeongelmaiset lopettavat aika ajoin päihteiden käytön aloittakseen sen taas uudelleen, joten Marlatt painottaa, että retkahtamiselle altistavien tekijöiden huomioiminen on olennaista hoidon onnistumiselle.

Kun Marlattin tutkijaryhmä tutki addiktiviseen käyttäytymiseen liittyviä riskitilanteita, se löysi kolme keskeistä aluetta: kielteiset tunnetilat, ihmissuhdeongelmat ja sosiaalisen paineen (Marlatt 1982). Tästä pääteltiin, että jos henkilöillä olisi kokemusta pärjäämisestä ja erilaisia selviytymisreaktioita käyttäytymisrepertoaarissaan, nämä riskitilanteet olisivat voitettavissa. Jos tällaisia ei ole, riskitilanteessa on reaktiona avuttomuus. Tämä lisää todennäköisyyttä turvautua päihteeseen

ristiriitaisessa tilanteessa. Jos henkilöllä on positiivisia odotuksia aineen vaikutuksen suhteen, tämä vielä lisää käytön todennäköisyyttä.

Marlattin mielestä siirtyminen lipsahduksesta retkahdukseen liittyy henkilön vastuun attribuointiin. Jos henkilö on sitoutunut pitkäaikaiseen päihteettömyyteen tahdonvoimansa avulla (vertaisryhmissähän suositellaan ”päivä kerrallaan” -asennetta), lipsahdus merkitsee epäonnistumista, mikä taas johtaa voimakkaaseen syyllisyyteen. Tämä taas saattaa johtaa avuttomuuteen (”En voi asialle mitään, yhtä hyvin voin jatkaa käyttöä”, ”Antaa mennä kun on alamäki vaan”). Tätä kutsutaan abstinenssin rikkomisvaikutukseksi (abstinence violation effect). Abstinenssiin tähtäävien hoito-ohjelmien positiivinen puoli on se, että ne saattavat motivoida päihdeongelmaista ylläpitämään abstinenssia mustavalkoajattelun pohjalta. Mutta lipsahduksen myötä tämä sama ajattelu siirtää ongelmaisen lisääntyneeseen käyttöön, koska häntä ei ole riittävästi valmisteltu selviytymään lipsahduksesta vähemmän mustavalkoisin keinoin.

MOTIVAATIO

Henkilö, jolla on epämiellyttäviä mielialoja, kuten ahdistusta ja masennusta, on varsin motivoitunut muutokseen. Aineiden väärinkäyttäjät ovat tässä suhteessa hyvin erilaisessa asemassa. Kun he haluavat muuttaa käyttäytymistään, he eivät tee sitä, koska käyttäytymisen välittömät seuraukset olisivat epämiellyttäviä. Yleensä he haluavat muutosta, koska pitemmän aikavälin seurauksista on niin paljon harmeja.

Miespuolinen potilas kertoi, miten ”imu” oli ajoittain päällä, miten hän näki unta heroinin käytöstä ja miten päätös olla käyttämättä horjui päivittäin. Koska tämä on varsin yleistä, on tärkeää jo terapian alkuvaiheessa kertoa potilaalle, että nämä tuntemukset eivät ole merkki ”pakollisesta retkahduksesta”. Ne ovat ikään kuin ”muistoja menneisyydestä” tai – kuten eräs potilas sanoi – ”kirjeitä

rintamalta eli kenttäpostia”. Tuntemukset tulevat ja menevät, ja ne ovat voitettavissa.

J. O. Prochaska ja C. C. DiClemente (1983) ovat kuvanneet muutoksen vaihemallin, jossa on neljä vaihetta. Esiharkintavaiheessa käyttäjä kieltää tai vähättelee käytön kielteisiä seurauksia. Harkintavaiheessa käyttäjä kokee konfliktin (toisaalta–toisaalta). Jos motivaatio horjuu pahasti tässä vaiheessa, terapeutin tehtävänä on lisätä rationaalisia punnuksia vaa'an sille puolelle, jossa rationalisaatiot alkavat ottaa ylivallan. Päätösvaiheessa käyttäjä luopuu aineesta ja ylläpitovaiheessa keskittyy abstinenssin tai kontrolloidun käytön ylläpitämiseen erilaisin keinoin.

On selvää, että useimmat käyttäjät hakevat apua harkintavaiheessa. W. Miller (1985) on kehittänyt motivoivan haastattelun tekniikan, jossa hyödynnetään käyttäjän ”toisaalta–toisaalta”-pohdiskelua ja autetaan häntä siirtymään päätösvaiheeseen. Samalla tekniikan tehtävänä on lisätä itsearvostusta ja minän tehokkuutta koskevia odotuksia, jotta käyttäjälle tulisi positiivisempi visio muutoksesta ja omista voimavaroistaan.

Tämä tekniikka on helppo sisällyttää kognitiivisen käyttäytymisterapian hoito-ohjelmaan, koska se perustuu ”ohjattuun löytämiseen” (Beckin mallin mukaan), jossa potilasta ohjataan tarkastelemaan aineiden käytön (ja myös aineista luopumisen) hyviä ja huonoja puolia. Viimeksi mainittuja tarkastellaan yksityiskohtaisesti, ja terapeutti tekee koko tarkastelun ajan tarkentavia kysymyksiä. Terapeutti eläytyy empaattisesti potilaan tilanteeseen, jossa tämä on tai kokee olevansa ulkopuolisten voimien painostuksen alla. Terapeutti käyttää valikoitua heijastamista ja toistamista toisin sanoin, jotta potilaan kokema ambivalenssi (”toisaalta–toisaalta”) painuisi paremmin potilaan tietoisuuteen. Samalla terapeutti viestittää ymmärtävänsä, miten vaikea muutostyö on ja miten paljon vaivannäköä se tulee edellyttämään potilaalta.

On hyödyllistä pitää mielessään sekä muu-

toksen että käytön edut ja haitat. Nämä voi myös pistää lehtiötaululle, mutta on parempi olla tekemättä sitä liian nopeasti, koska se saattaa palvella hoitoprosessin älyllistämistä. Visualisointi on kuitenkin mieleenpainuva keino kartoittaa potilaan ristiriitaista tilannetta. Tässä vaiheessa terapeutti haluaa kuitenkin saada potilaan kiinnittymään muutokseen tunnetasolla (ei riitä että vain järki haluaa muutosta). On olemassa myös muita kognitiivisen terapian menetelmiä, joilla voi motivoida potilasta. Rooliharjoituksilla voidaan elävöittää tilannetta ja saada potilas ymmärtämään, miten muut näkevät hänen käyttäytymisensä. Potilas voi esittää lähiomaista tai toista huumeongelmaista, joka puolustelee käytön jatkamista jne. Monille potilaille on yllättävää se, miten vaikea heidän on pitää puoliaan jopa rooliharjoituksessa.

Naispuolinen heroinin käyttäjä listasi käytön etuja näin: vieroitusoireet loppuvat heti, kaikki tuntuu hyvältä, nauttiminen välineistön kanssa puuhailemisesta, veren näkeminen ruiskeessa, huumeista puhuminen. Haittoja olivat pahoinvointi ja odotus, huonon aineen saaminen, jatkuva rahanpuute, riitely kumppanin kanssa, kuoleman pelko, jatkuva huoli aineen saannista.

Silmiinpistävää oli, miten kaikki edut liittyivät kokonaisvaltaiseen kokemukseen: ihmisiin, välineistöön, puitteisiin ja aineen vaikutukseen. Tilannevihjeet ovat olennainen tarkastelun kohde tämän potilaan kohdalla. Samoin voidaan perusteellisemmin tarkastella, miten realistisia käytön tulosodotukset ovat. Lisäksi voidaan käyttää kuvitteluharjoituksia, joissa potilas kuvittelee tulevaisuuttaan valittuaan käytön tai abstinenssin.

Miespuolisen potilaan listauksessa lopettamisen edut olivat seuraavanlaiset: hyvä kunto, voi laatia elämää koskevia suunnitelmia, itsestä pitäminen. Lopettamisen haittoja olivat se, että koko ajan pitää miettiä retkahtamista, ja tieto siitä, että ainetta on yhä ympärillä. Huumeiden käytön etuja olivat aineen vaikutus, itsevarma olo, energian lisääntyminen. Käytön haitoiksi tulivat seuraavat: fyysi-

nen riippuvuus, terveys reistailee, koskaan ei voi ajatella asioita pitemmälle.

Tätä listausta olisi mahdollista jatkaa vielä pitkän ja lyhyen aikavälin etuihin ja haittoihin. Joillekin potilaille voi olla terapeuttista havaita, että he eivät kykene ajattelemaan pitkän aikavälin perspektiivissä.

Kun potilaan listaus on valmis, on usein helppo nähdä, miten erilaiset ajatusvääristymät siirtävät vaakakuppiä käytön suuntaan. Kaksi tavallista tapaa tehdä tämä on korostaa omaa avuttomuutta tai tilanteen toivottomuutta erilaisten ajatusvääristymien avulla. Näitä molempia voi työstää kognitiivisen terapian avulla. Masentuneet huumeongelmaiset kertovat tilanteensa toivottomuudesta, siitä miten he eivät ole minkään arvoisia jne. Ne, jotka eivät ole masentuneita, käyttävät muita vääristyneitä uskomuksia tukeakseen käyttöään.

Simo, nuori heroinisti, koki olevansa ”immun vietävissä”. Hänellä oli voimakkaita haluja käyttää heroimia, ja hän ajatteli, että ainoa tapa selviytyä niistä oli poistaa halu kokonaan. Näin hän lähestyi hankalaa tilannettaan mustavalkoajattelun pohjalta (”Joko halu häipyy kokonaan, tai sitten rupean käyttämään heti”). Mustavalkoajattelu näyttää muutenkin olevan keskeinen ajatusvääristymä, joka on tehokkaan kognitiivisen terapian esteenä. Terapeutin on osattava nakertaa tätä ajatusvääristymää hoidon aikana (ks. esim. Pretzer 1991).

Jussi oli keski-ikäinen yöpartija. Hän käytti kannabista ja alkoholia rentoutuakseen työvuoron jälkeen. Tästä seurasi suuria hankaluuksia yksityiselämässä ja hänen vaimonsa suunnitteli lähtöä. Hän tunsu syyllisyyttä tästä ja päätti luopua kannabiksesta. Hän halusi tehdä sen tahdonvoiman avulla, eikä edes halunnut pohtia epäonnistumisen mahdollisuutta. Hän rakensi itselleen kaksijakoisen luokituksen, addiktio tai abstinenssi, eikä halunnut nähdä välimaastoa, jossa riskitilanteet, käyttöä laukaisevat tekijät ja puutteelliset selviytymistaidot olivat. Näiden pohtiminen hoidon aikana olisi siirtänyt hänen päätöksensä realistisemmalle pohjalle, sillä se olisi merkinnyt sitä, että hän päätöstä tehdessään olisi ottanut huomioon mahdolliset karikot ja halunnut oppia selviytymään niistä.

Näiden potilaiden ongelmana on, että he turvautuvat liiaksi mustavalkoajatteluun itsensä

motivoimisessa. Terapeutit yrittävät saada heidät pohtimaan sellaisia keinoja, jotka estäisivät lipsahdusta muuttumasta retkahdukseksi. Nämä potilaat sanovat kuitenkin, että jo retkahduksen pohtiminen siirtää heidät vaaravyöhykkeelle ja voi toimia houkutusena käyttämään taas aineita.

Rationalisaatio ja kieltäminen ovat Mooreyn (1989) mielestä huumeongelmaisten tavanomaisimmat puolustuskeinot. Ne eivät ole luonteenpiirteitä, vaan vaihtelevat potilaan motivaation mukaan. Potilasta voi pyytää etsimään itselleen tyypillisiä selityksiä, esim. tyyliin ”Minä vain kokeilin kerran ja katson, miltä se nyt tuntuu”, ”Elämässä pitää olla vauhtia”, ”Vain parit poket ja siihen se jää”. Seuraava askel on sitten näiden kiistäminen rationaalisen ajattelun avulla.

Tällä tavalla potilaalle tulee ikään kuin varastoon valmiita lauseita, joilla hän voi kiistää käyttöä puolustelevia ajatuskukkasiaan. Kun tarve saada ainetta iskee, hänellä on oltava valmiina rationaalisen minän tuottamia vastalauseita, koska hän ei kuitenkaan pysty tuottamaan niitä ”vauhtipyörän pyöriessä korvien välissä”. Potilaan on hyvä harjoitella näitä vastalauseita useampaan otteeseen rooliharjoitusten avulla. Muuten niistä helposti tulee ulkokohtaisia, vailla tunnesisältöä. Rooleja voi vaihdella siten, että potilas ottaa ensin irrationaalisen ja terapeutti rationaalisen puolen. Jotta potilas saisi väljemmän kuvan omasta ajattelustaan, on usein hyvä kääntää tämä asetelma niin, että terapeutti puhuu potilaan irrationaalisten ajatusten puolesta ja että potilas pääsee etsimään vasta-argumentteja niille.

Esimerkkinä on potilas, joka aina joi itsensä syvään humalaan ennen lentokoneeseen menoa, koska hän pelkäsi lentämistä:

Terapeutti: Sinun lentämisen pelkosi on varsin järjevä. Jos jokin menee vikaan lentokoneessa, et voi ajaa tien sivuun ja pysähtyä.

Potilas: Kyllä, se on kamalaa.

T: Ei. Sinun tulee pistää vastaan.

P: Se on vaikeaa, koska uskon mitä sanot!

T: Tiedän, mutta yritä kuitenkin.

P: No, mitään tuskin tapahtuu. Luultavasti kone ei putoa.

T: Luultavasti, luultavasti, eikä kuulosta kovin uskottavalta. Kuka haluaisi saada keuhkonsa ympäri Uuttamaata vain siksi, että arvioit todennäköisyyden väärin?

P: Ei ole kovin todennäköistä, että kone putoaa...

T: Ehkä ei, mutta eikö pitäisi saada varmuus asiasta?

P: Tekemällä mitä?

T: No, murehtimalla tai käyttämällä junaa tai muuta.

P: En ymmärrä, miten murehtimisesta on hyötyä?

T: No, kun murehdit, olet valmistautunut varaan. Et kai haluaa koneen putoavan, ellet ole valmis siihen?

P: Sehän on typerää. Ei murehtiminen estä konetta putoamasta.

T: Sitten on varmaan viisainta pysyä poissa lentokoneista?

P: Ei, silloin en pääse mihinkään.

T: Roskaa, voit käyttää autoa, junaa tai kävellä.

P: Se vie liian kauan.

T: Kumman valitset – päätyä pannukakuksi vai käyttää paljon aikaa?

P: Hei, älä viitsi! Sitä paitsi autot ja bussit joutuvat onnettomuuteen useammin kuin lentokoneet. Ja voisin katkaista jalkani, jos kävelen.

T: Tai saada putoavan lentokoneen niskaasi.

P: [nauraa] Niin, olisin ehkä enemmän turvassa lentokoneessa. Ainakin olisi metallia ympärilläni.

VIHJEIDEN ERITTELY

Erilaiset ärsykkeet laukaisevat huumeiden käytön. Näiden vihjeiden erittely on helpompaa avohoidossa, koska potilaat muistavat ne paremmin toimiessaan päivisin luonnollisessa ympäristössään. Laitoksessa potilaalla voi olla suuria vaikeuksia vihjeiden tunnistamisessa. Voi myös olla niin, että fyysinen riippuvuus jyrää muut vihjeet alleen ja että keskeinen käytölle altistava vihje ovat vieroitusoireet (Dawes 1985). Aiemmin mainittiin Simon vaikeudet selviytyä silloin, kun ”himo iski”. Hänen oli vaikea tunnistaa vihjeitä, ja hän uskoi aluksi, että hänen vieroitusvaiheessa kokemansa mielihalu tulisi olemaan kaikenkattava ja pysyvä. Hänen elämänsä ennen hoitoa oli yhtä huumepuuroa. Kun terapeutti yritti rekisteröidä mielihalun vaihtelua päivit-

täin, tuloksena ei ollut kuin tyhjä lomake. Vasta usean kärsivällisyyttä vaatineen istunnon jälkeen terapeutilla alkoi olla jonkinlainen kuva siitä, mitkä vihjeet voisivat olla merkityksellisiä ja mihin Simo tarvitsi huumeita. Tämäkin perustui suurelta osin terapeutin tulkintaan potilaan puheesta, jossa oli hyvin vähän selkeää erittelyä. Neljä keskeistä vihjettä kuitenkin löydettiin: 1) tylsä olo, 2) masentunut olo, 3) uusien ihmisten tapaaminen, 4) kun näki jonkun käyttävän huumeita.

Tilanteet, jotka Simo koki ylivoimaisiksi ja joihin sisältyi paljon vastuuta, aiheuttivat masennusta, ja huumeiden käyttö tarjosi tien ulospääsyyn. Sama pakoteema toistui niissä sosiaalisissa tilanteissa, joissa Simo tavatessaan uusia ihmisiä koki mielihalua huumeisiin. Tunnistetut vihjeet ja ajatus huumeiden käytöstä pakona epämiellyttävistä tilanteista sopivat hyvin muihin Simoa koskeviin tietoihin. Hän oli varsin ”tyhjä” nuorimies vailla aloitekykyä. Hän yliarvioi vastuuta, jota muut ihmiset häneltä odottivat, mutta arvioi oikein omien selviytymistaitojensa puutteellisuu-den. Häntä oli vaikea motivoida, ja hän lähtikin hoidosta heti vieroitusvaiheen päätyttyä.

Jaana oli nuorehko huumeiden käyttäjä. Hän aloitti huumeiden käytön parikymppisenä, kun hän työskenteli harjoittelijana hoitoyksikössä. Hän piti ajatusta heroisiin käytöstä romanttisena ja viehättävänä. Se sopi siihen kuvaan, joka hänellä oli itsestään traagisena ja haavoittuvana henkilönä. Hän ”narahti” nopeasti heroisiin ja oli hoitoon tullessaan käyttänyt sitä usean vuoden ajan. Hänen elämänsä vaihteli katukaupassa saatavien aineiden käytöstä reseptiaineiden käyttöön. Välillä hän yritti päästä irti aineista. Huolimatta addiktiostaan hän osallistui lastensa kasvattamiseen. Hänen aviomiehensä oli samoin huumeiden käyttäjä; he olivat tavanneet hoitoyksikössä.

Jaana tuntui olevan erityisen herkkä tilannetekijöille. Tämä tulkinta vahvistui, kun hän rekisteröi mielihaluvaihteluja hoidon aikana. Halu käyttää huumeita lisääntyi, kun hän kuunteli 60-luvun psykedeelistä rockia tai kun muut potilaat puhuivat huumeista. Hän kykeni myös tunnistamaan aviomiehensä yhdeksi riskitekijäksi. Kun tämä käyttäytyi Jaanaa kohtaan viileästi, Jaanasta tuli takertuva ja riippuvainen. Takertuminen taas sai miehen vetäytymään. Kun tämä kierre saavutti tie-

tyn pisteen. Jaana koki voimakkaan halun käyttää heroïiniä, ”jotta tuska poistuisi”. Ainoa toinen vihje, jonka hän kykeni tunnistamaan, oli raha: se merkitsi mahdollisuutta hankkia huumeita. ”Jos on enemmän fyrkkaa, on kama heti mielessä.”

Vihjeiden tunnistamiseen on käytettävissä monia keinoja, jotka on suhteutettava potilaan valmiuteen sisäiseen pohdintaan. Jotkut potilaat ovat halukkaita katsomaan sisäänpäin ja selostamaan tekijöitä, jotka johtivat edelliseen retkahdukseen. Toiset taas pitävät sitä vaikeana ja heidän on hyvä rekisteröidä ensin mielihaluvaihteluja. Niille harvoille potilaille, joille tämä on kertakaikkiaan mahdoton tehtävä, voi ehdottaa omaisten tai läheisten ystävien haastattelua, jotta tarpeellinen informaatio tulisi käyttöön.

Huumeiden käytölle altistavien vihjeiden tunnistamisessa voi siis käyttää seuraavia keinoja:

1. edellisen retkahduksen analyysi
2. aiempien mielihalukokemusten analyysi
3. mielihalukokemusten rekisteröinti hoidon aikana
4. mielihalun tuottaminen istunnossa ja ajatusten erittely tämän jälkeen
5. omaisten/läheisten ystävien haastattelu.

ONGELMANRATKONTA JA VIHJEIDEN MUOKKAAMINEN

Monet ongelmat huumeongelmaisen elämässä liittyvät jollakin tavalla retkahduksen riskiin. Retkahdus taas liittyy sisäisiin ja ulkoihin käyttöä laukaiseviin vihjeisiin. Mooreyn (1989) mielestä kognitiivisen terapian tavoitteena on tässä yhteydessä 1) opettaa huumeongelmaiselle tehokkaita ongelmanratkaintaitoja ja selviytymisstrategioita, joiden avulla hän voi käsitellä huumeriippuvuuttaan, 2) muokata, sikäli kuin se on mahdollista, taustalla olevia perususkomuksia ja skeemoja, jotka toimivat huumeiden käytön suuntaan.

Tilannetekijät ovat varsin yleisiä käyttöä laukaisevia vihjeitä. Ihannetapauksessa potilaat tulevat immuuneiksi erilaisten tilanne-

vihteiden vaikutuksille, kuten esim. päihtyneiden ihmisten näkemiselle, huumeiden käytön katselemiselle tv:stä, ”huumemusii-kin” kuuntelemiselle ja sellaisten paikkojen ohittamiselle, joissa he ovat aiemmin käyttäneet huumeita. Tämä on kuitenkin harvoin mahdollista, ja näin ollen heille on opetettava välttämistästrategioita sekä sitä, miten mielihalun kanssa tullaan toimeen.

Moorey (1989) kertoo naispuolisesta potilaasta, jonka hoidossa käytettiin vihjealtistamista. Potilaan herkkyyys huumerituaaleihin antoi ymmärtää, että sopiva menetelmä voisi olla in vivo -harjoitus, jossa ärsykkeenä toimivat huumevälineet. Seuraavassa on lista ärsykehierarkiasta:

ärsyke	arvioitu mielihalu %
kompressori ja lusikka	60
tyhjä ruiske	65
ruiske ja neula	70
huume ruiskeeseen ampullista	85
ruiske ja neula kättä vasten	90

Huomaamme, että mitä lähempänä tilanne on itse huumeiden käyttöä, sitä enemmän lisäänty mielihalu. Jokaisen harjoituksen jälkeen koettu mielihalu väheni. Istuntojen välissä koettu mielihalu väheni istunnon alussa, ja aika, joka kului sen vähenemiseen istunnon aikana, lyheni merkittävästi.

Vihjealtistaminen esiteltiin potilaalle behavioraalisena kokeena, jossa testattiin hänen uskomustaan, että jonkin ärsykkeen edessä mielihalu ei vähenisi. Samalla hänellä oli mahdollisuus kokeilla erilaisia sisäisiä selviytymiskeinoja tulla toimeen mielihalun kanssa. Harjoituksesta tuli näin ollen asteittainen tehtävä, joka lisäsi potilaan käsitystä omasta kyvystään selviytyä. Viiden minuutin välein potilas rekisteröi automaattisia ajatuksiaan ja kuvitelmiaan, mikä vahvisti hänen ymmärtämystään ajattelun merkityksestä retkahduksessa tai selviytymisessä. Kolmanneksi harjoitus opetti potilaalle, miten hän voi kiistää omia automaattisia ajatuksiaan; tästä

hänelle olisi hyötyä tulevaisuudessa vastavissa tilanteissa.

Altistamistehtävä antoi terapeutille arvokasta tietoa potilaan ajatuksista koetun mielihalun aikana. Kuten odotettua huumeiden käyttöön kannustavia ajatuksia esiintyi istunnon alussa, kun mielihalu oli korkeimmillaan. Myöhemmin ajatukset keskittyivät enemmän käytön kielteisiin puoliin ja haluun lopettaa, ja mielihalu väheni. Tämä viittaa mielihalujen ja ajatusten väliseen yhteyteen ja nostaa esiin mielenkiintoisen kysymyksen siitä, kummat muuttuvat altistamisessa ensin, ajatukset vai mielihalut. Kokemukset tästä altistamismenetelmästä kertovat, että mielihalu vähenee huomattavasti aikaa myöten ärsykkeen esillä ollessa, mikä taas kehittää potilaassa hallinnan tunnetta mielihalun suhteen. Se ei ole enää ihmeellinen voima, jolle ei voi mitään, vaan tunne, joka on säädeltävissä ajatuksia muuttamalla. Tähän menetelmään siis liittyy voimakkaita mielihaluja harjoitusten alussa, eikä sitä pidä käyttää silloin, kun potilaalla on jo valmiiksi voimakas mielihalu tai kun hän on vähemmän motivoitunut.

Retkahdusta edeltäviin sosiaalisiin tekijöihin liittyvät yleensä voimakkaat tunteet. Konfliktitilanteita sävyttää myös ajatusvääristymien runsas käyttö. Naispuolisen potilaan hylätyksi tulemisen tunne oli seurausta hänen mielivaltaisista johtopäätöksistään, jotka koskivat aviomiehen käyttäytymistä. Mies oli luonteeltaan ”yksinäinen susi” ja vaimo tulkitsevi tämän merkitsevän sitä, että mies hylkii ja väheksyy häntä. Miehen oli vaikea vastata ympäristön vaatimuksiin, ja se sai hänet suurentelemaan vaimon hyväksynnän hakua. Pariterapiassa heitä ohjattiin tunnistamaan nämä vääristymät ja rooliharjoitusten avulla kokeilemaan vaihtoehtoisia toimintatapoja.

Riskitunteet eivät ole pelkästään kielteisiä. Läheisyyden kokemukset toimivat pariskunnalla myös huumeiden käyttöä puoltavina kokemuksina. Mies oli se, joka tavallisesti teki lopullisen päätöksen käytöstä. He kuvailivat skenaariota, jossa he saivat avustuksensa ja tiesivät, että heillä nyt on varaa ostaa huumei-

ta. Tätä seurasi vuorovaikutus, joka oli sensuelli ja hyväilevä ja jonka aikana heille molemmille syntyi huumeisiin liittyviä positiivisia mielikuvia. Kertomatta toisilleen, mitä he ajattelivat, he ajoivat itsensä tilaan, jossa he kokivat voimakasta mielihalua. Mies antoi sitten lopullisen sysäyksen käytölle kysymällä: ”No, hommataanko vähäsen sitten?” Vaimo jäi kotiin ja mietti: ”Saankohan oman osuuteni, vai viilako hän minua linssiin?” Miehen palattua vaimo järjesti kohtauksen, joka lopui vasta sitten, kun he siirtyivät nauttimaan hankittua ainetta.

Rooliharjoituksessa pariskunta tunnisti vääristyneet ajatukset ja teki kovasti työtä niiden kiistämisessä. Alussa he toimivat vanhan käsikirjoituksen mukaan ja päätyivät siihen, että he hommaavat ainetta. Hitaasti he siirtyivät tästä loppukohtauksiin, joissa oli olemassa muitakin vaihtoehtoja kuin aineiden käyttö.

RISKITILANTEIDEN ENNAKOIMINEN JA VÄLTÄMINEN

Ulkoiset vihjeet ovat joskus niin voimakkaita, että on aluksi viisasta välttää niitä, ellei niiden kohtaaminen ole välttämätöntä. Useimmat huumeongelmaiset ovat tietoisia tästä, mutta heillä saattaa myös olla jäykkiä uskomuksia tahdonvoimasta: ”Minun täytyy testata itseäni”, ”Jos olen kyllin vahva lopettaakseni, olen kyllin vahva kestämään minkä tahansa houkutuksen”. Tämän tyyppiset ajatukset on syytä kiistää ja asettaa niiden käyttökelpoisuus kyseenalaiseksi. Terapeutti voi pyytää potilasta tutkimaan tällaisen ajattelun etuja ja haittoja sekä vertailemaan, miten on käynyt muille, jotka ovat toimineet jäykän uskomuksen varassa.

Perusteellinen vihjeanalyysi kertoo terapeutille ja potilaalle, mitkä tilanteet sisältävät riskejä. Jokaisen istunnon aikana voi tarkastella esim. seuraavaa viikkoa ja tunnistaa mahdolliset riskitilanteet sekä käydä läpi keinot, joiden avulla niistä voi selviytyä. Terapi-

an alussa riskitilanteiden välttäminen on tärkeää. Terapian edetessä on mahdollista laatia asteittaisia harjoituksia, joiden aikana potilas oppii sietämään yhä enemmän vihjeitä huumeiden käytöstä. Tämä saattaa olla tarpeellista silloin, kun potilas lähtee lomamatkalle ympäristöön, jossa näitä vihjeitä on päivittäin esillä.

Marlatt (1985) kuvaa, miten minipäätökset tai näennäisesti irrelevantit päätökset johdattavat päihdeongelmaisen riskitilanteeseen. Tämä saattaa löytää itsensä riskitilanteesta ikään kuin ”yllättäen”; taustalla on kuitenkin sarja näennäisesti viattomia päätöksiä, jotka pikkuhiljaa siirtävät addiktia yhä lähemmäksi ylivoimaista tilannetta. Tästä on esimerkkinä miespuolinen asiakas, joka sai ulkomailta hasismöykyn. Hän ajatteli, ettei ”sitä kannata hukkaankaan heittää”, joten hän ”jemmasi sen mökille”. Hän ei siinä vaiheessa ajatellut käyttävänsä sitä itse. Toinen avohoidon asiakas lähti lomamatkalle ja palasi varsin huonokuntoisena takaisin: ”Vasta Amsterdamissa tajusin, miksi olin tullut tänne lomalle”.

SELVIYTYMINEN RISKITILANTEISSA

Mikäli näitä tilanteita ei voi välttää, on syytä valmentautua niihin. Assertiivisuus- eli jämäköitymisharjoitukset ovat tarpeen, jotta potilas oppisi sanomaan ”ei” itselleen sopivalla tavalla. Sosiaalisesta tuesta on tässä paljon apua, ja huumeongelmainen voi käyttää hyväkseen erilaisia tukijärjestelmiä (NA). Ne antavat hänelle lisävihjeitä tavoista suhtautua sosiaaliin paineisiin. Edellä mainittujen menetelmien ohella voi käyttää Marlattin suosittelemaa ”mielihalu-surffaamista”, joka tarkoittaa sitä, että huumeongelmainen antautuu mielihalun vietäväksi tekemättä mitään ja

huomaa pian voimakkaiden tunteiden olevan ohimeneviä.

Toiset, kuten R. E. McMullin (1986), suosittelivat etäännyttämistekniikkaa, jossa huumeongelmainen ikään kuin astuu itsensä ulkopuolelle ja alkaa huomioida omaa tunnetilaansa ja sen vaihtelua. Tärkein näistä menetelmistä on kuitenkin aineiden käyttöön houkuttelevien ajatusten kiistäminen uskottavien vastalauseiden avulla. Koska narkomaanien mielihalut voivat olla erittäin voimakkaita, heidän on usein tarpeen harjoitella kiistämistä terapeutin opastuksella, ennen kuin he kykenevät tekemään sen riskitilanteessa (Davis 1991).

Ihmisten on siis vaikea tuottaa rationaalisia vasta-ajatuksia voimakkaan mielihalun alaisina. Vanha sanonta ”harjoitus tekee mestarin” pätee myös tässä. Ellei huumeongelmaisen sisäisessä sanavarastossa ole riskitilanteessa muita kuin käyttöä puoltavia lauseita, miten hän voisi olla ilman? Monesti ajatellaan mustavalkoajattelun pohjalta, että välimaastosta abstinenssin ja käytön välillä ei tarvitse välittää.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian mielenkiinto keskittyy kuitenkin myös siihen, miten voidaan vaikuttaa välimaastossa, jossa huumeongelmainen on kahden voimakkaan halun ristitulesa. Hän ei ole vielä käyttänyt, mutta hän on kovaa vauhtia siirtymässä takaisin aineiden käyttöön sitä puoltavan sisäisen pika-irjoituksen avulla. Kognitiivinen käyttäytymisterapia haluaa auttaa potilasta tunnistamaan riskitilanteet ja tarjota hänelle ”ajatuksellisia jarruja”, jolloin hän ehtii pohtia muita vaihtoehtoja kuin päihteiden käyttöä. Samalla terapiamuoto haluaa opettaa huumeongelmalliselle uusia, arkielämässä tarvittavia selviytymistaitoja vähemmän haitallisten ajatusten ja uskomusten kautta.

KIRJALLISUUS

Beck, A. T. & al.: Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979

Beck, A. T. & Emery, G. D.: Coping with substance dependency problems. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1977

Dawes, A. R.: Construing drug dependence. In: Button, E. (red.): Personal construct theory and mental health. London: Croom Helm, 1985

Davis, D.: Kognitiivinen terapia ja epäsosiaalisuus. Julkaisussa: Holmberg, N. (toim.): Kognitiivinen terapia. Päihdehuollon koulutusaineistosarja n:o 5. Järvenpään sosiaalisairaala, 1991

Ellis, A. & McInerney, J. F. & DiGiuseppe, R. & Yeager, R. J.: Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. Pergamon Press, 1988

Freeman, A. & Simon, K. & Beutler, L. & Arkowitz, H. (eds.): Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York: Plenum Press, 1989

Koski-Jännes, A.: Alkoholiongelmien hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. Tutkimus- seloste n:o 172. Helsinki: Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos, 1985

Marlatt, G. A.: Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors. In: Stuart, R. B. (ed.): Adherence, compli-

ance and generalization in behavioral medicine. New York: Brunnel/Mazel, 1982

Marlatt, G. A.: Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (eds.): Relapse prevention. New York: Guilford Press, 1985

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (eds.): Relapse prevention. New York: Guilford Press, 1985

McMullin, R. E.: Handbook of cognitive therapy techniques. New York: Norton, 1986

Miller, W.: Motivoiva haastattelu. Päihdehuollon koulutusaineistosarja n:o 1. Järvenpään sosiaalisairaala, 1985

Moorey, S.: Drug abusers. In: Scott, J. & Williams, J. & Beck, A. T. (eds.): Cognitive therapy in clinical practice. An illustrative casebook. London: Routledge, 1989

Pretzer, J.: Kognitiivinen terapia ja tunne-elämän epävakaisuus. Julkaisussa: Holmberg, N. (toim.): Kognitiivinen terapia. Päihdehuollon koulutusaineistosarja n:o 5. Järvenpään sosiaalisairaala, 1991

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C.: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J. Consult. Clin. Psychology 51 (1983), 390-395.

ENGLISH SUMMARY

Nils Holmberg: Drug problems and cognitive therapy (Huumeongelmat ja kognitiivinen terapia)

Patients suffering from severe anxiety and depression can sometimes be adept problem-solvers. Cognitive therapy strives to promote these skills and thereby to encourage the patient's rational ego to solve his emotional problems.

In contrast, many drug abusers have no problem-solving or self-control capabilities whatsoever. For this reason they find it very difficult to understand the cognitive model. Devising means of side-stepping these difficulties and helping the patient progress from an obscure, disjointed mode of thinking towards a problem-centred and focused model represents a challenge for therapists.

The article deals with the practice of cognitive therapy among drug abusers in line with the following approach. First, the therapist must develop a trusting relationship with the patient. The next step is to conduct a detailed analysis of the stimuli that triggers drug abuse. At the same time, an effort

is made to identify other problem areas. Cognitive behavioural therapy is then introduced in order to weaken the influence of the abuse-triggering mechanisms. The therapy also helps to equip the patient with alternative means of overcoming his problems. This stage calls for attention to personal relations and the learning of new social skills. The final stage of therapy focuses on the deeper thought structures that make the patient susceptible to drug abuse.

Cognitive behavioural therapy addresses the question of how to influence behaviour in situations where the drug abuser is torn between powerful contradictory desires. Typically perhaps, the reformed drug abuser finds himself slipping back towards substance abuse, prompted by his own internal compulsions. Cognitive behavioural therapy seeks to help the patient recognize his own risk situations and provide him with 'mental brakes' that will give him time to consider alternatives to drug abuse. This form of therapy also strives to teach the drug abuser new life-skills by introducing less damaging thought and belief models.

KEY WORDS:

Cognitive behaviour therapy, drug abuse, Finland, treatment