

## Kognitiiviset työtavat lääkärin vastaanotolla

Kognitiiviselle psykoterapialle on ominaista pyrkimys hoitamaan yhteistyösuhteeseen. Keskeinen työtapa on tarkka, tilanteeseen kohdistuva haastattelu, jossa otetaan huomioon olosuhteet sekä niihin liittyvät tulkinnat, tunteet ja käyttäytyminen. Tilanteiden käsittelyn kautta pyritään hankkimaan tietoa sekä oppimaan ja löytämään aiempaa paremmin toimivia ja sopeutumista edistäviä käyttäytymistapoja. Tämä työmuoto sopii myös yleislääkärin vastaanotolle. Kognitiivisessa psykologiassa tunnustetaan skeemoja ja moodeja. Skeemat ovat henkilökohtaisia alttiuksia toimia tietyllä tavalla ja moodit näihin liittyviä minätiloja. Ne ovat läsnä myös lääkärin vastaanotolla ja edistävät tai haittaavat hoitoa. Potilas-lääkärisuhteen vuorovaikutuksen jäsentäminen skeemojen ja moodien avulla saattaa olla hyödyllistä. Sopeutumista voidaan edistää myös metaforia käyttämällä. Empatia parantaa hoitotuloksia. Oikein käytettynä kognitiiviset menetelmät lisäävät empatian syntymisen todennäköisyyttä.

**Kognition käsitteellä** tarkoitetaan yksilön ajatuksia, informaation prosessointia sekä sisäisiä mieli- ja muistikuvia. Kognitiivisessa psykoterapiassa tutkitaan kognitiossa esiintyviä ongelmallisia tapoja ja kaavamaisuuksia ja pyritään löytämään niille haitattomampia vaihtoehtoja (Kuusinen 2001). Yksi keskeinen menetelmä on tehdä tarkka analyysi tilanteesta, jossa ongelmallinen tapahtuma ja sen herättämät ajatukset, tunteet ja mielikuvat sekä taustalla olevat uskomukset ja toiminnat tutkitaan. Lisäksi pohditaan myös vaihtoehtoja: olisinko voinut ajatella, tuntea, toimia toisin (Beck ym. 1979, Beck 1995, Mc Cullough 2000)?

Analyyysiä seuraa yhdessä potilaan kanssa tehtävä käsitteellistäminen. Tällä tarkoitetaan sitä, että terapeutti ja potilas pyrkivät luomaan yhteisen käsityksen siitä, mistä potilaan ongelmat johtuvat, mikä niitä pitää yllä ja mitä muuttamalla ne voisivat helpottaa (Hakanen 2007). Yksilön tavassa elää näitä tilanteita tunnustetaan skeemoja eli hänelle tyypillisiä merkityksenantoprosesseja (TAULUKKO 1) ja moodeja (TAULUKKO 2). Moodi tarkoittaa kullakin hetkellä yksilössä aktiivisten skeemojen ja prosessien (esim. fysiologisten, psyykkisten, sosiaalisten) tuottamaa virittyneisyyttä. Moodit voivat kuvastaa yksilön suhdetta itseensä tai hänen sisäistä tapaansa tyydyttää tarpeitaan. Ne voivat olla myös interpersonaalaisia eli vuorovaikutustilanteessa ilmeneviä. Kuten useissa psykoterapian muodoissa, kognitiivisessa psykoterapiassakin ollaan kiinnostuneita yksilön aiemmasta henkilöhistoriasta. Nykyisten skeemojen ja moodien toimintaa selitetään aiemmilla tapahtumilla ja erityisesti varhaisilla kiintymyssuhdekokemuksilla.

Terapiasuhte kognitiivisessa psykoterapiassa on tavoitteellinen, neuvotteleva ja tutkiva yhteistyösuhte, jota leimaa hyväksyntä, arvostus ja empatia (Kuusinen 2001). Terapiasuhteessa tavoitellaan tasavertaisuutta, mutta ainakin osassa terapiasuuntauksista tunnustetaan tarpeelliseksi sellaisten moodien käyttäminen, joita ei pinnallisesti mielletä tasa-arvoisiksi. Esimerkiksi Jeffrey Youngin kehittämässä skeemamooditerapiassa parantavaan terapiasuhteeseen kuuluu hyvän, korjaavan vanhemmuuden piirteitä. Terapiasuhteella on käytettyjen menetelmien lisäksi merkittävä osuus terapian tuloksellisuudessa. Myös tässä suhteessa aktivoituvat skeemat huomioidaan ja niitä tutkitaan. On tiedostettava, että terapiasuhteessa saatetaan täydentää tai vahvistaa haitallisia skeemoja.

**TAULUKKO 1.** Skeema-alueet ja skeemat (Young 2003, Karila 2007).

<p><b>Irrallisuus ja hylkääminen</b></p> <p>Oletukset siitä, etteivät pysyvyyden, turvallisuuden, hoivan saannin tai ymmärretyksi tulemisen tarpeet tule tyydytetyiksi johdonmukaisella ja ennustettavalla tavalla.</p> <p>Hylkääminen ja epävakaisuus</p> <p>Epäluottamus tai kaltoinkohtelu tai hyväksikäyttö: tunnevale, hoivan tai ymmärtämisen tai suojelun puute</p> <p>Vajavuus tai häpeä</p> <p>Sosiaalinen eristäytyminen tai vieraantuminen</p>
<p><b>Heikentynyt autonomia ja alisuoriutuminen</b></p> <p>Odotukset siitä, että yksilön omat tai hänen ympäristönsä odotukset estävät yksilöä irtautumasta ja toimimasta itsenäisesti.</p> <p>Riippuvuus tai kyvyttömyys</p> <p>Suojattomuus tai alttius joutua vaaraan tai saada sairaus</p> <p>Kietoutuneisuus tai minän kehittymättömyys</p> <p>Epäonnistuminen</p>
<p><b>Heikentyneet rajat</b></p> <p>Ominaista on sisäisten rajojen puuttuminen, mikä aiheuttaa vaikeuksia toisten rajojen kunnioittamisessa, yhteistoiminnassa ja sitoutumisessa tai omien persoonallisten päämäärien saavuttamisessa.</p> <p>Oikeutus- tai suuruuskuvitelmat</p> <p>Riittämätön itsekontrolli tai itsekuuri</p>
<p><b>Muihin suuntautuneisuus</b></p> <p>Ominaista on huomion suuntaaminen muiden haluihin, tunteisiin ja mieltymyksiin omien kustannuksella. Tavoitteena hyväksynnän saavuttaminen, tunne kuulumisesta johonkin sekä koston ja omien tunteiden välttäminen. Erityisesti vihan tunteet ovat tukahdutettuja.</p> <p>Alistuminen</p> <p>Uhrautuminen</p> <p>Hyväksynnän tai tunnustuksen etsintä</p>
<p><b>Ylivarovaisuus ja estyneisyys</b></p> <p>Ominaista on spontaanien tunteiden, impulssien ja valintojen tukahduttaminen tai toimiminen jäykällä ja sisäistettyjen sääntöjen mukaisella tavalla. Usein tämä tapahtuu onnellisuuden, itseilmaisun, rentoutumisen, läheisten ihmissuhteiden tai terveyden kustannuksella.</p> <p>Kielteisyyden tai pessimismi</p> <p>Emotionaalinen estyneisyys</p> <p>Vaativuus tai ylikriittisyys</p> <p>Rankaisevuus</p>

Kognitiivinen psykoterapia on saavuttanut laajan hyväksynnän monien häiriöiden hoitomuotona. Sen menetelmiä ja sovelluksia, kuten oire- ja käyttäytymispäiväkirjoja sekä motivoivaa haastattelua, käytetään yhä enemmän. Jos menetelmiä sovelletaan vain keittokirjamaisina menetelminä, saattaa niiden anti jäädä pinnalliseksi. Tässä kirjoituksessa käsitellään kognitiivisen asenteen ja lähtökohdan liittämistä potilas-lääkärisuhteeseen. Kyse on siitä, että otetaan huomioon sekä potilaan että lääkärin kognitiiviset ja psykologiset tilat suhteessa sairastamiseen tai sen uhkaan.

## Oire-episodiin perehtyminen

Tarkka anamneesi on edelleen lääkärin tärkein tiedonhankintamenetelmä. Jos haastattelee potilasta hänen yleisen oireilunsa kautta, jää saatava tieto usein epätarkaksi. Informaatio on usein sen hetkisen moodin vääristämää (esim. mukautuvaa, eristäytyvää tai ylikompensoivaa). Paneutumalla tarkemmin oire-episodeihin (esim. hengenahdistus, sydämentykytys) saa tarkempaa tietoa tilanteesta ja sen merkityksestä potilaalle. Kuvaa on usein syytä tarkentaa keskitetyillä taustatekijöillä (esim. aiempi oireilu, perhe-, suku-, työrasitteet, tarvittaessa myös varhainen henkilöhistoria). Episodia koskeva haastattelu auttaa potilasta ja lääkärää vastaanottavaisempaan moodiin. Potilas kokee todennäköisesti tulleen kuulluksi, ja haastattelu herättää hänessä luottamusta. Hän saattaa havaita tiedostamattomia syysuhteita.

Lääkärissä työtapa herättäneen empatiaa potilaan kokemuksen tullessa paremmin ilmi. Saadessaan tarkempaa tietoa lääkäri voi helpommin luottaa valitsemaansa tutkimus- ja hoitostrategiaan. Lopuksi on usein syytä tehdä käsitteellistäminen. Siinä käydään läpi, mitkä ovat potilaan tulkinnat ja oletukset, mitä tutkimuksia ja hoitoja on syytä tehdä ja mitä niistä seuraa, mikä on oireiden perusteella todennäköistä ja mikä taas ei. On aiheellista kartoittaa, mitä keinoja potilaalla on ja mihin hänellä on mahdollista vaikuttaa ja sitoutua.

Viime aikoina on korostettu potilasta osallistavan hoitosuunnitelman tärkeyttä. Hyvällä hoitosuunnitelmalla on samoja tehtäviä, kuin

kognitiivisen psykoterapian käsitteellistämällä, vaikkakin hoitosuunnitelmassa lääketieteellinen ulottuvuus korostuu. Ongelmallista on, että asiaa ajetaan normina, vaikka lääkäreiden koulutus, työn rakenteet ja perinteet eivät ilmeisesti tue tätä riittävästi.

Tällaisen syklin (episodiin painottava haastattelu, riittävä tutkiminen ja tilanteen käsitteellistävä hoitosuunnitelma) läpikäyminen saattaa helpottaa potilaan oireilua, vaikka siihen ei kovin spesifistä diagnoosia tai hoitoa olisikaan. Jos kyse on tarkemmin rajatusta lääketieteellisestä ongelmasta, on potilaan sitoutuminen hoitoon tai tutkimuksiin todennäköisempää. Tarkka oireeseen ja episodiin kohdistuva haastattelu on anamneesin mikroskopiaa, jolla on myös hoitava ulottuvuus. On liian yleistä, että potilas lähetetään laboratorioon, konetutkimuksiin tai konsultaatioon ennen kuin tämä on tehty.

## Maladaptiiviset skeemat

Maladaptiivisilla skeemoilla viitataan tilanteisiin, joissa skeemat vääristävät tietoa ja haittaavat sopeutumista. Kognitiivisen psykoterapian kehittäjillä on toisistaan eroavia skeeman määritelmiä, jotka eivät kuitenkaan sulje toisiaan pois. Jeffrey Youngin kehittämässä teoriassa maladaptiiviset skeemat ovat lapsuudessa alkunsa saaneita laaja-alaisia ja vakiintuneita tapoja tulkita tilanteita vääristyneellä tavalla. Yksilön selviytymiskeino voi olla skeeman ylläpitäminen, välttely tai kompensointi; yhtä näistä hänellä on taipumus käyttää pitkäaikaisesti ensisijaisena (Young ym. 2003). Sama aktiivinen maladaptiivinen skeema voi käytössä olevan selviytymiskeinon mukaisesti johtaa vastakkaiseen tai komplementaariseen käytökseen. Niinpä esimerkiksi ”heikentyneen autonomian ja suorituskyvyn”-alueen ”herkkyys joutua vaaraan tai saada sairaus”-skeeman omaavat saattavat kohdata vastaanottohuoneessa usein niin, että potilas on skeeman ylläpitäjänä ja antautujana, lääkäri tai hoitaja kompensoijana. Terveystieteiden työntekijöillä on todettu esiintyvän tiettyjä maladaptiivisia skeemoja, jotka ovat heidän sairauslomiensa ja ylirasitustilojensa riskitekijöitä (Bamber ja McMahon 2008).

**TAULUKKO 2.** Moodit (Young 2003, Karila 2007).

### Lapsimoodit

Sisältävät kasvun, kehityksen, motivaation sekä perustarpeiden ja niiden tyydytyksen psyykkisen ulottuvuuden, kuten myös uhkan näiden saavuttamattomuudesta ja tästä seuraavan turhautumisen.

Haavoittuva lapsi

Tuntee kahlitsevia tunteita kuten ahdistusta, avuttomuutta, pelkoa, toivottomuutta

Vihainen lapsi

Tuntee vihaa, turhautumista ja kärsimättömyyttä, koska perustarpeita on uhattu

Impulsiivinen tai kuriton lapsi

Toimii itsekäästi omien lyhyen tähtäimen halujen ja impulssien mukaan, hänen on vaikea odottaa vuoroaan

Tytyväinen lapsi

Ihannetila, jossa turvan, itsenäisyyden, rakkauten, motivaation ja sopeutumisen tarpeet ja impulssit ovat tasapainossa

### Maladaptiiviset selviytymismoodit

Perustuvat antautumisen, välttelyn ja ylikompensointin selviytymisstrategioihin. Niissä vietetään yleensä suurin osa ajasta. Niille on ominaista, että ne eristävät, kieltävät tai mitätöivät lapsimoodeihin sisältyvät kivuliaat tunteet ja tarpeet.

Mukautuva antautuja

Toimii passiivisesti alistuen, hyväksyntää etsivästi tai itseä mitätöivästi

Suojautuja

Toimii tunteita tukahduttaen ja vetäytyen, eristäytyy emotionaalisesti, torjuu muiden avun, kyynistyy

Ylikompensoija

Pyrkii hallitsemaan, väheksymään tai ylikontrolloimaan reaktiona tyydyttämättömiin perustarpeisiin

Käyttäytyy ylimielisesti, kilpailevasti, kapinallisesti, manipuloivasti, hyväksikäyttävästi

### Maladaptiiviset vanhemman moodit

Sisäistettyjä kaltoin kohtelevan tai hylkäävän vanhemmuuden ilmentymiä

Rankaiseva vanhempi

Pyrkii rankaisemaan, syyttelemään ja moittimaan

Vaativa vanhempi

Painottaa täydellisyyttä, tehokkuutta ja omien tarpeiden tunteiden ilmaisun ja spontaanisuuden kieltämistä

### Terveen aikuisen moodi

Vanhemmuuden ihannetila, joka hoivaa ja validoi haavoittuvan lapsen moodia, asettaa rajoja vihaisen ja impulsiivisen lapsen moodille, edistää ja tukee terveen lapsen moodia, asettuu vastustamaan ja korvaa maladaptiivisia selviytymismodeja

## YDINASIA

- » Tilanteeseen kohdistuva tarkka haastattelu antaa tietoa oireilusta ja sen merkityksestä. Haastattelu lisää luottamusta potilaassa ja antaa lääkärille mahdollisuuden eläytyä. Sillä on diagnostinen ja hoitava ulottuvuus.
- » Skeemat ja moodit voivat olla hyvä tapa jäsentää potilas-lääkärisuhdetta niin, että tehottomia ja haitallisia malleja on mahdollista välttää.
- » Metaforat voivat rikastuttaa kommunikaatiota vastaanotolla.
- » Empatia lisää hoidon tehokkuutta. Empatian puute voi mitätöidä tarkan diagnostiikan ja näytön mukaan määrätyn hoidon tuloksellisuuden.

### Skeemat ja moodit potilas-lääkärisuhteessa

Moodit eli kullakin hetkellä aktiivisena olevat skeemat ja niihin liittyvät selviytymiskeinot voivat vaihtua nopeasti (Young ym. 2003, Karila 2007). Ne jaetaan lapsimooideihin (haavoittuva, vihainen, impulsiivinen tai kuriton, luonnollinen), selviytymismooideihin (mukautuva antautuja, eristäytynyt suojautuja, ylikompensoija) ja vanhemmuusmooideihin (rankaiseva vanhempi, vaativa vanhempi, terve aikuinen).

Lapsimooideihin liittyy voimakkaita tunteita, kasvun ja kehityksen mahdollisuuksia sekä tarpeiden tyydyttämistä tai niiden laiminlyöntiä. Selviytymismoodit kuvaavat tiloja, joissa yksilö antautumalla, ylläpitämällä, välttelemällä tai kompensoimalla pyrkii emotionaalisesti irtautumaan tilanteesta. Vanhemmuusmoodit kuvaavat valtaa, vaatimuksia ja rajoja sekä turvan ja hoivan antamista. Rankaisevan ja vaativan vanhemman moodit ovat maladaptiivisia, terveen aikuisen rooli sopeutumista edistävä.

Maladaptiivisten skeemojen aktivoituminen terveydenhuollossa on todennäköistä. Sitä tapahtuu myös yksilöillä, joilla nämä skeemat eivät yleensä ole kovin laaja-alaisia.

**1474** Terveyspalveluiden käytön syitä ovat sairaus

taikka sairauden pelko tai uhka. Myös jonkin valtarakenteen määräyksestä voi joutua arvioiduksi ja arvostelluksi. Monet tutkimus- ja hoitomenetelmät ovat luonteeltaan sellaisia, että jos niillä ei olisi lääketieteellistä aihetta, ne olisivat ihmisarvoa halventavia tai suorastaan kidutusta. Niiden käyttöön liittyy myös riskejä. Toisaalta maladaptiiviset skeemat johtavat usein terveyspalveluiden käyttöön.

Tietyt sanavalinnat ilmaisevat moodeja. Potilaat puhuvat usein ”tuomioista” kysellessään esimerkiksi laboratoriotutkimusten tuloksia. Potilas lupaa olla ”kiltti” suhteessa hoito-ohjeeseen, tai hän kertoo olleensa ”tuhma”, jos ohjetta ei ole noudatettu. Terveystenhoitohenkilöstö nimittää seurantakäyntejä ”kontrolleiksi”. Jälkikiehäyspillereitä kutsutaan ”katumuspillereiksi”. Usein lääkärin rooliin liitetään rankaisevan tai vaativan vanhemman modaliteetti. Ajan hengen mukaista on vaatia potilailta itsehoitoa (koska ei ole aikaa tai voimavaroja) ja voimaantumista, ilman että tälle olisi edellytyksiä tai että olisi tarjota prosesseja tai rakenteita, joilla tämä olisi saavutettavissa. Tällaisessa tilanteessa terveydenhoitojärjestelmä toimii hylkäävän tai vaativan vanhemman moodissa.

Lääkäri voi ajautua myös mukautuvan antautujan moodiin. Tämä saattaa olla yleistyessä: aika- ja suoritepaineissa tai ylikompensoivan potilasasiakkaan luoman paineen myötä mukautuva antautuminen saattaa olla helpointa. Toiminnassa tämä ilmenee siten, että tehdään läheteitä tutkimuksiin, joita ei oikeastaan olisi tarpeen tehdä, määrätään useita lääkkeitä ja tehdään epätarkkoja diagnooseja. Suhteellisen virallisissakin yhteyksissä potilastyötä kutsutaan ”kattomiseksi” – kuvanneeko tämä mukautuvan antautujan vai eristäytyneen suojautujan moodia? Jäykkä asiantuntijarooli saattaa myös olla ylikompensoijan tai eristäytyneen suojautujan moodi.

Suojautumismoodit voivat olla hyviä tai välttämättömiäkin ratkaisuja ohimeneviin tai nopeisiin kuormittaviin tilanteisiin, joissa toimintalinjat ovat selkeät. Ne eivät kuitenkaan edistä ratkaisuja, joissa tarvitaan pidempiaikaista sitoutumista. Selviytymismoodit eivät herätä motivaatioita. Vaativan ja rankaisevan

vanhemman moodit eivät myöskään motivoi, koska ne aktivoivat selviytymismoodeja. Empatia ei ole syntyäkseen suhteessa, jossa ollaan maladaptiivisessa vanhemman tai selviytyjän moodissa.

## Onko olemassa tervettä paternalismia?

Hyvät klinikot ovat aina tienneet, että paranemista edistävään potilas-lääkärisuhteeseen kuuluu asiantuntijuuteen perustuvan diagnostiikan ja hoidon lisäksi muun muassa lohduttamista, kannustamista, validoimista, hoivaa, rajojen asettamista ja leikkiäkin. On luonnollista ja tavoiteltavaa, että vastaanoton aikana lääkäri on potilasta enemmän terveen aikuisen moodissa ja potilas puolestaan lääkäriä enemmän lapsimoodissa. Hyvään potilas-lääkärisuhteeseen sisältyy moodien joustavaa dynamiikkaa: potilailta saatu hyvä palaute ja kiitokset aktivoivat myös lääkärin ”luonnollisen lapsen” moodin ja samalla parantavat lääkärin motivaatiota. Vuorovaikutukseen saattaa sisältyä myös huumoria tai innostusta, jolloin molemmat saattavat piipahtaa luonnollisen lapsen moodissa. On hyvä tietää potilaasta muutakin kuin suoraan sairauteen liittyviä seikkoja. Kun tietää tarpeeksi työstä, harrastuksista ja perheestä, tulee kutsuneeksi vastaanotolle moodeja, jotka edistävät tasapainoisen suhteen syntymistä. Tällä tavalla kohtaa usein potilaan terveen aikuisen moodin, jonka kanssa voi tehdä yhteistyötä. Joskus potilaat jakavat elämänsä katsomukseensa ja kokemukseensa perustuvia neuvoja, jotka lääkäri voi ottaa tyytyväisenä vastaan.

Hoito- ja tutkimuspäätökset tulisi tehdä terveen aikuisen moodissa, niin että ainakin lääkäri on tässä moodissa. Terveen aikuisen moodi mahdollistaa lapsimoodien aktivoitumisen. Tämä on toivottavaa, koska niissä on muutoksen, kasvun, kehityksen ja motivaation mahdollisuus. Lääkärin tulisi välttää maladaptiivisen vanhemman rooleja, vaikka niihin on helppo ajautua. Usein vastaanotolla potilaan maladaptiivisen vanhemman moodi näyttyy niin, että hän soimaa itseään, uhkaa itseään kurilla ja saattaa kutsua lääkäriään tähän

mukaan. Siihen ei kuitenkaan kannata ryhtyä. Tässä moodissa saavutetut tulokset ovat usein ristiriitaisia ja lyhytaikaisia. Esimerkiksi aikuistyyppin diabeetikko saattaa kyllä laihtua äärimmäisillä keinoilla paljonkin, mutta todennäköisesti paino nousee intervention jälkeen yli lähtötason, kun moodi vaihtuu.

Vaativan vanhemman interpersonaalisisa moodissa olevan potilaan hoitaminen on kuormittavaa. Institutionaalisisa lääketieteen harjoittamisessa on sinällään vaativan vanhemman modaaliteettia runsaine vaatimuksineen sekä alati muuttuvine hoitosuosituksineen ja käytäntöineen. Haavoittuvan, vihaisen tai impulsiivisen lapsen moodit lääkärillä vastaanoton aikana ovat ongelmallisia, vaikka ne pyrkivät ammatin paineissa aktivoitumaan. On tärkeää, että lääkärillä olisi suojautumismoodien lisäksi muitakin keinoja vaikeiden tilanteiden kohtaamiseen. Niitä tulisi käsitellä sisäisellä moodityöskentelyllä terveen aikuisen moodin kautta. Tämänlaatuista prosessia edistää turvallinen, tukea antava työyhteisö ja työnohjaus.

Moodeja voidaan käyttää potilas-lääkärisuhteen sävyjen käsitteellistämiseen. Niitä ei tulisi ottaa liian kirjaimellisesti tarkkoina kuvauksina vaan eräänlaisina karikatyyreinä tai karttamerkkeinä. Ne muodostavat metakognitiivisen tason, jota vasten toimintaa voi peilata. Kartta on maaston ja maiseman metakognitiivinen taso. Sen perusteella on vaikeaa tai mahdotonta päätellä, miltä maastossa tarkalleen näyttää tai mistä marjat ja sienet löytyvät, mutta sen avulla voi suunnistaa eksymättä ja välttyä vajoamasta suohon.

## Metaforat näkökulman avartajana ja suhteellistajana

Metaforien avulla tilanteet jäsentyvät uudella tavalla (Beck 1995, Toskala 2001). Terveiden ja sairauden käsitteet näyttävät usein jyrkän mustavalkoisina ja potilaan kokemat oireet uhkaavina. Tämä aiheuttaa monesti sopeutumista vaikeuksia ja haitallisia suojautumisreaktioita. Nykylääketieteessä hoidetaan usein riskejä, joihin liittyy vain vähäisiä oireita (esim. verenpaine, kolesteroli). Joskus hoito voi olla pel-

kästään ehkäisevää (tartuntatautirokotteet). Monet löydökset asettuvat sairauden ja terveyden välimaastoon (esim. irtosolulöydökset, paksusuolen polyypit, resistentin bakteerin kantajuus). Sama oire (esim. päänsärky) voi olla yleistä ja vaaratonta oireilua tai merkki vakavasta tilasta. Tällainen epämääräinen uhan ilmapiiri on hämmentävä.

On usein hyödyllistä käsitteellistää tilanne käyttäen vertauskuvaa, joka on potilaan arkikokemuksesta tuttu. Metabolisen oireyhtymän riskitekijöiden hoitoa voi perustella vaikkapa näin: ”Ajat talvella autoa, jossa on kesärenkaat. Lisäksi turvavyö on rikki. Voi myös olla, että tuulilasinpyyhkimet ovat kuluneet ja sataa räntää. Jokainen näistä seikoista lisää onnettomuuden riskiä. On totta, että useimmiten pääset kuitenkin perille tälläkin autolla. Silti on järkevää vaihtaa talvirenkaat sekä korjata turvavyö ja pyyhkimet.” Potilas saattaa olla huolissaan haittavaikutuksista, jolloin voi jatkaa: ”Sekin on totta, että talvirenkaista tulee enemmän melua. Jos seuraava päivä sattuu olemaan kuiva talvipäivä ja asfaltti on jossakin kohdassa paljasta, niin itse asiassa kesärenkaat toimisivat juuri tuolla hetkellä paremmin. Turvavyön käyttökin on hieman vaivalloista ja joskus epämukavaa. Haitat ovat kuitenkin aika vähäisiä ja riskit epätodennäköisiä, jos vertaa siihen, että ajaa jatkuvasti talvella kesärenkailla ja ilman turvavyötä. Samalla tavalla on viisasta ja turvallisuutta lisäävää hoitaa kohonnutta verenpainetta ja suurentuneita kolesterolin ja sokeriarvoja”.

## Lopuksi

Empatia kuuluu olennaisesti psykoterapeuttiseen vuorovaikutukseen. Potilaan kokemus empatiasta on yhteydessä terapian tuloksellisuuteen, ja se on jopa sen paras ennustaja (Kuusinen 2007). Myös lääketieteen viitekehyksessä lääkärin lämpö ja empatia ovat keskeisiä seikkoja (Dunbar ym. 1980, WHO 2003). Tietoa jakavien, kumppanuutta rakentavien ja emotionaalista tukea tarjoavien lääkäreiden hoitotulokset ovat parempia kuin niiden lääkäreiden, jotka eivät hallitse tänä päivänä vuorovaikutusta (Stewart 1996, WHO 2003). Tätä selitetään muun muassa hoitoon sitoutumisen paranemisella.

Empatia vaatii eläytymistä eli kykyä tuntea toisen emotionaaliset tekijät ja merkitykset säilyttäen kuitenkin oma perusta ja henkinen erillisyyden. Oikein käytettynä kognitiivinen viitekehys luo hyvät olosuhteet empatian syntymiselle. Tämä vaatii kuitenkin oman panostuksensa. On mahdollista, että vastaanottohuoneen ovi ei käy yhtä tiuhaan kuin jotakin toista menetelmää hyödyntävällä lääkärillä. Tuotantotaloudellisesta suuntautuneen konsultin mielestä tämä voi vaikuttaa tehottomalta. Sitä se ei ole. Ainakaan perusterveydenhuoltoon ei pitäisi soveltaa autoteollisuudesta omaksuttuja oppeja. ■

**ANTTI LÄHTEENMÄKI, LL, kognitiivinen psykoterapeutti (YET)**  
Helsingin terveystieteiden keskus

**SIDONNAISUUDET**  
Ei sidonnaisuuksia

## Summary

### Cognitive methods during medical consultation

An essential method of cognitive psychotherapy is a precise, situation-focused interview, during which interpretations, emotions and behavior are taken into account. This work mode is also suited for medical consultation. In cognitive psychology, schemes and modes are identified that may be helpful for analyzing the patient-doctor relationship. Empathy may improve patient outcome. Properly applied cognitive methods facilitate the evolution of empathy.

#### KIRJALLISUUTTA

- Bamber M, McMahon R. Danger-early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clin Psychol Psychother* 2008;15:96–112.
- Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press 1979.
- Beck JS. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press 1995.
- Dunbar J, Agras W. Compliance with medical instructions. Kirjassa: Ferguson J, Taylor C, toim. *The comprehensive handbook of behavioral medicine*. New York: Springer 1980, s. 115–45.
- Hakanen A. Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007, s. 15.
- Karila I. Skeematerapia persoonallisuushäiriöissä. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007, s. 202–21.
- Kuusinen K-L. Terapeuttinen vuorovaikutus. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007, s. 41.
- Kuusinen K-L. Yleiskatsaus kognitiivisiin terapioihin. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2001, s. 12.
- Mc Cullough, JP. *Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: The Guilford Press 2000.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ* 1995;152:1423–33.
- Toskala A. Sosiaalinen fobia ja paniikkihäiriö. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2001, s. 121.
- World Health Organization. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen: Näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki: Lääketietokeskus 2004, s. 139–140.
- Young JE, Klosko JS, Weihaar ME. *Schema therapy*. New York: The Guilford Press 2003.