



WiseMind
Psychotherapies & Consulting

Masennus ja mielialansäätely

Käyttäytymisterapian perusteet -koulutusohjelma

Teemu Ryhänen

Kouluttajapsykoterapeutti (VET), käyttäytymisanalyytikko

1



**DEMAND
EVIDENCE
AND
THINK
CRITICALLY**

2

Agenda

- Mitä on mieliala ja masentuneisuus?
 - Masentuneisuuden diagnostiikka
 - Masennus nuorilla
 - Masentuneisuus ja itsetuhokäyttäytyminen
- Masennuksen yleinen KKT-hoito-ohjelma
- Kroonisen masentuneisuuden hoito CBASP-menetelmällä
- Käyttäytymisen aktivointi
- Masennuksen kognitiivinen psykoterapia (Beck, Ellis)
- Perfektionismin hoito
- MBCT toistuvien masennusten hoitona
- Kokoava hoitomalli (UP) emotionaalisten häiriöiden transdiagnostiseen hoitoon
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja sen hoito

3

*"Luonto on asettanut ihmiskunnan kahden suvereenin
hallitsijan alaisuuteen, kivun ja mielihyvän.
Vain niiden tehtävänä on osoittaa mitä meidän tulee tehdä,
ja ne myös määrittävät mitä lopulta teemme."*

*(Jeremy Bentham: An Introduction to the Principles of Morals and Legislation,
1789. Vapaa käännös.)*

Mitä on mieliala ja masentuneisuus?

Diagnostiikka, aikuisten, lasten- ja nuorten masentuneisuus



WiseMind
Psychotherapies & Consulting

4

Mielialahäiriöt

- Mielialahäiriöiden kaksi päätyyppiä ovat masennus (tai unipolaarinen masennus) ja kaksisuuntainen mielialahäiriö.
- Masennus (tai unipolaarinen masennus), sisältää seuraavat alatyypit:
 - Vakava masennus
 - Vakava masennus (toistuva)
 - Vakava masennus psykoottisilla oireilla (psykoottinen masennus)
 - Dystymia
 - Synnytysmasennus
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö, sisältää seuraavat alatyypit:
 - Tyyppi I
 - Tyyppi II
 - Syklotymia

5

Depression diagnostiikka ICD-10

Oirekriteerit	Oirekuva
A.Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	
B.Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa 2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää. 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys

6

Depression diagnostiikka ICD-10

Oirekriteerit	Oirekuva
C. Jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen-laskien) vähintään neljä	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen 5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itesyytökset 6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen 7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna 8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu 9. Unihäiriöt 10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

7

Masennus Suomessa -THL

- Joka neljäs-viides suomalainen sairastuu masennukseen elämänsä aikana ja yli puolella heistä se uusi.
 - Viimeisen vuoden aikana masennustilajakson sairastaa noin 5-7 %.
 - Tälläkin hetkellä reilusti 200 000 suomalaista on depressiossa, mutta heistä ehkä vain joka kolmas on hoidon piirissä.
- Naisilla sairastuminen on tavallisempaa kuin miehillä.
 - riski miehiin verrattuna kaksin-kolminkertainen.
- Masennus on tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ohella suurin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy Suomessa.
- Yleisimpiä masennusta aiheuttavia somaattisia sairauksia ovat esimerkiksi sokeritauti, sepelvaltimotauti, erilaiset syövät, kilpirauhasen liika- tai vajaatoiminta ja Parkinsonin tauti.
- Lääkeaineista masennukselle voivat herkistää muun muassa beetasalpaajat, hormonikorvaushoitovalmisteet ja kortikosteroidit.
- Voimakkaimpia masennustiloille altistavia tekijöitä ovat aikaisemmin sairastetut masennustilat, psykososiaaliset stressitekijät sekä perinnölliset tekijät.
 - Fyysinen sairaus, muu mielenterveyden häiriö tai päihteiden käyttö voivat myös altistaa masennustiloille.
- Monoamiinihypoteesi, masennuksen neurokemiallinen tausta?
 - serotoniinin, noradrenaliinin ja dopamiinin aineenvaihdunnan muutokset

8

- Serotonin—improves willpower, motivation, and mood
- Norepinephrine—enhances thinking, focus, and dealing with stress
- Dopamine—increases enjoyment and is necessary for changing bad habits
- Oxytocin—promotes feelings of trust, love, and connection, and reduces anxiety
- GABA—increases feelings of relaxation and reduces anxiety
- Melatonin—enhances the quality of sleep
- Endorphins—provide pain relief and feelings of elation
- Endocannabinoids—improve your appetite and increase feelings of peacefulness and well-being

9

Masennus ja maailma, jossa elämme.

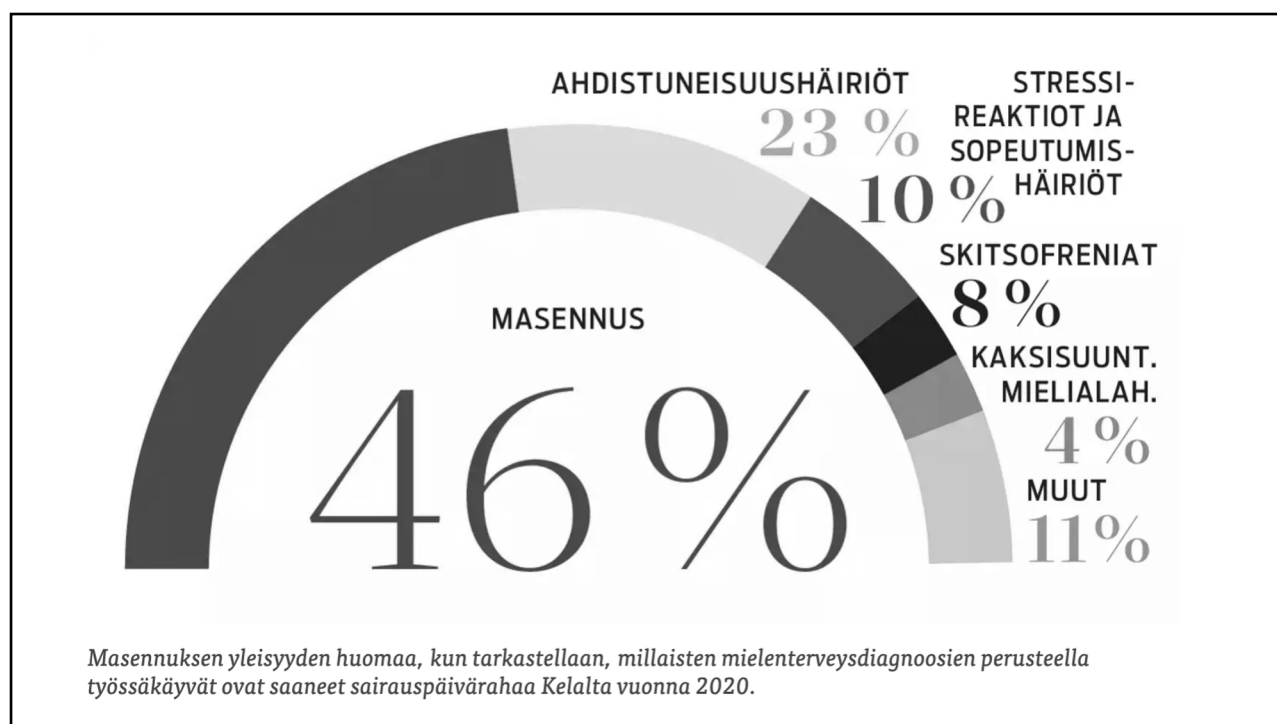
- Suomessa panostetaan edelleen aivan liian vähän masennuksen hoitoon siihen nähden, että kyse on merkittävästä kansantaudista. Hyvää hoitoa on jo olemassa. Ongelmana on pikemminkin sen saatavuus (Noora Scheinin, TYKS).
- Masennus on suurin yksittäinen syy suomalaisten sairauseläkkeisiin (Jukka Kärkkäinen, THL).
 - Vuosittain yli 4 000 ihmistä jää sen vuoksi pois työelämästä määräajaksi tai pysyvästi.
 - Syytä sille, miksi työkyvyttömyyseläkkeet ja sairauslomat ovat lisääntyneet, vaikka masennushäiriöt eivät ole, ei tiedetä tutkitusti.
 - Mahdollisia syitä ovat esimerkiksi työ- ja vapaa-ajan vaatimusten ja kuormittavuuden lisääntyminen. Monissa töissä esimerkiksi pelkkä ammatillinen tai tekninen osaaminen eivät enää riitä.
 - Taustalla vaikuttanevat myös positiiviset muutokset suhtautumisessa mielenterveyteen. Masennukseen liittyvä stigma on vähentynyt, ja kynnys hakea apua madaltunut. Myös palveluja on tarjolla paljon aiempaa enemmän.
 - ”Meillä on muitakin kansansairauksia, ja niitä hoidetaan ja saadaan tilanne nopeasti hallintaan, mutta masennuksen kohdalla tapahtuu liikaa kroonistumista.” (Ylilääkäri Jukka Kärkkäinen, THL)

10

”Kyllähän kaikkia sairauksia pitäisi alkaa heti hoitamaan, kun sairaus todetaan. Ei tuoreeltaan puhjennutta diabetestä kovin kauaa seurata ilman interventiota ja hoitosuunnitelmaa.”

Biologisen psykiatrian dosentti Noora Scheinin, TYKS

11



12

Hasse Karlsson ja Markus J. Rantala: Toinen näkemys masennuksesta

- Masennusdiagnoosin saaneiden ihmisten oireet eroavat paljon toisistaan.
- Huonot elintavat vaikuttavat aivoihin.
 - Länsimaalaisilla masennuksen suurin yksittäinen taustatekijä on stressistä ja huonoista elintavoista johtuva matala-aktiivinen tulehdus. Tämä aivojen välittäjäaineiden toimintaan ja sitä kautta mielialaan vaikuttava tulehdustila on 60 prosentilla masennuspotilaista.
 - Kun matala-aktiivista tulehdusta on hoidettu tulehduskipulääkkeillä, myös masennuksen oireet ovat vähentyneet.
 - Ilmiötä on tutkittu aiheuttamalla terveille ihmisille keinotekoisesti matala-aktiivinen tulehdus. Osalla tutkittavista on esiintynyt jopa itsetuhoisia ajatuksia.
- Markus Rantala esittää tuoreessa artikkelissaan yhdessä psykiatrian professori **Hasse Karlssonin** kanssa, että masennus johtuu 12 eri syystä ja että hoito on kohdennettava syiden, ei oireiden mukaan.

13

Masennuksen 12 syytä (Rantala & Karlsson)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Infektiot | 7. Hylkääminen rakkaussuhteessa |
| 2. Pitkäkestoinen stressi | 8. Synnytys |
| 3. Yksinäisyys | 9. Vuodenaikojen vaihtelut |
| 4. Traumaattiset kokemukset | 10. Kemikaalit, esimerkiksi päihteet |
| 5. Hierarkia-konfliktit | 11. Ruumiillinen sairaus |
| 6. Suru | 12. Nälkiintyminen |

- Samalle potilaalle voi osua useampi masennustyyppi yhtä aikaa, mikä osaltaan selittää oireiden kirjoa.

Depression subtyping based on evolutionary psychiatry: Proximate mechanisms and ultimate functions
Markus J. Rantala, Severi Luoto, Indrikis Krams, Hasse Karlsson
Brain, Behavior, and Immunity, 2018.

14

Kyvyttömyys tuntea mielihyvää (anhedonia)

- Anhedonia, kyvyttömyys kokea mielihyvää, kuuluu monien psykiatristen sairauksien oirekuvaan ja on yksi masennuksen pääoireista.
- Terveellä ihmisellä mielihyväjärjestelmä palkitsee mutta myös ohjaa mielenkiintoa ja pitää yksilön aktiivisena.
 - Monesti anhedoniaan liittyykin toiminnan kapeutuminen.
- Masennus on - paitsi mielihyvän kokemista - myös mielihyvän kokemisen vähentymistä.
 - Tämä vaikuttaa negatiivisesti myös sosiaaliseen kanssakäymiseen, koska masentunut ei saa mielihyvää ihmiskontakteista.
 - Sosiaalinen syrjintä ja deprivatio aktivoivat aivoissa mielihyvään liitetyt aivoalueet, jolloin tila on aivoaktivaatioiden perusteella osittain rinnastettavissa kivun kokemiseen.

15

Kolmetoista sadasta eurooppalaisesta sairastuu vakavaan masennukseen elämänsä aikana



Lähde:
Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl.

mielenterveysseura.fi

mieli

16

Masennustiloja esiintyy paljon mm.

- naisilla
- yksin asuvilla, eronneilla ja leskillä
- matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla
- vähän koulutusta saaneilla
- pitkäaikaisesti työttömillä
- pienten lasten yksinhuoltajilla
- pitkäaikaissairailla
- kroonisesti somaattisesti sairaila
- tupakoivilla
- päihdeongelmaisilla
- muista mielenterveyshäiriöistä kärsivillä

Lähde: Lundbeck

17

Masennus nuorilla

- Nuoren depression ydinoireet ovat samat kuin aikuisilla:
 - masentunut mieliala, uupumus ja mielenkiinnon menetys.
- Nuorten depressioissa voi korostua
 - ärtyneisyys, vihaisuus ja reaktiivinen epäsosiaalinen oireilu.
- Myös mielialojen vaihtelu on nuorilla aikuisia yleisempää.
- Masennuksen ilmaantuvuus kasvaa puberteetin jälkeen, ja uusien masennusjaksojen alkaminen on todennäköisintä 15–18-vuotiailla.
- Tytöillä riski on noin kaksinkertainen poikiin verrattuna.
- Huomattava osa (40–80 %) masentuneista nuorista kärsii jostakin muusta samanaikaisesta mielenterveyden häiriöstä, tavallisimmin ahdistuneisuushäiriöstä, tarkkaavuus- ja käytöshäiriöstä tai päihteiden väärinkäytöstä.
- Valtaosa depressiota sairastavista nuorista (70–90 %) toipuu vuoden kuluessa, mutta masennusjaksoilla on voimakas uusiutumistaipumus; jopa 70 % sairastuu uudelleen viiden vuoden kuluessa.

18

Masennus nuorilla

- Sekä masennusoireet että masennus mielenterveyshäiriönä yleistyvät nuoruudessa.
- Alle 12-vuotiailla lapsilla masennus on harvinaista, heistä ehkä 0,5–2,5 prosenttia kärsii siitä.
- Nuoruusiässä masennus yleistyy ja useimmiten siihen sairastutaan ensi kertaa 15–18-vuotiaana.
- Nuorista 5–10 prosenttia sairastaa masennusta, pitkäaikaista (yli vuoden kestävä) 1–2 prosenttia.
- Lasten masennustilat ovat yhtä yleisiä tytöillä ja pojilla, mutta nuorten tyttöjen masennustilat ovat kaksi kertaa yleisempiä kuin poikien.
- Masennuksesta kärsivistä nuorista noin joka toisella on joku muu mielenterveyden häiriö, eräiden tutkimusten mukaan jopa neljällä viidestä.
 - Masennuksen kanssa yhtäaikaista mielenterveyshäiriöitä ovat yleensä ahdistuneisuus, käytös- ja tarkkaavuushäiriöt sekä päihdehäiriöt.
 - Masennukseen voi liittyä myös syömishäiriöitä ja ruumiillisia sairauksia.

19

Masentunut nuori voi oireilla näin:

- Kiukkuisuutta, ärtyneisyyttä ja vihaisuutta
- voimakkaita mielialan vaihteluja
- pitkäaikaista ikävystyneisyyttä ja eristäytymistä
- epämääräisiä ruumiillisia vaivoja
- jatkuvaa levottomuutta
- heikentynyttä suoriutumista
- unettomuutta tai voimakasta väsymystä
- voimakkaita itsetuhoisia ajatuksia ja itsemurhayrityksiä.

Koulussa voi näkyä...

- Käytösongelmia etenkin pojilla
- Syrjään vetäytymistä etenkin tytöillä
- Oppimisvaikeuksia
- Suoriutumisen heikentymistä
- Keskeyttämistä
- Poissaoloja tai oppituntien häiritsemistä
- Voimakasta väsymystä, joka voi haitata koulutyöskentelyä
- Kiusaamista
- Kiusatuksi tulemistä.

Varttuneemmilla nuorilla masennukseen liittyy usein myös

- päihteiden väärinkäyttöä
- itsemurhayrityksiä
- irrallisia seksisuhteita etenkin tytöillä.

jotkut, useammin pojat voivat oireilla myös

- käyttäytymällä epäsoviaisesti aiemmasta poiketen
- pikkurikollisuudella
- ilkeillä.

20

Masennus ja itsetuhokäyttäytyminen

- Depressio on keskeisin yksittäinen itsemurhan vaaratekijä.
- Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden, vaikeimmista masennustiloista kärsivien potilaiden itsemurhavaara on noin 20-kertainen normaaliväestöön verrattuna.
- Kaikista itsemurhista noin kahden kolmasosan on todettu liittyvän masennustiloihin, mikä tarkoittaa noin 600:aa masennustilaan liittyvää itsemurhaa Suomessa vuosittain.
- Useimmissa depressioon liittyvissä itsemurhatapauksissa potilas ei ole saanut asianmukaista hoitoa depressioonsa

21

Masennus ja itsetuhokäyttäytyminen

- Itsemurhavaaran arviointi on keskeinen hoidon suunnittelussa huomioitava tekijä.
- Depressiopotilaalta on syytä kysyä itsetuhoajatusten esiintymistä.
- Itsemurhan vaara on sitä suurempi, mitä vaikeammasta masennustilasta on kysymys.
- Muita itsemurhavaaraa merkittävästi lisääviä tekijöitä ovat:
 - aiemmat itsemurhayritykset
 - lähiomaisen itsemurha
 - samanaikainen päihdeongelma
 - persoonallisuushäiriö
 - miessukupuoli
 - syvä toivottomuus
 - itsemurhamenetelmän saatavilla olo.
- Itsemurhavaaraa voidaan arvioida myös sen perusteella,
 - kuinka intensiivisiä masennustilasta kärsivän itsemurha-ajatukset ovat
 - onko potilaalla konkreettinen itsemurhasuunnitelma
 - onko hän ryhtynyt valmistelemaan teon toteuttamista.

22

Kohti depressiivisen käyttäytymisen kattavaa funktionaalista analyysia. Viisi ympäristötekijää ja pari muuta mahdollista teoriaa.

- Depressiivinen käyttäytyminen on henkilön käyttäytymisen ja ympäristön vuorovaikutuksen sivutuote
 1. käyttäytymistä vahvistavien seurausten puute ympäristössä
 2. käyttäytymisvasteiden liiallinen rankaisu ympäristössä
 3. tehokkaan operantin käyttäytymisen puuttuminen
- Depressiivinen käyttäytyminen on operanttia käyttäytymistä, jota kontrolloi...
 4. positiivinen vahvistussuhde tai
 5. negatiivinen vahvistussuhde
- Toisaalta depression mahdollisesti kehittyä
 6. epäonnistumisesta kehittää säännönohjaamaa käyttäytymistä tai liiallisesta turvautumisesta säännönohjaamaan käyttäytymiseen tai
 7. kun ympäristötekijät edesauttavat masentuneisuuden kehittymistä, ne voidaan nähdä ennakoivina tekijöinä (establishing operations) masennukselle

23

Masennuksen funktionaalinen analyysi selkosuomella:

Toward a Comprehensive Functional Analysis of Depressive Behavior: Five Environmental Factors and a Possible Sixth and Seventh
Kanter et al. The Behavior Analyst Today, Volume 6, Number 1, 2005

1. Henkilö masentuu, koska hänen käyttäytymisestään ei ole tarpeeksi miellyttäviä seurauksia.
2. Henkilö masentuu, koska mitä tahansa hän tekeekin niin siitä on vain epämiellyttäviä seurauksia.
3. Henkilö masentuu, koska hän ei tiedä, miten tulisi eri tilanteissa toimia.
4. Henkilö masentuu (tai masentuneisuus pysyy yllä), koska masennuksen tuottamat oireet tuottavat jonkin laista etua henkilölle
5. Henkilö masentuu (tai masentuneisuus pysyy yllä), koska masennuksen tuottamilla oireilla pääsee eroon jostakin epämiellyttävästä esim. väkivallan uhasta
6. Henkilö masentuu, koska hän ei pysty ennustamaan, mitä hänen käyttäytymisestään seuraa tai ajatuksissaan ennustaa uhkaa
7. Henkilö masentuu, jos hänen olosuhteensa edesauttavat sitä esim. Väsymys tai nälkä aiheuttaa pako- tai vetäytymiskäyttäytymistä, joka ajan mittaan taas saa aikaa mielialan laskua.

24

Vahvistusdeprivaatiomalli

- Positiivisen vahvistuksen vähyys tai puuttuminen masennuksen taustalla on teoriana miltei kaikissa käyttäytymisanalyttisissa ja –terapeuttisissa malleissa.
 - Positiivisen vahvistuksen vähyys vähentää käyttäytymistä määrällisesti että kaventaa käyttäytymisvariaatiota.
- Skinner (1974), Fester (1973) ja Lewinsohn (1974, 1975) painottivat, että depressio on seurausta vahvistusdeprivaatiosta. Samoin Dougher ja Hackbert (1994) kuvasivat vähäisen vahvistuksen, sammumisen ja rankaisun seuraussuhteina merkityksellisiksi depressiossa.
- Nykyiset tutkimukset liittävät depressioon useita käyttäytymisen periaatteita, mukaan lukien vahvistuksen puuttumisen, käyttäytymiskuormitus, vahvistuseroosio ja taitopuutteet.

25

Vahvistusdeprivaatiomalli

- Vahvistuskatoa aiheuttaa mm. puolison kuolema tai ero, työttömäksi joutuminen tai eläke, sijoittuminen uuteen ympäristöön, fyysisen tai kognitiivisen aktiviteetin menetys vammautumisen, sairastumisen tai ikääntymisen seurauksena.
- Vahvistuseroosio termiä käytetään mm. käyttäytymisterapeuttisessa parisuhdeterapiassa (Jacobson & Margolin, 1979), jossa sillä kuvataan tilannetta, missä puoliso ei enää tuota samanlaista mielihyvää kuin suhteen alussa.
- Tutkimukset osoittavat kiistattomasti, että riski masennukseen kasvaa suurten negatiivisten elämäntapahtumien jälkeen. (Billings & Moos, 1984)
 - Kuitenkin useimmat masentuneet eivät raportoi isoja negatiivisia elämäntapahtumia vaan enemmänkin useita mutta pieniä stressoreita.

26

Masennus

Psykososiaaliset hoidot

"What's depression like?"
he asked.



"It's like drowning. Except
you can see everyone else
around you breathing."

27

Onko psykososiaalisista hoidoista apua ja toimiiko oma-apu-oppaat myöskin?

- Masennukseen on olemassa monenlaisia hoitoja.
 - Masennuslääkkeiden käyttö on yleistä ja ainakin parista eri terapiasuuntauksesta on osoitettu olevan hyötyä.
 - Masennuksen ennuste on hyvä, jos sitä hoidetaan oikein.
- Pelkällä terapialla (psykoterapia, käyttäytymisterapia, terapeuttinen konsultaatio) on vaikutusta masennukseen ja se ehkäisee myöskin relapsoitumista. (Seligman, 1995)
- Terapiat ovat myöskin osaltaan vaikuttamassa yhdistettynä lääkehoitoon (Elkin et al, 1989)
- Lääkkeet yksinkin auttavat toipumaan masennuksesta mutta potilaat relapsoituvat herkästi, jos lopettavat lääkityksen.
 - Jonkinlaista evidenssiä on siitä, että psykososiaaliset hoidot ehkäisevät paremmin relapsoitumista (Hollon, Shelton & Loosen, 1991)
- On myös jonkin verran tutkimusta siitä, että kirjallisuusterapia (hieno nimi oma-apu materiaalien lukemiselle) yksistään voi olla tehokas hoito.
- Kaikkein lievimmissä masennuksen muodoissa liikunta voi olla teholtaan jopa lääkityksen tai psykoterapian veroinen. (Noora Scheinin, TYKS)
- On tärkeää, että potilaat oppivat sekä ymmärtämään masennuksen logiikkaa ja mekanismeja että kehittämään jonkinlainen toimintasuunnitelma sen hallitsemiseksi ja sen haitallisten vaikutusten lopettamiseksi.

28

Psykoterapia akuutin depression hoidossa (Käypähoitosuositus, Duodecim 2016)

- Lyhytkestoisesta akuuttivaiheen psykoterapiasta on osoitettu olevan eniten hyötyä depressiotilaille, joilla
 - on esiintynyt vähän aiempia masennusjaksoja
 - psykiatriset oireet ovat enintään keskivaikeita
 - on vähän monihäiriöisyyttä, kuten samanaikaisia persoonallisuushäiriöitä
- Lievien ja keskivaikeiden depressioiden akuuttivaiheen hoidossa voidaan käyttää joko yksin tai yhdessä lääkehoidon kanssa jotain seuraavista tähän mennessä vaikuttavaksi osoitetuista lyhytkestoisten terapioiden muodoista:
 - kognitiivinen psykoterapia (näytön taso A)
 - käyttäytymisen aktivointi (näytön taso A)
 - interpersonaalinen terapia (näytön taso A)
 - psykodynaaminen psykoterapia (näytön taso A)

29

Psykoterapia akuutin depression hoidossa (Käypähoitosuositus, Duodecim 2016)

- Ellei kyse ole moniongelmaisista potilaista, voidaan lähinnä lievien masennustilojen hoidossa käyttää myös
 - ongelmanratkaisuterapiaa (näytön taso A)
 - ratkaisu- ja voimavarakeskeistä terapiaa (näytön taso C)
 - hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (näytön taso C)
- Erityisesti perusterveydenhuollossa on lievän tai korkeintaan keskivaikean masennuksen hoidossa hyödyllistä käyttää sen piiriin kehitettyjä 6–8 istunnon psykoterapeuttisia hoitoja (näytön taso C).
- Psykoedukaatio ja itseapuoppaat ovat hyödyllisiä masennukseen liittyvien ilmiöiden ymmärtämisessä ja ilmeisesti auttavat vähentämään masennusoireita lieväoireisissa masennustiloissa (näytön taso B).

30

Psykoterapia akuutin depression hoidossa (Käypähoitosuositus, Duodecim 2016)

- Tietotekniikka-avusteiset ja internetterapiat (ns. nettiterapiat) soveltuvat täydentämään tavanomaista perustason hoitoa ja auttavat vähentämään masennusoireita pääosin lieväoireisissa masennustiloissa (näytön taso A).
- Keskimäärin puolet potilaista toipuu masennuksesta 4–6 kuukauden lyhytterapian jälkeen, ja valtaosalla hoitovaste on myönteinen. Merkittävällä osalla potilaista yksi lyhytterapian jakso ei siten ole riittävä pitkäaikaisen oireettomuuden saavuttamiseksi.
- Psykoterapiat ja masennuslääkehoito ovat lievissä ja keskivaikeissa depressioissa yhtä tehokkaita oireiden lievittäjänä. Niiden yhtäaikainen käyttö on kuitenkin selvästi tehokkaampaa kuin pelkästään jommankumman ja siksi yleensä suositeltavaa (näytön taso A).

31

Masentuneisuuden näyttöön perustuvat hoidot (APA)

1. Kognitiivinen käyttäytymisterapia, KKT (strong research support)
 - tehokas etenkin nuorilla, recovery rate 70 %.
 - Vähentää tehokkaasti sekä oireita että relapsiriskiä
 - CBT > lääkehoito, CBT=BT
2. Interpersoonallinen terapia, IPT (strong research support)
 - huono lopputulos, jos mukana paniikki-oireilua, heikko kognitiivinen kapasiteetti tai persoonallisuushäiriö
3. Kognitiivinen terapia + lääkehoito (strong research support)
 - yhdistelmähoitona tehokkaampi kuin molemmat yksistään
 - Pelkällä lääkehoidolla suurempi dropout rate
4. Käyttäytymisterapia / käyttäytymisen aktivaatio (strong research support)
 - Keskivaikeissa ja vaikeissa masennuksissa yhtä tehokas kuin lääkehoito ja tehokkaampi kuin kognitiivinen terapia

32

Masentuneisuuden näyttöön perustuvat hoidot

5. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)
 - Tehokas ehkäisemään masennuksen uusiutumista mutta vasta kolmannen masennusjakson jälkeen. Aiemmissa masennusjaksoissa yhtä tehokas kuin TAU.
6. Liikunnan harjoittaminen (Exercise Therapy)
 - Vanhusten vaikean masennuksen hoitoon
 - Auttaa myös kroonisiin terveysoongelmiin kuten verenpaineeseen, diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin
 - Voi suojata ja ehkäistä riskiryhmien masennukseen sairastumista
7. Valohoito
 - Tehokas kaamosmasennuksen hoidossa yli neljän viikon masennuksissa
8. Sähköhoito (ECT)
 - Psykoottinen masennus, unipolaarinen masennus ja bipo-masennus
9. Transcraniaalinen magneetti stimulaatio (TMS)
 - Lääkeresistenttien masennusten hoitoon
 - 30-40 min päivittäin 4-6 viikkoa
10. Vagus-hermo stimulaatio (VNS Therapy)
 - Vakavaan, hoitoresistenttiin masennukseen

33

Masentuneisuuden näyttöön perustuvat hoidot

11. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP (strong research support)
 - Kroonisen masennuksen hoito-ohjelma
12. Ongelmanratkaisuterapia (strong research support)
 - Nezu & D'zurilla, yksistäänkin tehokas hoito masennukseen
13. Self-Management / Self-Control Therapy (strong research support)
 - 10-session terapia, lapset, nuoret, aikuiset, vanhukset. Ryhmä- ja yksilösovellukset
 - Taitoharjoittelua, kotitehtäviä, opetuksellisia osioita
14. Acceptance and Commitment Therapy, ACT (modest research support)
 - Arvojen kirkastus, kognitiivinen defuusio ja mindfulness
15. Behavioral Couple Therapy (modest research support)
16. Emotion-Focused Therapy (Process-Experiential) (modest research support)
 - Greenberg. Estyneeseen emootioiden prosessointiin ja välttelyyn, 16-20 sessiota

34

Masentuneisuuden näyttöön perustuvat hoidot

17. Rational Emotive Behavioral Therapy (modest research support)

- Albert Ellis, irrationaaliset uskomukset, ABC-analyysi
- Vanhin kognitiivisen terapian muoto

18. Reminiscence/Life Review Therapy (modest research support)

- Vanhemmille aikuisille lievään ja keskivaikeaan masennukseen
- Elämäntarina, josta bongataan pos. ja neg. tapahtumia. Musiikkia ja valokuvia käytetään triggereinä

19. Self-System Therapy, SST (modest research support)

- Hoito ongelmalliseen itsesääteelyyn, henkilön motivaatio ja tavoitteet
- Menetelmiä IPT:sta, CT:sta ja BA:sta
- Hoidon kesto 20-25 sessiota

20. Short-Term Psychodynamic Therapy (modest research support)

35

290 P. Cuijpers *et al.*Table V. Effects of 15 therapies compared with control groups from randomized trials with low risk of bias: Hedges' g^a .

	N_{comp}	g	95% CI ^b	I^2	95% CI ^c	Prediction interval	NNT	g_{adj}	95% CI ^d	N_{imp}
All studies (low risk of bias)	103	0.48	0.42~0.55	69	62~74	-0.05~1.01	6.44	0.36	0.29~0.44	21
Generic types										
• CBT	55	0.50	0.40~0.60	73	64~79	-0.12~1.12	6.14	0.35	0.24~0.46	12
• 3rd wave therapies	6	0.60	0.43~0.76	0	0~61	0.37~0.83	4.99	0.54	0.40~0.69	3
• BAT	8	0.78	0.52~1.03	73	31~85	-0.01~1.57	3.69	0.62	0.34~0.91	2
• PST	10	0.27	0.14~0.41	54	0~76	-0.14~0.68	12.25	0.21	0.06~0.36	2
• Psychodynamic	5	0.52	0.09~0.95	79	31~89	-0.98~2.02	5.88	0.23	-0.24~0.69	2
Specific types										
• CBT according to Beck	5	0.87	0.23~1.52	89	74~93	-1.56~3.30	3.26	0.41	-0.29~1.11	2
• CBT: CWD	13	0.34	0.18~0.49	56	0~75	-0.14~0.82	9.49	0.23	0.08~0.39	4
• Psychodynamic	5	0.52	0.09~0.95	79	31~89	-0.98~2.02	5.88	0.23	-0.24~0.69	2
• PST SET	6	0.35	0.14~0.56	62	0~82	-0.28~0.98	9.19	0.28	0.06~0.50	1

Abbreviations: BAT, behavioral activation therapy; CBT, cognitive behavioral therapy; CI, confidence interval; CWD, coping with depression course; g_{adj} , Hedges' g adjusted for publication bias; N_{comp} , number of comparisons; N_{imp} , number of imputed studies; NNT, numbers-needed-to-treat; PST, problem-solving therapy; SET, self-examination therapy.

^aaccording to the random-effects model.

^bthis give the 95% CI of.

^cthis give the 95% CI of.

^dthis give the 95% CI of.

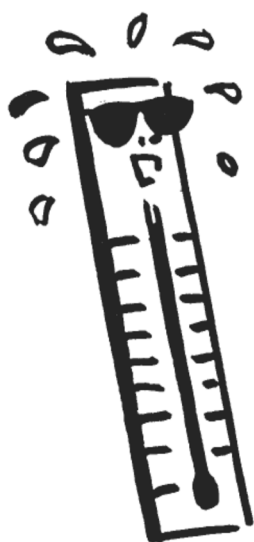
36

Masennuksen yleinen KKT-hoito-ohjelma (Leahy)

1. Arviointi (esim. 2-4 sessiota)
 - Mittarit ja kliininen arviointi
 - Itsemurhariskin arviointi
 - Mahdollinen lääkityksen aloitus
2. Hoitoon orientoiminen ja psykoedukaatio (esim. 2 sessiota)
 - Muutosmotivaatioon vaikuttaminen (mm. motivoivan haastattelun menetelmät)
3. Tavoitteiden asettaminen ja/tai arvojen kirkastaminen (esim. 1 sessio)
4. Käyttäytymisen aktivointi ja/tai muita käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä (arvojen mukaisiin aktiviteetteihin aktivointi).
5. Kognitiiviset intervettiot
 - Metakognitiivisen tietoisuuden lisääminen, ajatusten joustavuus, tilanteiden uudelleen tulkinta, realistisemman tilannekuvan opettelu, ongelmanratkasumenetelmä
6. Tulevien masennusjaksojen ehkäisyyn tähtäävät menetelmät
 - Mm. MBCT, mielialapäiväkirjan pitäminen
7. Hoidon päättäminen sekä oman kotihoito-ohjelman suunnittelu ja toteuttaminen

37

Mood Thermometer



Date	Sat.	Sunday	Mon.	Tues.	Wed.	Thurs.	Friday
The best	9	9	9	9	9	9	9
Much better	8	8	8	8	8	8	8
better	7	7	7	7	7	7	7
Better than regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Worse than regular	4	4	4	4	4	4	4
worse	3	3	3	3	3	3	3
Much worse	2	2	2	2	2	2	2
The worst	1	1	1	1	1	1	1

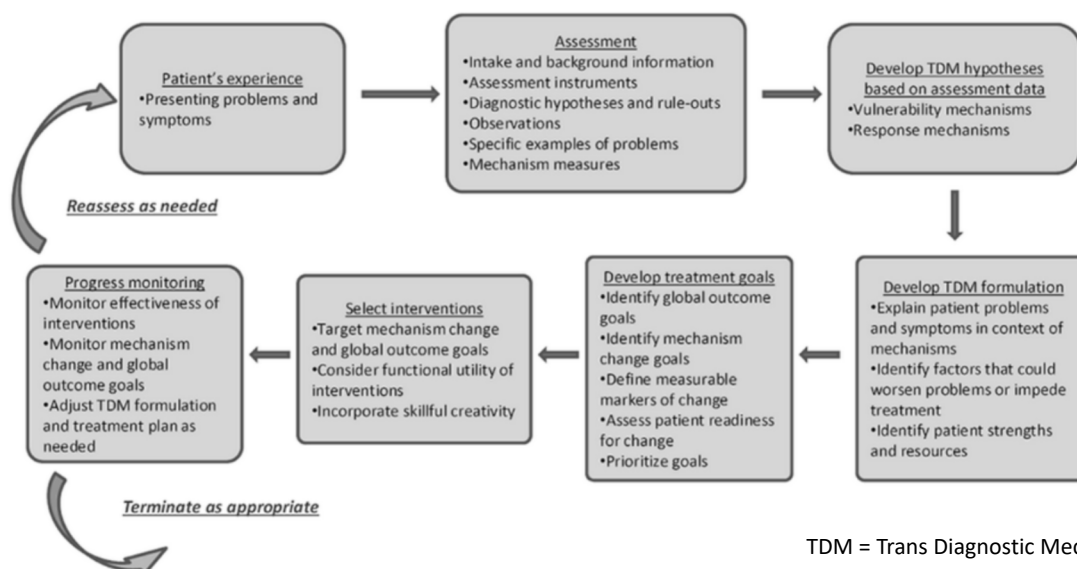
38

Advanced topic: Näihin muuttujiin pyritään vaikuttamaan masennuksen hoidossa

1. Kognitio (18,3 %)
 - Uskomukset
 - Kognitiivinen eriyttäminen (defuusio)
 - Kognitiivinen uudelleentulkinta
2. Affekti (19,3 %)
 - Hyväksyntä (olotilan)
 - Ahdistusherkyys
 - Itsemyötätunto
3. Havainnointi (10,6 %)
 - Tietoisuustaidot
 - Ruminaatio & huoliajatukset
 - Tietoinen toiminta (osallistuminen)
4. Itse, minuuteen liittyvät asiat (16,7 %)
 - Itse-pystyvyys
 - Itsesääätely
 - Uskonnollisuuteen tai henkisyyteen liittyvät asiat
5. Motivaatio (8,0 %)
 - Arvot
 - Intentiot, suuntautuminen
 - Tavoitteet
6. Käyttäytyminen (12,6 %)
 - Hallintataidot
 - Käyttäytymisen aktivoituminen
 - Välttely

39

The Role of TDMs in Treatment Planning



40

Manualisoitu masennuksen hoitomalli: Treatment manual for cognitive behavioral therapy for depression - Group Format.

- Kolmeen moduuliin jaettu hoitomalli
 1. Kuinka ajatukset vaikuttavat mielialaan?
 2. Kuinka aktiviteetit tai aktiivisuus vaikuttaa mielialaan?
 3. Kuinka ihmissuhteet vaikuttavat mielialaan?
- Jokaisessa moduulissa on neljä sessiota – yhteensä 12 sessiota.
- Yksilösession pituus on 50-60 min, josta ensimmäiset 15 min käydään läpi edellisen viikon tehtävää ja tunnepäiväkirjaa. Session viimeiset 5 min käytetään uuden viikkotehtävän suunnitteluun.
- Ryhmä 90-120 min
- Nuorten sovelluksessa on hyvä ottaa vanhemmat säännöllisesti mukaan hoitoon.
- Voidaan myös soveltaa ryhmämuotoisena.

41

Orientaatio sessio

- Ryhmämuotoisessa mallissa tai nuorten kanssa työskenneltäessä, tässä sessiossa voi olla mukana läheisiä tai vanhempia.
 - Ryhmässä käydään kaikkien nimet läpi ja osallistuja saa kertoa jotain itsestään
 - Vanhemmilta tai läheisiltä voidaan kysyä heidän huolistaan?
 - Selitetään salassapitokäytäntöjä.
 - Selvitetään KKT-hoidon periaatteita ja tarkoitusta.
 - Korostetaan osallistumisen tärkeyttä ja käydään läpi ryhmään liittyviä käytäntöjä (esim. miten ilmoitetaan poissaoloista ja miten henkilö saa tarvittavat materiaalit).
 - Vastataan erilaisiin kysymyksiin.

42

Moduuli 1: Kuinka ajatukset vaikuttavat mielialaan?

• Sessio 1

- Alkuun jokainen saa kertoa asioita itsestään mm. harrastuksista, omista vaikeuksistaan, mitä haluaisi muuttaa, jne.
- Tämän session tavoitteet: opitaan tuntemaan toiset paremmin, keskustellaan ryhmän säännöistä, opitaan kaikki masennuksesta, opitaan, miten ajattelu vaikuttaa mielialaan. Esitellään Mielialamittari[®] ja miten sitä täytetään.

• Sessio 2

- Mitä ajatukset ovat? Ajatuksesi pitkälti määrittävät mielialasi. Kuinka masentuneet ihmiset ajattelevat? *Negatiivisesti, jäykästi, tuomitsevasti*. Kuinka ei-masentuneet ihmiset ajattelevat? *He eivät määrittele itseänsä virheiden kautta, he oppivat niistä. Heillä on toivo muutoksista*. Opetellaan havaitsemaan joitain haitallisia ajatuksia. Ajatusvirheet.

43

Moduuli 1: Kuinka ajatukset vaikuttavat mielialaan?

• Sessio 3

- Niiden ajatusten lisääminen, jotka edistävät mielialaasi.
 - 1) Lopeta kaikki se, mitä olit tekemässä. 2) Hyvien ajatusten lista. 3) Onnittele itseäsi hyvistä asioista. 4) Kuvittele itsesi aikaan tulevaisuudessa, jolloin kaikki on paremmin.
- Niiden ajatusten vähentäminen, jotka heikentää mielialaasi.
 - 1) Ajatusten keskeyttäminen, 2) huolihetki (vihjekontrolloitu murehtiminen), 3) naura ongelmillesi, jos vaan pystyt, 4) kuvittele, mikä olisi kauheinta, mitä voisi tapahtua. 5) ole itsesi valmentaja (ihan kun valmentaisit jotain toista, valmenna itsesi ulos murheista).

• Sessio 4

- Väittele negatiivisten ajatustesi kanssa – A-B-C-D –metodi.
 - A = Activating event (mitä tapahtui?)
 - B = Belief (uskomus tai ajatus tai tulkinta)
 - C = Consequence (miten ajatus vaikutti)
 - D = Dispute (haasta negatiivinen ajatus)
- Tunnista ajatuksia, jotka tuottavat masentunutta mielialaa.
 - Minun pitää onnistua, kaikkien tulee tykätä minusta, olen paha ihminen, kukaan ei rakasta minua, tarvitsen kaikkien hyväksynnän...

44

Moduuli 2: Kuinka aktiivisuus vaikuttaa mielialaan?

• Sessio 5

- Aktiviteetit kertovat, miten voimme. Lopetatko asioiden tekemisen, koska tunnet itsesi masentuneeksi – tunnetko itsesi masentuneeksi, koska et tee asioita. Molemmiin päin – masennuksen kierre.
- Miellyttävien aktiviteettien ei tarvitse olla mitenkään erityisiä. Miellyttävien aktiviteettien lista. Joskus ajatukset tai toiset ihmiset aiheuttavat esteitä aktiviteettien kokemiseen.

• Sessio 6

- Kuinka aktiviteetit auttavat sinua voimaan paremmin.
- Aktiviteetteja pitää olla useita, ne pitää olla vaihtelevia, olisi hyvä jos olisi myös uusia aktiviteetteja, ne pitää aikatauluttaa kalenteriin.

45

Weekly Activities Schedule

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
8:00-9:00							
9:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-1:00							
1:00-2:00							
2:00-3:00							
3:00-4:00							
4:00-5:00							
5:00-6:00							
6:00-7:00							
7:00-8:00							
8:00-9:00							
10:00-11:00							
11:00 ...							

46

Moduuli 2: Kuinka aktiivisuus vaikuttaa mielialaan?

• Sessio 7

- Mitä tavoitteita sinulla on? Erilaisia tavoitteita: lyhytaikaisia-, pitkäaikaisia- ja elämäntavoitteita. Määritellään selkeitä ja konkreettisia tavoitteita.
- Hajota isommat tavoitteet pienempiin osiin. Pidä tavoitteet realistisina.
- Mitä esteitä sinulla on tavoitteiden tiellä?

• Sessio 8

- Masennus ja todellisuuden terve managerointi.
- Meidän todellisuus koostuu kahdesta eri maailmasta:
 - Objektiivinen maailma
 - Subjektiivinen maailma
- Kukaan ei hallitse täydellisesti näitä kahta mutta voimme löytää keinoja parempaan hallintaan.

47

Moduuli 2: Kuinka ihmissuhteet vaikuttavat mielialaan?

• Sessio 9

- Aloitetaan työskentely siitä, miten olet yhteydessä toisiin ihmisiin.
- Tekeekö masennus ihmisistä vähemmän sosiaalisia vai tekeekö vähemmät sosiaaliset kontaktit ihmisestä masentuneita?
- Sosiaalisen tuen merkitys.
- Ihmisten tapaaminen - kuinka muodostetaan ja ylläpidetään lämpimiä ihmissuhteita.
- Jämäkkyys

• Sessio 10

- Kun yritetään opetella, kuinka voida paremmin, kolmeen osa-alueeseen kannattaa kiinnittää huomiota. Kun olen ihmisten kanssa, mitkä ovat 1) ajatukseni, 2) tunteeni ja 3) käyttäytymiseni. Ja kun olen yksin niin, mitkä ovat 1) ajatukseni, 2) tunteeni ja 3) käyttäytymiseni.
- Mitkä ovat odotukseni? Mitä voin odottaa muilta ja mitä muut minulta?

48

Moduuli 2: Kuinka ihmissuhteet vaikuttavat mielialaan?

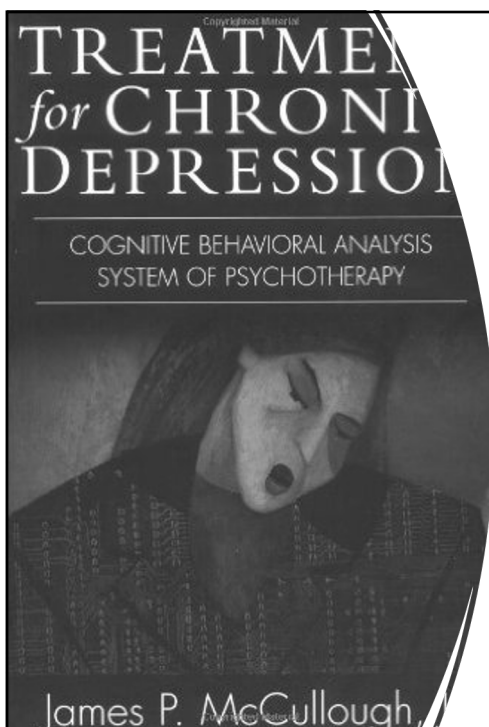
- Sessio 11

- Vaikeiden interpersoonallisten ongelmien analyysi (a-b-c –analyysi)
- Assertiivisuus harjoittelua mielessä (copin ahead)
- Kommunikaatiotaitojen harjoituksia – aktiivinen kuuntelu, suora kommunikaatio

- Sessio 12

- Ihmissuhdetaitojen opiskelu jatkuu
- Ihmissuhteiden merkityksen vahvistaminen
- Ryhmän lopetus

49



CBASP – kroonisen masennuksen hoito

50

Kroonisen masennuksen hoito - CBASP

- Krooninen masennus ilmenee kokonaisvaltaisena avuttomuuden ja toivottomuuden tunteina, joita ovat vahvistaneet kokemukset siitä, että mikään hoitokeino ei ole auttanut heitä.
- Masennuksen käypähoitosuositus (Duodecim, Kroonisen masennuksen hoitoon kehitetty lyhytkestoinen tai keskipitkä (12–40 käyntikertaa) CBASP-yhdistelmäterapia (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) on ilmeisesti hyödyllinen pitkäaikaisen masennuksen akuuttihoitossa ja toipuneiden jatkohoidossa, etenkin keskipitkänä ja lääkehoitoon yhdistettynä (näytön taso B).

51

Neljä yleistä teemaa kroonisen masennuksen taustalla (McCullough, 2000, s. 43)

1. Varhainen perheympäristö ei tunnista tyydyttävällä tavalla lapsen fyysisiä tai emotionaalisia tarpeita
2. Lapsi altistuu vaaralliselle perheympäristölle, jossa läheiset ihmiset loukkavat häntä samalla tavalla kuin toisiaankin
3. Jännittyneisyyteen, ahdistukseen ja pelkoon johtava fyysinen ja emotionaalinen tuska vallitsevana lapsen päivittäisessä elämässä
4. Lapselle lankeaa usein sellainen interpersoonallinen rooli, joka vaatii häntä hoitamaan hänen omaa hoitajaansa, tyydyttämään tämän emotionaaliset tarpeet

52

CBASP - Taustaa

- McCulloughin mukaan kroonisesti masentuneen asiakkaan kyky havainnoida käyttäytymisen ja seurauksien välistä yhteyttä on puutteellisesti kehittynyt.
- Näkemys pohjaa Piaget'n kehityspsykologisen teoriaan.
- McCulloughin mukaan kroonisesta masennuksesta kärsivät ovat samassa ovat kehitysvaiheessa, esioperationaalisessa vaiheessa, kuin 2-7- vuotiaat lapset.

53

Sensomotorinen vaihe, 0-2 vuotta	• Lapsella ei vielä kieltä • Havainnoi maailmaa oman liikkeensä ja aistiensa avulla • Saa vähitellen käsityksen siitä, että fyysiset esineet ovat olemassa myös silloin kun niitä ei näe
Esioperationaalinen vaihe, noin 2-7 vuotta	• Lapsi puhuu ja päätelee, mutta ei vielä ymmärrä kovin abstrakteja käsitteitä • Ilmenee siinä, että ei heti kykene kielellisesti kuvaamaan omaa päättelyään • Vähitellen tulee tietoiseksi itsestään • Sosiaalisesti lapset eivät vielä kykene varsinaiseen yhteistoimintaan, esim. pelaavat yleensä miten kutakin huvittaa
Konkreettisten operaatioiden vaihe, noin 7-11 vuotta	• Konkreettiset operaatiot ovat hieman monimutkaisempia abstraktisti yleistäviä ajatustoimintoja esim. kahden asialuokan yhdistäminen: isät ja äidit yhdessä muodostavat luokan 'vanhemmat', tai matemaattinen yhteenlasku • Piaget'n mukaan operaatiot ovat palautettavissa eli ajatuksen avulla voidaan palata lähtötilanteeseen • Lapsi ymmärtää ajan ja etäisyyden, kykenee empatiaan • Sosiaalisen kehityksen alueella kyetään nyt yhteistoimintaan • 7-vuotiaat kykenevät yhdessä pelaamaan jotain peliä sääntöjen mukaan toisiaan valvoen • Moraalissa oikeudenmukaisuus menee tottelevaisuuden yli huomattaessa esim. vanhempien epäoikeudenmukaisuuden
Formaalisten operaatioiden vaihe n. 11-15 vuotta	• Kyky monimutkaiseen abstraktiin ajatteluun esim. sellaisten väitteiden analysointi, joihin ei vielä ole päätetty uskoa • Ajattelu vapautuu välittömästä todellisuudesta • Useiden näkökulmien yhtäaikaista huomioiminen • Mielikuvat ja muisti laajentavat ajattelua • Eettinen ja moraalinen arviointi onnistuu

54

Esioperationaalinen vaihe: lasten normaali kehitys ja pitkäaikaisesti masentuneet (McCullough, 2000)

- Käyttävät globaalia ja esiloogista ja esikausaalista ajattelua
- Ajatteluprosesseihin eivät vaikuta muiden loogiset perustelut tai järkeily
- Laaja-alaisen egosentrisiä näkemyksiä itsestä ja muista
- Kielellinen kommunikointi on pääosin monologia
- Ei pysty aitoon interpersoonalliseen empatiaan
- Heikko affektiivinen kontrolli stressitilanteissa

© Lauri Parkkinen, 2012

55

Globaali, esilooginen- ja esikausaallinen ajattelu	• Potilaat hyppäävät lähtötilanteesta suoraan johtopäätöksiin ilman pysähdyksiä • Hypoteesien totuudenmukaisuuden arvioinnille tai tutkimiselle annetaan hyvin vähän arvoa • "Born to lose" -ajattelu
Ajatteluprosessiin ei vaikuta muiden loogiset perustelut tai järkeily	• Toisten asianmukaisetkin moitteet tuntuvat epäoikeudenmukaisilta • Potilaat eivät näe välttämättä muiden ihmisten käyttäytymistä edeltäviä tekijöitä (erotteleva vaikutte), vaikka ne olisivat heidän itsensä aiheuttamia • Tämä ei ole teeskentelyä tai itsepäisyyttä, vaan lapsenomaista ajattelua, johon logiikka ja järkeily ei vaikuta
Näkemykset itsestä ja muista laaja-alaisen egosentrisiä	• Potilaat näyttävät ajattelevan kuin olisivat maailman napa • Samoin kuin esioperationaalisessa vaiheessa olevat terveet lapset, he eivät päästä muita kokemusmaailmaansa • Lapsista poiketen näiden potilaiden esioperationaalinen ajattelu juontaa juurensa kipeistä ja loukatuista lähteistä • "Kukaan ei pidä minusta, olen niin surkea tapaus" • Oikein mikään ei vaikuta tähän ajatteluun (vaikeus psykoterapiassa)
Kielellinen kommunikointi on pääosin monologia	• Keskustelu terapeutin kanssa on pääosin monologia, ikään kuin ääneen ajattelua • Terapeutin vasteilla on hyvin vähän vaikutusta, ei käytännössä lainkaan • Vastaa McCulloughin mukaan Piaget'n esioperationaalista ei-vuorovaikutuksellista puhetta → Puhutaan toisten ohi

56

Ei aitoa interpersoonallista empatiaa	• Potilaat ja esioperationaalisessa vaiheessa olevat lapset ovat emotionaalisesti sensitiivisiä, mutta eivät empaattisia • Eivät ymmärrä toisten tunteita ainakaan kongruentisti • Terapeutti voi ikään kuin ”puhua seinille”
Heikko affektiivinen kontrolli stressitilanteissa	• Primitiivinen emotionaalinen säätely (ei toimivia defensessejä), krooninen potilas • Kyvyttömyys ratkoa päivittäisiä ongelmia ja interpersoonallisia vaikeuksia johtaa toistuviin sosiaalisiin epäonnistumisiin • Jokaisen tien päässä odottaa hallitsematon, dysforinen mieliala • ”En ansaitse tätä; ansaitsen tämän; en pärjää; minusta ei pidetä jne.)
Monentasoisia ongelmia taustalla	• Kehityksellisiä traumoja ja toistuvia interpersoonallisia epäonnistumisia • Primitiivinen kognitiivinen toiminta, josta osoituksena mm. esikausaalinen maailmankuva • Tiukat uskomukset siitä, että asioihin ei voi vaikuttaa itse • Coping-keinot jne. ovat puutteellisia ja tämä estää henkilöä keskittymästä spesifisti mihinkään tiettyyn ongelmaan • Kuormittava puutteellinen emotionaalinen säätely, joka häiritsee sosiaalista toimintaa, elämää perheen kanssa ja työkykyä • Keskeisenä osana toivottomuuden ja avuttomuuden tunne, joka ehkäisee kaikenlaisen optimismin mm. sen suhteen, että hoitokaan muuttaisi mitään • Interpersoonallinen käyttäytyminen on parhaimmillaankin tehotonta ja pahimmillaan jopa muita loukkaavaa • Alistuva tyyli vuorovaikutuksessa altistaa terapeutin luisumisen helposti dominanttiin rooliin • Interpersoonallinen epäluottamus juontuu oikeista oppimiskokemuksista

57

Peruskäsitteitä

- CBASP: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
- SA: situational analysis - tilanneanalyysi
- IDE: interpersonal discrimination exercise – interpersoonallinen erotteluharjoitus
- AO: actual outcome – todellinen lopputulos
- DO: desired outcome – toivottu lopputulos

58

CBASP-hoito-ohjelma

- Kroonisesti masentuneiden potilaiden hoito perustuu heidän kokemaansa kärsimykseen. Mitä hyvänsä kärsimystä vähentävää käyttäytymistä voidaan vahvistaa osoittamalla potilaalle, miten se johti epämukavuustasoon lisääntymiseen.
- CBASP-menetelmässä tarkastellaan todellisia tilanteita potilaan elämässä ja osoitetaan hänelle, miten hänen oma toimintansa vaikutti tilanteen etenemiseen joko positiivisella tai negatiivisella tavalla.
- CBASP-menetelmässä tarkastellaan todellisia tilanteita potilaan elämässä ja osoitetaan hänelle, miten hänen oma toimintansa vaikutti tilanteen etenemiseen joko positiivisella tai negatiivisella tavalla.

59

CBASP-hoito-ohjelma

- Harjoitellaan formaalisten operaatioiden vaiheen ajattelua.
 - Harjoittelu tapahtuu lähikehityksen vyöhykkeellä, eli potilaalle annetaan hieman hänen kykyjään haastavampia tehtäviä.
 - Tehtävät koostuvat tilanneanalyysistä (SA) ja vuorovaikutuksellisista erotteluharjoituksista (IDE).
 - SA-harjoituksissa käydään läpi potilaan aikaisempia elämäkokemuksia ja pohditaan, millainen vaikutus niillä on ollut häneen.
 - IDE-harjoituksissa tarkastellaan terapeutin käyttäytymistä suhteessa potilaan aiempiin vuorovaikutuskokemuksiin ja pohditaan niiden eroja.

60

Terapeuttinen sudenkuoppa

- Tavallisin terapeutin virhe CBASP-työskentelyssä on lähteä tekemään potilaan työtä hänen puolestaan neuvomalla, mitä potilaan pitäisi tehdä, tulkitsemalla tai selittämällä haitallisia ajatuksia, vaatimalla muutosta tai antamalla epämääräisiä positiivisia lupauksia tulevaisuudesta.
- Työskentelyn onnistuminen vaatii sen, että potilas tekee työn itse.
- Kun potilas on oppinut, minkälaisia seurauksia hänen käyttäytymisellään on, hän valitsee itse, miten hän haluaa jatkossa toimia.
- Mikäli hän päättää käyttäytyä epäsuotuisilla tavoilla, hän tekee sen tietoisena käyttäytymisen seurauksista.

61

Tilanneanalyysit

- Tilanneanalyysit koostuvat selvittelyvaiheesta (elicitation) ja korjausvaiheesta (remediation).
 - Selvittelyvaiheessa käydään läpi todellisia sosiaalisia tilanteita ja tarkastellaan vuorovaikutusta, ajatuksia ja käyttäytymistä sekä niiden seurauksia.
 - Korjausvaiheessa haitallisia toimintoja muutetaan ja tilannetta arvioidaan, kunnes potilaan uusi käyttäytyminen johtaa toivottuun lopputulokseen.
- Arviointivaiheessa terapeutti korostaa tilanteessa heränneitä negatiivisia tunteita.

62

Selvittelyvaiheen kuusi ydinkysymystä:

1. *Mitä tilanteessa tapahtui?*
 2. *Millaisia tulkintoja tapahtumista?*
 3. *Mitä teit tilanteessa?*
 4. *Miten tilanne päättyi kannaltasi (todellinen lopputulos, AO)?*
 5. *Miten olisit halunnut tilanteen päättyvän (toivottu lopputulos, DO)?*
 6. *Saitko sen, mitä halusit? (Miksi/Miksi et?)*
- Usein potilaan oma toiminta estää toivotun lopputuloksen saavuttamisen, mutta hän ei itse ole tietoinen tästä vaan huomaa ainoastaan epätoivotun lopputuloksen ja kokee tulleen kohdelluksi väärin.

63

Korjausvaihe

- Korjausvaiheessa potilaan huomio kiinnitetään hänen käyttäytymiseensä ja sen seurauksiin seuraavien kysymysten avulla:
1. *Miten tekemäsi tulkinnat palvelivat toivotun lopputuloksen saavuttamista?*
 2. *Miten käyttäytymisesi palveli toivotun lopputuloksen saavuttamista?*
 3. *Mitä opit tästä tilanneanalyysistä?*
 4. *Miten tästä tilanteesta oppimasi asiat sopivat muihin samankaltaisiin tilanteisiin?*
- Potilaat ovat usein helpottuneita huomatessaan, että mahdottomalta tuntunut tilanne onkin ratkaistavissa.
 - Korjausvaiheessa terapeutti korostaa tätä helpotuksen tunnetta, jolloin vahvistetaan negatiivisesti niitä ajatuksia ja käyttäytymistä, jotka tukevat toivotun lopputuloksen saavuttamista. *(HUOM! Negatiivinen vahvistussuhde: ne käyttäytymiset vahvistuvat, jotka tuottavat helpotuksen tai huojuksen, escape from aversion)*
 - Tavoitteena on käyttäytymisen yleistäminen samankaltaisiin tilanteisiin.

64

Interpersoonallinen erotteluharjoitus

- Käyttäytymisen seurauksia ja taitavampaa ajattelua voidaan toteuttaa myös IDE-menetelmällä (interpersonal discrimination exercise), jossa vertaillaan terapeutin ja potilaan läheisten ihmisten käyttäytymistä toisiinsa.
- Potilasta pyydetään listaamaan sellaiset ihmiset, joilla on ollut suurin vaikutus potilaaseen.
 1. Vaikutus voi olla positiivinen tai negatiivinen.
 2. Pyydetään potilasta kertomaan, miten kukin näistä henkilöistä on vaikuttanut potilaan elämään.
 3. Pohditaan, miten kasvaminen ko. henkilön läheisyydessä vaikutti potilaan elämän suuntaan tai siihen, millainen henkilö hän on nyt.
 - Tämä saattaa olla ensimmäinen kerta, kun potilas miettii menneisyyden vaikutusta tämänhetkiseen käyttäytymiseensä ja menetelmä saattaa herättää hyvin voimakkaita tunteita.
 - On tärkeää, että terapeutti antaa potilaan muodostaa syy-seuraussuhteet itse. On myös tärkeää pysytellä tehtävässä, eikä antaa potilaan alkaa kertoa tapahtumista laajemmin.

65

Interpersoonallinen erotteluharjoitus

- Merkittävien ihmissuhteiden historia
 - Merkittävien ihmissuhteiden lista (max 7)
 - Ihmisiä, jotka ovat ”jättäneet jälkensä sinuun”
 - Heidän vaikutuksensa on voinut olla joko positiivinen tai negatiivinen
- Henkilökohtainen harjoitus
 - Laadi oma merkittävien ihmissuhteiden historiasi: lista (max 7)
 - Kuvaa minkälaisen jäljen he ovat jättäneet sinuun
 - Mieti miten se näkyy omassa elämässäsi ja terapiatyössäsi
 - Mitä hyötyjä ja haittoja tällaisesta oppimishistoriasta on?
 - Mieti minkälaisia asioita vältät oppimishistoriasi seurauksena ja suunnittele siihen muutoksia

66

Interpersoonallinen erotteluharjoitus

- Kun läheiset ihmiset on käyty potilaan kanssa läpi, syy-seuraussuhteiden pohjalta muodostetaan hypoteeseja siitä, miten potilaan ongelmat saattavat ilmentyä terapisuhteessa.
- Terapeutin tulee pohtia seuraavia osa-alueita:
 - tilanteet, jolloin terapisuhteessa koetaan/käsitellään läheisyyteen liittyviä asioita
 - tilanteet, joissa potilas ilmaisee emotionaalisia tarpeita, joko suoraan tai epäsuorasti
 - tilanteet, joissa potilas epäonnistuu tai tekee selkeän virheen
 - tilanteet, joissa potilas kokee joko suoraan tai epäsuorasti negatiivisia tunteita (pelko, turhautuminen, viha jne.) terapeuttia kohtaan

67

Interpersoonallinen erotteluharjoitus

- Nämä osa-alueet on valittu seuraavin taustaoletuksin:
 - läheisyyteen liittyvät pulmat johtuvat usein hylkäämiskokemuksista tai huonosta kohtelusta
 - virheiden tekoon liittyvät pulmat johtuvat usein pitkään jatkuneesta kritiikistä tai hyljeksinnästä läheisten taholta
 - tunne-elämään liittyvät pulmat johtuvat usein vanhempien vetäytymisestä tai pilkasta tai rangaistuksista näiden taholta
 - haluttomuus tai pelko tunteiden ilmaisua kohtaan johtuu usein kokemuksesta siitä, että negatiivisten tunteiden ilmaisu johtaa hylkäämiseen
- Terapeutin tulee tehdä hypoteesit ennen kolmatta istuntoa, jotta hän pystyisi reagoimaan asianmukaisesti, mikäli jokin em. teemoista aktivoituu istunnon aikana.

68

Terapeutin ja potilaan välinen suhde

- IDE-menetelmää voidaan käyttää myös *transferenssipulmien* suoraan kohtaamiseen.
- Terapeutti voi nostaa esiin potilaan odotukset ja käyttäytymismallit ja auttaa potilasta huomaamaan, ettei terapeutti käyttäytynytkään potilaan (negatiivisten) odotusten mukaisesti. Tämä on omiaan lisäämään motivaatiota muutokseen.
- Kun syy-seuraussuhteet on käsitelty, valitaan 1-2 teemaa hoidon kohteeksi.
 - Ihmissuhdekokemusten perusteella muodostetut hypoteesit ovat ilmeisesti ”hiljaista tietoa”, josta ei välttämättä olla tietoisia tai jota on ainakin vaikeaa käsitellä kielellisesti. Preoperationaalisella tasolla oleva potilas ei ole tietoinen käyttäytymisensä ja kokemustensa välisestä yhteydestä. Potilas toimii toisista tekemiensä oletusten perusteella ja tulkitsee toisten käyttäytymistä näiden oletusten läpi. Näin potilas päätyy jatkuvasti tilanteisiin, joissa hänen oletuksensa vahvistuvat. Terapiassa terapeutti ottaa potilaan oletukset esiin ja osoittaa niiden paikkansapitämättömyyden. Vähitellen potilas alkaa nähdä muitakin vaihtoehtoja.

69

Potilaan työskentely CBASP-terapiassa

- Potilaiden kyky tarkastella omaa ajatteluprosessiaan vaihtelee.
- Syy-seuraus -yhteyksien löytäminen on käytännössä tarkkaavuuden kohdistamisen harjoitus: suunnataan huomio mielikuvaan kokemuksesta, mietitään, millaisia vaikutuksia kyseisellä henkilöllä on (ollut) potilaaseen ja muodostetaan syy-yhteys aiemman ja nykyisen käytöksen välillä. Tämän jälkeen voidaan ryhtyä käyttäytymisen muovaamiseen.
- Aiempia ongelmia ja niiden ratkaisuyrityksiä tarkastelemalla voidaan löytää yksilöiden välisiä vuorovaikutusteemoja, joiden perusteella voidaan tehdä ennusteita siitä, miten potilas tulee käyttäytymään terapeutin kanssa saman tyyppisten ongelmien ilmaantuessa.
- CBASP-menetelmässä transferenssiongelmat otetaan aktiiviseen käsittelyyn (vrt. psykoanalyysi, jossa niiden annetaan ilmentyä passiivisesti).
- Kun IDE-menetelmää toteutetaan tehokkaasti transferenssiongelmiin tunnistamiseen ja hoitoon, potilaan muutoshalukkuus kasvaa ja hänen vuorovaikutustaitoihinsa tulee lisää joustavuutta.

70



71

Käyttäytymisen aktivointi

- Masentuneisuuden voi käsitteellistää käyttäytymisterapian puitteissa yksilöllisen oppimishistorian tuloksena:
 1. Kontekstuaaliset muutokset aiheuttavat sen, että yksilön käyttäytymisestä ei seuraa riittävästi positiivista vahvistusta tai se on ensisijaisesti aversiivisessa kontrollissa.
 2. Palkitsevien seurausten vähetessä yksilö ”kääntyy sisäänpäin” eikä etsi enää ympäristöstä positiivista vahvistusta, elämä on vähemmän palkitsevaa johtaen suruun ja masentuneeseen mielialaan.
 3. Tästä taas seurauksena on käyttäytymisvalikoiman kapeutuminen, vetäytyminen vuorovaikutussuhteista ja arjen rutiinien katoaminen.
 4. Tämä jälleen lisää depressiivistä mielialaa ja vaikeuttaa selviämistä arkisissa tilanteissa: yksilö kadottaa yhteyden niihin elämän aspekteihin, jotka tarjosivat ennen mielihyvää eikä osaa käyttää ongelmanratkaisutaitoja, joiden avulla voisi vähentää stressiä ja muuttaa kontekstuaalisia tekijöitä paremmaksi.

72

Lähestyminen vs. välttely (BIS/BAS)

Jeffrey Alan Grey: Biopsychological Theory of Psychology

- **BIS: Behavioral Inhibition System** (käyttäytymisen ehkäisemisen systeemi)
 - Välttely:
 - negatiiviset tapahtumat
 - negatiiviset emootiot (pelko, ahdistus, tylsistyminen, turhautuminen, surullisuus)
- **BAS: Behavioral Activation System** (käyttäytymisen aktivoitumisen systeemi)
 - Lähestyminen:
 - Tavoitteisiin pyrkiminen ja niiden saavuttaminen
 - Positiiviset emootiot (onnellisuus, toivo, riemu, ilo)
 - DOPAMIINI!

73

Käyttäytymisen aktivointi

- Käyttäytymisen aktivointi (Behavioral Activation, BA) on tutkitusti tehokas masennuksen hoitomenetelmä. *(Positiivisia kokemuksia ja sosiaalista toimintaa aktivoivat käyttäytymisinterventiot ovat hyödyksi masennusoireiden vähentämisessä. Näytön taso A, Duodecim)*
- Pyritään vaikuttamaan mielialaan vaikuttaviin kontekstuaalisiin tekijöihin sekä muuttamaan vetäytymisestä aiheutunutta masentunutta mielialaa.
- Aktivointi koostuu tekniikoista, joiden tavoitteena on...
 - muuttaa masentuneen käyttäytymistä siten, että kontingentit suhteet käyttäytymisen ja ympäristön välillä muuttuvat.
 - Käyttäytymisen aktivoinnin tekniikkojen toteuttamiseksi on ymmärrettävä kontingentit jos-niin –seuraussuhteet yksilön käyttäytymisen ja (usein interpersoonallisen) ympäristön välillä.
- Ensijaiset BA:n nimissä hyödynnettävät tekniikat ovat TRAP ja ACTION –mallit.

74

Perusmenetelmät, joita käytetään läpi terapian:

- TRAP (Trigger, Response, Avoidance Pattern)
- TRAC (Trigger, Response, Alternate Coping response)
- ACTION
 - Assess behavior/mood – määritä käyttäytyminen / mieliala
 - Choose alternate responses – valitse vaihtoehtoisia käyttäytymisiä
 - Try out those alternate responses – kokeile vaihtoehtoisia käyttäytymisiä
 - Integrate these alternatives – yhdistele näitä vaihtoehtoisia käyttäytymisiä
 - Obverse results – havainnoi tuloksia
 - (Now) evaluate - arvioi

75

Perusmenetelmät

- TRAP- ja ACTION-mallit toimivat hyvin käyttäytymisanalyysin opettamisessa potilaalle.
- Näiden mallien lisäksi käytetään aktiivisuuspäiväkirjoja, joihin kirjataan käyttäytymistä.
- Aktiivisuuspäiväkirjojen avulla on mahdollista löytää välttämiskäyttäytymisiä, jotka estävät toimintaa.
- Potilaan mielialaa seurataan jatkuvasti. Näin voidaan kartoittaa toiminnan ja mielialan välisiä yhteyksiä.

76

Ekers D, Richards D, McMillan D ym. *Behavioural activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial*. Br J Psychiatry 2011;198:66-72

- Satunnaistetussa hoitokokeessa pääosin keskivaikeasta masennuksesta kärsivät potilaat (N = 47) ohjautuivat joko käyttäytymisen aktivoimisen ryhmään (12 tunnin pituista yksilöistuntoa) tai tavanomaiseen psykiatriseen hoitoon.
 - Hoidon toteutuksesta vastasivat lyhyen perehdytyksen (5 päivän kurssi) saaneet hoitajat työnohjauksen turvin.
- Kolmen kuukauden kuluttua hoidon alkamisesta tehdyssä vertailussa käyttäytymisen aktivointi osoittautui vaikuttavammaksi verrattuna tavanomaiseen hoitoon
 - BDI-pistemäärien (Beck Depression Inventory) ero hoidon lopussa -15,8, 95 % luottamusväli 24,6 – -7,02).

77

Jatkuva arviointi

- Yleisesti ottaen, käyttäytymisterapian yksi keskeisiä tehtäviä on arvioida asiakkaan tilan edistymistä kohti asetettuja hoidon tavoitteita.
- Oleellinen osa myös BA:ta on asiakkaan toteuttama aktiviteettiensa itsemonitorointi, sen toteuttamisen ja itse aktiviteettien toteuttamisen esteiden sekä välttämiskäyttäytymisten tutkiminen ja käsittely yhdessä terapeutin kanssa.
- BA:ssa asiakas täyttää BDI:n (Beck Depression Inventory) viikoittain.
 - monitoroidaan muutoksia ja keskustellaan keskeisistä asioista asiakkaan kanssa.
 - testipisteet eivät välttämättä aina muutu, vaikka asiakas alkaisi voida paremmin, ja silloin on tärkeää selvittää, mistä muutokset voinnin edistymisessä johtuvat.
 - oleellista on, että asiakas oppii huomaamaan, mitkä käyttäytymiset ja kontekstit vaikuttavat milläkin tavoin hänen mielialaansa.

78

Hallintaa ja mielihyvää tuottavat aktiviteetit

- Pyritään lisäämään sellaisia toimintoja, joiden myötä potilas kokee mielihyvää, pystyvyyttä tai molempia.
- Näiden toimintojen tulee lisäksi tulla positiivisesti vahvistetuiksi ympäristön taholta.
- Negatiivista vahvistusta saavaa käyttäytymistä (toiminto, jonka avulla potilas voi vältellä epämiellyttävältä tuntuvaa tekemistä) ei kannusteta.
- Käytännössä tämä toteutetaan luomalla potilaan kanssa tavoite, jota kohti lähdetään työskentelemään.
- Käyttäytymisen aktivoinnissa luodaan yksittäisiä tavoitteita yleismaailmallisten käyttäytymissääntöjen opetteluun sijaan.

79

Hallintaa ja mielihyvää tuottavat aktiviteetit

- Mielihyvän ja pystyvyyden erottelu on hyvä alku tunteiden tunnistamisen harjoittelussa. Vähitellen edetään muihin tunteisiin ja niiden vivahteisiin. Näin potilas huomaa, ettei masennus ole tasainen, painava sumu, vaan siihen liittyy monenlaisia tuntemuksia. Tunteet ja mielialanvaihtelut yhdistetään erilaisiin käyttäytymisiin.
- Kroonisesta masennuksesta kärsivän on raskasta lähteä toimimaan. Uudet käyttäytymiset hajotetaan pienemmiksi, helpommin hallittaviksi kokonaisuuksiksi (graded task assignment).
- Jos potilas pääsee tekemisen alkuun pienen tehtävän avulla, on todennäköisempää, että hän alkaa voida paremmin ja pystyy suoriutumaan myös seuraavasta pienestä tehtävästä.

80

Behavioral Activation

You can begin to decrease depression by engaging in activities you find enjoyable, and by taking care of responsibilities that you have been neglecting

List three activities you enjoy:

- 1.
- 2.
- 3.

List three responsibilities you need to take care of:

- 1.
- 2.
- 3.

Try doing at least one activity or responsibility each day. Use the following scale to rate your depression, pleasant feelings, and sense of achievement before and after the activity.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
None	Minimal	Slight	Mild	Moderate	A Lot	Higher	Very High	Extreme

Activity (location, date, time)		Depression	Pleasure	Achievement
	Before			
	After			
	Before			
	After			
	Before			
	After			

Provided by TherapistAid.com © 2012

81

Kotitehtävät ja harjoittelu BA:ssa

- Tehtävien harjoittelu etukäteen sanallisesti tai mielikuvaharjoitteluna.
 - Terapeutti ei kommentoi valittujen käyttäytymisten toimivuutta, vaan antaa potilaan itse määrittellä, minkälaisia toimintamalleja tämä haluaisi harjoitella.
 - Potilaalle voidaan tarvittaessa opettaa vaihtoehtoisia käyttäytymisiä ja yhdessä tutkia, millaisia vaikutuksia näillä on potilaan mielialaan.
- Terapiasta ei ole paljoakaan hyötyä, mikäli uusia käyttäytymisiä ei harjoitella arkielämässä. Tämän vuoksi on tärkeää, että kotitehtävät ovat sellaisia, jotka potilas pystyy todennäköisesti toteuttamaan.
 - Potilaan kanssa sovitaan, koska hän suorittaa kotitehtävät ja mietitään myös, millaiset tekijät voisivat edistää kotitehtävän tekemistä (kertominen läheiselle, suunnittelu, ympäristön muovaaminen kotitehtävälle suotuisaksi jne).
 - Rooliharjoittelun avulla voidaan harjoitella sosiaaliin tilanteisiin liittyviä kotitehtäviä. Terapeutti mallintaa suotuisia käyttäytymisiä potilaalle, mikäli hän ei itse keksi, miten tilanteessa kannattaisi edetä.

82

Vahvistaminen ja motivointi

- Käyttäytymisen aktivoinnissa ei mielellään käytetä ulkoisia palkkioita, vaan pyritään saamaan luonnollisia positiivisia vahvistuksia potilaan ympäristöstä.
 - Mikäli luonnolliset positiiviset seuraukset ovat epätodennäköisiä, voidaan harkita keinotekoisia vahvistajaa.
- Potilasta voidaan myös kannustaa käyttäytymään tavoitteensa (ei mielialansa) mukaan tai sellaisella tavalla, joka on yhteensopiva sen kanssa, miten potilas haluaisi muiden näkevän hänet.
 - Tavoitteena on, että potilas pystyisi hallitsemaan käyttäytymistään paremmin ja toimimaan tavoitteensa, ei mielialansa mukaan.

83

Lyhyen ja pitkän aikavälin tekniikat

- Mikäli asiakas on erittäin vakavasti masentunut eivätkä muut tekniikat tuota helpotusta asiakkaan olotilaan, voidaan hyödyntää väliaikaista helpotusta tuottavia tekniikoita, jotka perustuvat usein pakenemiseen tai välttämiskäyttäytymiseen.
- 1) *Huomion siirtäminen pois epämieluisasta asiasta*, 2) *kontaktin välttäminen epämieluisien ihmisten kanssa* ja 3) *käyttäytymisen keskeyttäminen* ovat keinoja hallita ahdistusta lyhytaikaisesti.
- Tilapäistä helpotusta tuovien tekniikoiden käyttöä tulee harkita tarkkaan. Ne sopivat relapsien tai depression syvenemisen ehkäisyyn.
- Tekniikoiden käyttöä on mahdollista arvioida lyhyen ja pitkän aikavälin seurauksilla. Mikäli seuraukset ovat pitkällä tähtäimellä negatiivisia, tulisi välttelyn sijaan lähestyä epämieluisaa asiaa askeleittain (graded task assignment).

84

Murehtiminen

- Murehtimisen katsotaan olevan tapa vältellä todellista ongelmaa.
- Käyttäytymisen aktivoinnissa potilasta kannustetaan murehtimisen lopettamiseen ja aktivoitumiseen, jotta hän voisi keskittyä aktiiviseen, tehokkaampaan ongelmanratkaisuun ongelmassa vellomisen sijaan.
- Murehtimisesta voidaan tehdä käyttäytymisanalyysi, jossa keskeisintä ei ole ajatusten sisältö vaan niiden konteksti.
 - Pyritään selvittämään, mitä potilas pyrkii välttelemään murehtimiskäyttäytymisellä.
 - Potilaalta kysytään, onko murehtimisesta hyötyä. Mikäli se koetaan hyödyttömäksi, terapeutti ehdottaa tehokkaampia tapoja käyttää aikaa.
- Uusien tilanteiden ja käyttäytymisen positiivisia seurauksia voi lisätä varmistamalla, että potilas on todella osallistunut tilanteeseen eikä vain ollut fyysisesti läsnä.
 - Murehtimisen voi korvata keskittymällä kokemukseen (vrt. mindfulness).
 - Potilasta ohjeistetaan keskittymällä ympäristöönsä ja toisiin ihmisiin omien ajatustensa sijaan.

85

Murehtimisen funktionaalinen analyysi –Tuomisto 2014

KONTEKSTI

- Murehditko koskaan / tempaudutko mukaan negatiivisiin asioihin etkä pääse niistä eroon?
- Mitkä tapahtumat tai tilanteet laukaisevat näitä toistuvia ajatuskuvioita?
- Mitä teit, kun aloit ajatella tällä tavalla?
- Missä olosuhteissa murehdit ja missä et?
- Milloin, missä ja kenen kanssa murehdit?
- Minkälaisista asioista kyselet itseltäsi?
- Mitkä tilanteissa murehtimisesi pääsee valloilleen?

KÄYTTÖTAPA

- Miten “käytät” murehtimista?
- Mikä voisi olla murehtimiskäyttäytymisen funktio?
- Mitkä ovat sen seuraukset?
- Mitkä asiat puhuvat sen puolesta ja mitkä sitä vastaan?
- Mitä saatat välttää?
- Mikä tarkoitus sillä voi olla?
- Mitä hyötyä sinulle on tästä murehtimisesta?

86

Murehtimisen funktionaalinen analyysi –Tuomisto 2014

KEHITYS

- Miten pitkään sinulla on ollut taipumus murehtia?
- Milloin tämä taipumus aluksi ilmeni?
- Muistatko, milloin murehdit ensimmäistä kertaa?
- Mitä silloin tapahtui?
- Mistä tai keneltä olet saattanut oppia tämän reagoititavan?

VAIHTOEHDOT

- Mikä oli erilaista silloin kun toisaalta kävit jotakin asiaa pitkään läpi ja toisaalta kun teit niin lyhyen aikaa?
- Mikä erottaa ne kerrat, jolloin käyt yhä uudelleen ja uudelleen läpi jotain asiaa pääsemättä mihinkään lopputulokseen verrattuna siihen, että jotain ratkeaa?
- Mitä yrität saadaksesi murehtimisen loppumaan? Auttaako se?
- Mikä voi keskeyttää tai katkaista murehtimisen?
- Pystytkö siirtämään murehtimista eteenpäin tai myöhempään ajankohtaan?
- Miten murehtiminen loppuu? Mitä tapahtui juuri ennen kuin lopetit murehtimisen?

87

Taitopuutosten korjaaminen

- BA:ssa ongelmanratkaisua voidaan kuvailla seuraavasti:
 - Asiakasta autetaan määrittelemään lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita
 - askeleita niiden saavuttamiseksi
 - rohkaistaan ja autetaan asiakasta toteuttamaan askeleita
 - observoimaan tuloksia sekä löytämään tarvittaessa vaihtoehtoisia käyttäytymisiä.
- ACTION-malli on usein hyödyllinen BA:n ongelmanratkaisussa.
 - Siinä painotetaan sääntöjen opettamisen sijasta sopivien tavoitteiden löytämistä, asiakkaan oman käyttäytymisen vaikutusta tavoitteiden saavuttamiseen, vaihtoehtoisten toimintatapojen löytämistä ja niiden toteuttamista.

88

Taitopuutosten korjaaminen

- BA:ssa kerätään tietoa asiakkaan elämäalueista, joilla hänen on vaikeaa toteuttaa ongelmanratkaisua tai hänen käyttämänsä selviytymiskeinot ovat tehottomia.
- Adaptiivisia selviytymiskeinoja ja ongelmanratkaisua harjoitellaan terapian aikana ja pyritään löytämään sopivia ja mahdollisimman luonnollisia vahvistajia toivotulle käyttäytymiselle.
- Käyttäytymisiä tutkittaessa on tärkeää selvittää, onko kyseessä välttämiskäyttäytyminen vai taitopuutos, jonka vuoksi asiakas ei toimi adaptiivisemmin ja tehokkaammin.
 - Yleisiä taitopuutoksia ovat mm. puutteet ongelmanratkaisutaidoissa tai jämäkkyyystaidoissa.

89

Läheisten ihmisten rooli hoidossa

- BA:ssa keskitytään tarkastelemaan asiakkaan käyttäytymisen kontekstia, jossa suuri osa on linkittynyt tavalla tai toisella asiakkaan läheisiin ja muihin ihmissuhteisiin.
 - Sosiaalinen konteksti on usein yksi merkittävimpiä positiivisen vahvistamisen konteksteja ja siksikin hyvin tärkeä osa koko hoitoa.
- Asiakkaan läheisiä voidaan ottaa mukaan myös terapiaistunnoille ja tarvittaessa asiakkaalle voidaan suositella pariterapiaa.
- Tutkimusten mukaan sosiaalinen tuki on usein merkittävä depressiolta suojaava tekijä, kun taas ihmissuhteisiin liittyvä stressi voi aiheuttaa masennusta.

90

Läheisten ihmisten rooli hoidossa

- Näyttäisi siltä, että niin empiirisesti tuetut yksilö- kuin pariterapiakin ovat yhtä tehokkaita masennuksen hoitomuotoja.
- Pariterapiaa tulisi suositella yksilöterapian sijaan silloin, kun
 - asiakas on enemmän huolissaan parisuhteensa tilasta kuin omasta masennuksestaan
 - parisuhdeongelmat ovat asiakkaan mukaan edeltäneet ja voineet johtaa masennuksen oireisiin
 - kognitiiviset virhetoiminnot tai yksilölliset oireet eivät kiinnosta asiakasta kuten parisuhteen ongelmat

Beach et al. (1998)

91

Prince & Jacobson (kirjallisuuskatsaus, 1995): pariterapia masennuksen hoitona

1. Käyttäytymisterapioista pariterapia (Behavioral Couple Therapy, BCT) ja yksilöllinen kognitiivinen terapia ovat *yhtä tehokkaita* masennuksen hoitomuotoja henkilöillä, jotka raportoivat myös parisuhdeongelmista, mutta BCT on vähemmän tehokas, mikäli parisuhdeongelmia ei todella ole.
2. BCT johtaa parempiin tuloksiin *parisuhteen parantamisessa* kuin kognitiivinen yksilöterapia sekä parisuhdeongelmista kärsivillä että niillä pariskunnilla, jotka eivät raportoi parisuhdeongelmista.
3. Pariterapia ei yleisesti ottaen vähennä masennuksen relapseja.
4. Pariterapia saattaa olla tehokkaampi hoitomuoto masentuneille ja parisuhdeongelmista kärsiville henkilöille, mutta yksilöterapia on tehokkaampaa, kun selkeätä parisuhteesta johtuvaa ahdinkoa ei esiinny.

92



93

Kognitiivisen psykoterapian taustaa

- Stoalainen Epiktetus - kokemukset eivät itsessään murra meitä, vaan se miten tulkitsemme ne.
- Kognitiivisen psykoterapian pioneeri Albert Ellis oli koulutukseltaan psykoanalyttikko. Hänen elämänsä vaikutti siitä irrottautumiseen: kokemukset maanis-depressiivisen äidin ja poissaolevan isän lapsena ja somaattinen sairastelu tuottivat kärsimystä.
 - Rationaalis-emotionaalille psykoterapialle ominaista on potilaalle kärsimystä tuottavien uskomusten murjominen maan rakoon väittelyn avulla, oletuksena että psykoterapeutti tietää paremman tavan olla ja kokea ja opettaa potilaan nujertamaan irrationaaliset uskomuksensa.
- Aaron Beck pyrki vahvistamaan psykoanalyttista depressiteoriaa kliinisten kokeiden sarjalla, ja yllätyksekseen ei löytänyt sille tukea. Beck lähti rakentamaan teoriaansa pragmaattiseen empirismiin perustuen, ja pettyi kun psykoanalyttinen yhteisö innostuksen sijaan eväsi häneltä jäsenyyden sillä perusteella että ”halu tehdä tieteellisiä tutkimuksia osoittaa hakijan oman analyysin olleen epäonnistunut”.
- Beckin sokraattisessa lähestymistavassa terapiasuhde ja oma oivallus nähdään tärkeämmäksi kuin Ellisin didaktisessa haastamisessa.

Risto Valjakka. *Epiktetus, Buddha ja Sokrates* (2014). Kognitiivinen Psykoterapia 11 (1)

94

Kognitiivisen psykoterapian taustaa

- Aaron Beck havaitsi, että masennuksen laukaisee usein tapahtuma, jonka henkilö itse mieltää menetyksenä tai epäonnistumisena. Hän huomasi, että masennuttuaan ihminen alkaa nähdä itsensä, toiset ihmiset ja tulevaisuuden kuin mustien lasien läpi.
- Kognitiivisessa psykoterapiassa ajatellaan, että masennukselle alttiin ihmisen elämänhistoriaan sisältyy kokemuksia, jotka ovat tallentuneet hänen muistiinsa elintärkeinä menetyksinä.
- Kun henkilö sitten joutuu uuteen tilanteeseen, joka ehkä etäiselläkin tavalla muistuttaa tätä alkuperäistä menetystä, varhaisemmat muistot menetyksestä, vaille jäämisestä tai epäonnistumisesta tulevat hänen mieleensä.
- Nämä alkavat vaikuttaa kielteisellä tavalla kaikkeen, mitä hän havaitsee ja millaisia päätelmiä hän havaintojensa pohjalta tekee. Tämänkaltaisen tiedonkäsittelyn ymmärretään johtavan masennuksen oireiden ilmaantumiseen.

95

Masentunut ihminen kysyy itseltään kysymyksiä

- | | |
|--|--|
| 1. Mikä minussa on vialla? | 6. Onko minun lapsuudessani tai menneisyydessä tapahtunut jotain, mikä aiheuttaa tällaisen olon? |
| 2. Mikä aiheuttaa tämän olotilan? | 7. Kuinka voin päästä tästä yli? |
| 3. Olenko epäonnistunut, kun tunnen näin? | 8. Pitäisikö minun aloittaa jokin lääkitys? |
| 4. Johtuuko masennukseni henkilökohtaisista heikkouksistani? | 9. Onko muitakin, jotka tuntevat samalla lailla? |
| 5. Onko minulla jonkinlainen kemiallinen epätasapaino? | 10. Voinko enää koskaan tuntea normaalisti? |

96

Terapeutin vastaukset potilaan pyörittelemiin kysymyksiin

1. Sinussa ei ole mitään vikaa. Sille on syynsä, miksi olet masentunut ja tiettyjen asioiden kanssa meidän tulee alkaa yhteistuumiin työskentelemään.
2. Monimutkaisille kokemuksille, kuten masennus, ei yleensä ole vain yhtä syytä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että useinkaan ei ole tarpeellista määrittää tarkkaa syytä päästäkseen eroon masennuksesta.
3. Ehdottomasti et. Eihän kukaan ihminen valitse tulla masentuneeksi. Voit kuitenkin valita toimia niin, että masennuksesi pahenee tai voit valita toimia niin, että se helpottaa.
4. Vastaus tähän on sama kun edellä. Ei.
5. Jotkut tutkimukset ovat osoittaneet syy-yhteyden tiettyjen neurokemikaalien määrän keskushermostossa ja masentuneena olon välillä. Vielä ei ole kuitenkaan ihan selvää, aiheuttaako neurokemiallinen epätasapaino masentuneisuutta vai aiheuttaako masentuneisuus neurokemiallista epätasapainoa.

97

Terapeutin vastaukset potilaan pyörittelemiin kysymyksiin

6. Joillakin ihmisillä lapsuudenkokemukset saattavat lisätä todennäköisyyttä sairastua masennukseen aikuisena. Kuitenkin nopein tapa poistaa menneiden aikojen vaikutukset on omaksua uusi erilainen lähestyminen elämään nykyhetkessä.
7. Nykyään masennukseen on paljon erilaisia tehokkaita hoitoja, jotka on testattu kontrolloiduissa tieteellisissä tutkimuksissa. Niistä tehokkaimmiksi on osoittautunut käyttäytymisen aktivointi (BAT) sekä kognitiivinen terapia.
8. Jotkut lääkkeet ovat osoittautuneet tehokkaiksi masennuksen hoidossa. Niin kuin kaikissa hoidoissa, toiset hyötyvät niistä ja toiset eivät. Vaikka ajattelisit masennusta täysin medikaalisena sairautena, on olemassa tosin muitakin tehokkaita vaihtoehtoja kuin lääkkeet. Lääkityksen määrää lääkäri perusterveyden huollossa, työterveydessä tai yksityinen psykiatri.
9. Kyllä. Yksi kymmenestä henkilöstä kokee vakavan masennusjakson joka vuosi. Joka neljäs meistä kokee sellaisen ainakin kerran elämänsä aikana.
10. Tulet todennäköisesti tuntemaan itsesi vähemmän masentuneeksi, energisemmäksi ja olemaan enemmän yhteyksissä elämääsi. Mitä ”normaali” sitten tarkoittaa, kun ottaa huomioon sen, että elämä on emotionaalinen prosessi. Paljon tapahtuu asioita, jotka tuottavat erilaisia tunteita ja tuntemuksia.

98

Masennuksen kognitiivinen psykoterapia

- Aaron Beck fokusoi terapiassa:

1. Käyttäytymiseen

- päivittäisen aktiviteetin monitorointi
- niihin liittyvän mielihyvän arviointi ja mittaaminen
- päivittäisten tehtävien vaikeustason jatkuva lisääntyminen
- sosiaalisten taitojen harjoittelu

2. Dysfunktionaalsiin automaattisiin ajatuksiin

- dysfunktionaalisten ajatusten päivittäinen kirjaaminen
- näiden ajatusten verbaalinen haastaminen

99

Automaattisten ajatusten luonne

1. Ne ilmenevät usein nopeasti tilanteessa.
2. Niihin uskotaan helposti.
3. Niiden koetaan esiintyvän spontaanisti ilman suoraa tilanneyhteyttä.
4. Niille on luonteenomaista, että ne sisältävät sellaisia ajattelun muotoja kuin ”pitäisi, tulisi, täytyy” jne.
5. Ne pyrkivät olemaan katastrofaalisia sisällöltään.
6. Niiden eri muodot ovat sisällöltään suhteellisen samankaltaisia.
7. Ne ovat pysyviä ja hyvin paljon itse ylläpidettyjä.
8. Ne eroavat usein toisille esitetyistä tavallisista lausumista.
9. Ne toistavat totuttuja teemoja.
10. Ne ovat opittuja.

100

Ajattelun ”virheet” masennuksessa

1. Suodattaminen
 - Huomio kohdistetaan negatiivisiin asioihin ja positiiviset seikat pyritään rajaamaan pois.
 - VAIHTOEHTO: Vaihda huomion kohdetta ja tarkastele asioita eri tavoin.
2. Dikotoominen (ääripäillä) ajattelu
 - Asiat nähdään ääripäiden kautta esim. joko kauheina tai hienoina ilman mitään keskivaihetta.
 - VAIHTOEHTO: Pyri välttämään musta-valkoisten arviointien tekemistä. Ajattele suhteellisesti ja osissa. Dialektinen ajattelu vastakohtana.
3. Yliyleistäminen
 - Tehdään liiallisia yleistyksiä perustuen varsin epämääräisille tiedoille asioiden todellisesta luonteesta.
 - VAIHTOEHTO: Tee laskelmia ja arviointeja asioiden todellisista suhteista. Etsi näyttöä näkemyksillesi. Yritä ajatella, ettei ole olemassa mitään absoluuttisia vaihtoehtoja. Vältä negatiivisten nimikkeiden käyttämistä.
4. Ajatusten lukeminen
 - Henkilö tietää omasta mielestään, mitä toiset ajattelevat tai tuntevat.
 - VAIHTOEHTO: Tarkista, pitävätkö ajatuksesi paikkaansa. Etsi tai kysy evidenssiä ajatuksillesi. Etsi vaihtoehtoisia selityksiä.

101

Ajattelun ”virheet” masennuksessa

5. Katastrofiajattelu
 - Oletetaan, että pahin mahdollinen vaihtoehto tapahtuu
 - VAIHTOEHTO: Pyri suhteuttamaan ajatuksesi tilanteen mukaisesti. Ajattele vaihtoehtojen mukaisesti.
6. Suurentelu
 - Vaikeuksien näkeminen suurempina ja positiivisten vaihtoehtojen huomaamisen väheneminen.
 - VAIHTOEHTO: Etsi asioiden välille realistisia suhteita ja jaa ne osiin. Pyri ajattelemaan, että ei ole mitään tarvetta suurennella asioita.
7. Henkilöistäminen ja itsen leimaaminen
 - Oletetaan, että toisten henkilöiden reaktiot kohdistuvat aina itseä kohtaan sekä toisten vertaaminen itseän.
 - VAIHTOEHTO: Tarkista näkemyksesi. Pyri ajattelemaan, että meillä kaikilla on vahvoja ja heikkoja kohtia itsessämme. Vertailu on turhaa.
8. ”Pitäisi” -sisällöillä ajattelu
 - Pitäytyminen keinoitekoisiin sääntöihin arvioitaessa omaa ja toisten käyttäytymistä.
 - VAIHTOEHTO: Pyri löytämään joustavia sääntöjä itsellesi. Arvot ja arvostukset ovat aina henkilökohtaisia asioita.

102

Miten potilasta autetaan tavoittamaan, hyväksymään ja harjoittamaan yhä adaptiivisempaa ajattelua?

1. Todistusaineiston tutkiminen – puolesta ja vastaan.
 - Evidenssi puolesta ja vastaan voidaan kirjoittaa samaan lomakkeeseen kuin dysfunktionaalinen ajatuskin.
 - Tämän arvioinnin jälkeen muodostetaan uusi tulkinta, joka on realistisempi kuin alkuperäinen tulkinta.
 - Osa terapeutin työtä on saada potilas näkemään evidenssiä vastoin omaa tulkintaa.
2. Vaihtoehtoisten selitysmallien pohtiminen
 - Terapeutti esittelee vaihtoehtoisia tapoja ajatella ja harkitsee niitä.
3. Matemaattinen arviointi (*todennäköisyyksien yliarviointi ja vähättely*).
4. *Katastrofionnin* vähentäminen *jos-sitten kysymysten* avulla (alaspäin osoittava nuoli).
5. *Ylileistämisen* haastaminen poikkeuksien etsimisellä.
6. *Henkilöistämisen* haastaminen ulkopuolisten tekijöiden havainnoinnilla.
7. *Kaikki-tai-ei-mitään* -ajattelun haastaminen skaalaamisen avulla.
8. *Pitäisi -lauseiden* haastaminen kyseenalaistamalla säännöt.
9. *Mielenlukemisen ja emootioilla päättelyn* haastaminen Sokrateen kyselyn avulla.

103

Käyttäytymiskokeet ajatusten muuttamiseksi

- Haluamme osoittaa potilaalle, että hänen tulkintansa on enemmänkin hypoteesejä kuin faktoja ja paras tapa hypoteesien testaukseen on järjestää jonkinlainen tosielämän tilanne, jossa hypoteesi tulee testatuksi.
- Käyttäytymiskokeet ovat hyödyllisiä etenkin silloin kun potilaan maladaptiiviset uskomukset pitävät sisällään jonkun ennustuksen siitä, mitä tulee tapahtumaan (*todennäköisyyksien yliarviointi, katastrofointi sekä vähättely*).
- Tarkoitus olisi, että asiakas kokeilisi erilaista käyttäytymistä selvittääkseen pitääkö ennustukset paikkansa.
- Käyttäytymiskokeet näyttävät kuin lyhyiltä altistusharjoituksilta ja kyllä, on olemassa tietty piste, missä kognitiiviset ja käyttäytymisen interventiot kohtaavat.

104

Jätetään ajatukset rauhaan...

- Ajatusten haastamattomuuden taide.
 - KKT perustuu tieteelliselle metodille mutta se kehittyy koko ajan. Opimme jatkuvasti lisää siitä, miten ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen vuorovaikuttavat. Lähes parin vuosikymmenen ajan joukko tiedemiehiä ja klinikoita ovat kokeilleet uusia lähestymistapoja maladaptiivisten ajatusten hoidossa.
 - Tunteiden säätelyn tiede on perinteisesti pistänyt munansa kahteen koriin.
 1. *Ennakoiviin tekijöihin fokusoituneet interventiot* (ensisijaisesti vaikutetaan asioihin, mitä tapahtuu ennen emotionaalista responsia)
 2. *Responsiin fokusoituneet interventiot* (ensisijaisesti vaikutetaan asioihin, mitä tapahtuu sen jälkeen kun emotionaalinen responsi on alkanut).
 - Kognitiivisen uudelleenmuotoilun strategioat ovat perinteisesti olleet *ennakoiviin tekijöihin fokusoituneita*. Ne ovat perustuneet idealle, että maladaptiiviset tulkinnat tulevat ennen emotiota (ja ehkä aiheuttavat) ja näin ollen haastamalla ajattelua voit ehkäistä negatiivisen tunteen virittymisen.
 - Jotkut innovatiiviset klinikot ottivat enemmän *Responsiin fokusoituneen* lähestymisen negatiivisten ajatusten hoitamisessa. Hei eivät halunneet muuttaa ajatuksia vaan henkilön kognitiivisia, emotionaalisia ja käyttäytymisen responsseja negatiivisiin ajatuksiin.
 - Tämä uusi muoto KKT:a, *Hyväksymis- ja Omistautumisterapia* uskoo, että henkilön yritykset kontrolloida omia tunteita ja ajatuksia on osa ongelmaa.
 - Eräs kontrolloinnin muoto on *kokemuksellinen välttely* – henkilö yrittää välttää tai paeta aversiivista sisäistä kokemusta.

105

Jätetään ajatukset rauhaan...

- Muissa kolmannen aallon kognitiivisissa käyttäytymisterapioissa mm. *Dialektisessa käyttäytymisterapiassa* (Linehan, 1993) ja *Tietoisuustaitoihin perustuvassa kognitiivisessa terapiassa* (Segal, Williams & Teasdale, 2002) ajatellaan, että henkilöt voivat hyvinkin haluta muuttaa heidän sisäisiä kokemuksiaan mutta he jäävät jumiin negatiivisten ajatusten ja tunteiden kehään yrittäessään tehdä niin.
- *Metakognitiivisessa terapiassa* (Wells, 2009) ajatellaan, että emotionaalista kärsimystä ylläpitää maladaptiiviset tahdonalaiset kognitiiviset prosessit kuten huoliajatukset, ruminaatio ja huomion fiksoituminen.
- Huomio ei ole negatiivisen ajattelun sisällöissä vaan siinä kuinka henkilö niihin suhtautuu.

106

Kolmannen aallon terapioiden harjoituksia

- DKT ja Mindfulness
 - Havainnoi tämän hetkistä kokemusta (tuntemukset, ajatukset ja käyttäytyminen) ilman, että yrität vaikuttaa siihen.
 - Kuvaile tätä hetkeä, emootioita, ajatuksia ja käyttäytymistä sanoin.
 - Vältä tuomitsemasta (luokittelu hyväksi tai pahaksi) tätä hetkeä, emootioita, ajatuksia ja käyttäytymistä.
 - Tuo mielesi tähän hetkeen, fokusoidu ja osallistu täydellisesti tämän hetken aktiviteetteihin (joskus puhutaan täydellisestä läsnäolosta)
- Metakognitiivinen terapia
 - Ole tietoinen kaikista ajatuksistasi sellaisena kuin ne ilmenevät.
 - Tiedosta, että ajatukset ovat mentaalisia prosesseja enemmän kuin faktoja.
 - Siirrä huomiota ajatusten, emootioiden ja ulkopuolista tapahtumien välillä.
 - Ota havainnoitsijan näkökanta ajatuksiisi.
 - Luovu yrityksistä ymmärtää ajatustesi merkitystä tai luovu virheellisten uhkakuvien välttelystä ja pakenemisesta.

107

Vähemmän ajattelua, enemmän tekoja

- Miltä *hyväksyntä* näyttää? Mitä tapahtuisi jos potilaat hyväksyisivät ajatuksensa enemmän kuin taistelisi niitä vastaan ja pistäisivät eforttia *arvojen mukaiselle toiminnalle*?
 - Arvojen kirkastaminen – tavoitteet, teot, esteet
 - Kamppailusta luopuminen – luovan toivottomuuden tila
 - Ajatusten katseleminen – nähdään ajatukset vain ajatuksina
 - Aivojen kanssa ystävystyminen – eliminoidaan negatiivisten ajatusten tuottamat maladaptiiviset responsit
 - Kognitiivinen defuusio - en ole luuseri vaan tässä tilanteessa huomaan ajattelevan olevani luuseri.

108

Table 4 – Dysfunctional Thoughts Record. Judith Beck⁵² and Beck et al.⁵

Dysfunctional thoughts record				
<i>Instructions: When you notice your mood getting worse, ask yourself: What is going through my mind right now? And as soon as possible jot down the thought or mental image in the Automatic thought column. Identify, then, what emotions, feelings or mood state you felt when you had this thought. Then, check out how realistic or true these thoughts are and build a more rational answer, with alternative thoughts more appropriate to the situation. Assess how much has changed your original thought and feeling.</i>				
Situation	Automatic thought	Emotion	Adaptive answer	Result
Specify the situation, what happened? Where were you, what were you doing? Who was involved?	Which thoughts and/or images did you have in your mind in that situation? Highlight the most important thought or the one which most troubled you. If possible, assess how much do you believe in each of the thoughts (0-100%).	Which feelings or emotions (sadness, anxiety, anger etc.) did you feel in that situation? If possible, assess the intensity of each emotion (0-100%).	Use the questions below to compose the answers to the automatic thoughts. If possible, assess how much do you believe in each alternative answer. Which are the possible cognitive distortions (see list of Cognitive Distortions) you have done?	Assess how much do you believe now in your automatic thoughts (0-100%) And in the intensity of your emotions (0-100%).

In order to build the alternative answer, do the questions:

- In order to build the alternative answer, do the questions:
1. What is the **evidence** that the automatic thought is true? What is the evidence it is not true?
 2. Are there **alternative explanations** for the event or **alternative ways** of seeing the situation?
 3. Which are the implications, in case the thoughts are true? What is the worst thing of the situation? What is the most realistic one? What you may do about it?



Perfektionismin hoito

- Tunnistaminen:

- Perfektionismiin liittyy seuraavia piirteitä:
 - Vaikea täyttää omia tavoitteita ja saavuttaa omaa vaatimustasoa
 - Turhautumista, masennusta, ahdistuneisuutta ja vihaisuutta pyrkiessään saavuttamaan omia vaatimuksia
 - Muut ovat huomauttaneet minulle, että vaatimustasoni on turhan korkea
 - Ovatko vaatimukseni ja tavoitteeni tielläni? Tekevätkö ne vaikeaksi pysyä aikataulussa, saattaa tehtävä päätökseen, luottaa muihin tai tehdä jotain spontaanisti?
- Jos vastasit kyllä johonkin näistä kysymyksistä, sinulla saattaa olla ongelma perfektionismin kanssa.

111

Perfektionismin kognitiiviset piirteet

1. Kaikki tai ei mitään –ajattelu / pitäisi –ajattelu
2. Erittäin kova vaatimustaso tai joustamattomat vaatimukset
3. Tuplavaatimuksia: itselle kovemmat vaatimukset kuin muille ihmisille
4. Todennäköisyyksien yliarviointia
5. Yliyleistämistä
6. Yksityiskohtiin takertuminen
7. Katastrofiajatukset
8. Liiallinen tarve kontrolloida asioita
9. Vääristymiä tarkkaavaisuudessa, tulkinnoissa ja muistoissa

112

Perfektionismiin liittyvät käyttäytymiset toiminnan tasolla

1. Ylikompensaatio
2. Rungas asioiden tarkistaminen ja varmistelu
3. Asioiden toistaminen ja korjaaminen
4. Rungas organisointi ja listojen tekeminen
5. Asioiden tekemisen viivyttely tai pitkittäminen
6. Pitkän ajan käyttäminen tehtäviin, joiden tekeminen vaatisi vähemmän aikaa
7. Nopea luovuttaminen
8. Vaikeudet delegoida
9. Hamstraaminen tai liiallinen vaatiminen
10. Välttely
11. Yritykset kontrolloida tai muuttaa muiden ihmisten käyttäytymistä

113

Perfektionismin hoito

- Motivointiin nelikenttä: perfektionististen tavoitteiden / vaatimustasoltaan alhaisempien tavoitteiden negatiiviset ja positiiviset seuraukset.
 - Tavoitteiden asettaminen yksi kerrallaan.
1. Kognitiivinen terapia perfektionistisen ajattelun muuttamiseen
 - ajatusten kyseenalaistaminen ja uudelleen muotoilu -> realistinen ajattelu
 - perspektiivin ottaminen (kuinka joku toinen näkisi tilanteen, vaihtoehtoiset tavat ajatella, mitä sanoisin ystävälle, jolla olisi vastaavia ajatuksia)
 - kokonaisuuden ottaminen huomioon ja perspektiivin laajentaminen
 - kompromissit ja priorisointi sekä realistiset tavoitteet

114

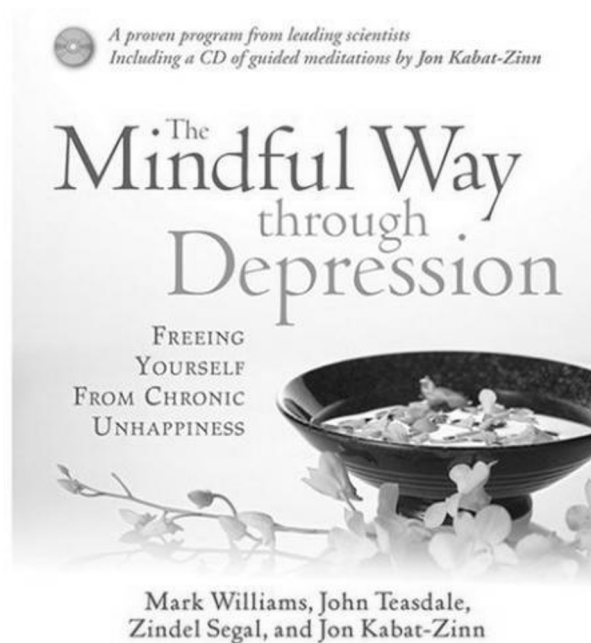
Perfektionismin hoito

2. Perfektionistisen toiminnan muuttaminen

- Virheiden, puutteellisuuden tai muun vastaavan tekemisen pelko taustalla.
 - Altistus virheiden tekemiselle, epätäydellisyydelle sekä reagoinnin ehkäisy
 - Aseta realistisia tavoitteita, pyydä apua
 - Realististen aikataulujen laatiminen ja priorisointi
 - Mindfulness ja hyväksyntäpohjaiset menetelmät
 - Myötätuntoharjoitukset

3. Itsensä palkitseminen pelkojen kohtaamisesta

115



116

Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT

- Kehittäjät: Zindel Segal, Mark Williams ja John Teasdale
- MBCT on kehitetty potilaille, joilla on ollut depressiivistä oireilua historiassa ja näin ollen ovat haavoittuvia uusille episodeille.
- Kun masennus on remissiossa, potilasta opetetaan olemaan tietoinen kehon tuntemuksista, ajatuksista, tunteista ja toimimaan tehokkaasti jo varhaisten varomerkkien ilmaantuessa.

117

Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT

- Ohjelma on ytimeltään mindfulness meditaatiota, samaan tapaan kuin Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR, Kabat-Zinn) mutta siinä on lisänä joitakin elementtejä kognitiivisen käyttäytymisterapian (Cognitive Behavior Therapy, CBT) masennuksen hoito mallista.
- Toteutetaan kahdeksan viikon (1 sessio x vko) ryhmämuotoisena mallina.
- Ryhmässä voi olla jopa 12 potilasta.

118

Tietoisuustaitojen opettelemisen ja harjoittamisen kolme keskeistä elementtiä (MBCT)

1. Tietoisuuden kehittyminen

- Muodollisia tietoisuustaitoharjoituksia
 - Kehon skannaus, istumameditaatio, tietoinen liikkuminen esim. hidas kävely
- Epämuodollisia harjoituksia
 - Nykyhetkeen keskittyminen päivittäisessä elämässä

2. Tietylnaisen asenteellisen maailmankuvan tai filosofian kehittyminen

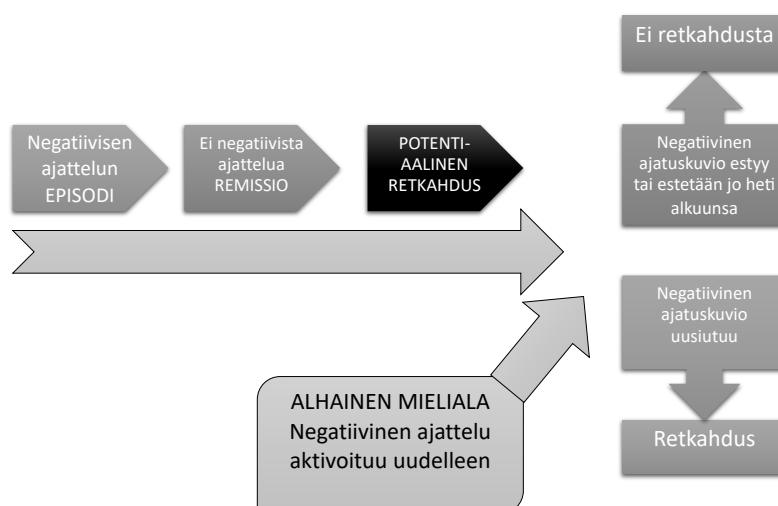
- Ystävällisyys, uteliaisuus, halukkuus (kokea), myötätunto, ”aloittelijan mieli”, hyväksyntä

3. Ihmisen haavoittuvuuden ymmärtäminen ja sen kanssa työskentely

4. Doing mode -> Being mode

119

Kognitiivinen riski depressiivisyyden relapsoitumiseen



120

Doing (tekeminen) ja Being (oleminen)

Doing mode of mind

- Tavoite- ja ongelmaorientoitunut.
- Huomio on asioissa ja ominaisuuksissa eikä suorassa kosketuksessa kokemukseen.
- Huomio on suuntautunut menneeseen tai tulevaisuuteen.
- Hyväksynnän puute. Miten asiat kuuluisivat olla. Miten voisi nykyisyyteen saada muutosta.
- MUREHTIMINEN JA KOKEMUKSEN VÄLTTELY

Being mode of mind

- Huomio on tarkoituksellisesti siirretty kokemaan nykyhetkeä.
- Henkilö on suorassa kontaktissa maailmaan aistiensa välityksellä.
- Kokemuksellisuutta pitää yllä tietty filosofinen asenne hyväksynnästä, ystävällisyydestä, kiinnostuksesta, lämmöstä, myötätunnosta...
- Kaikki kokemukset ovat vain tapahtumia, jotka johtuvat tietoisena olemisesta.

121

Mindfulness-Based Cognitive Therapy – Sessiot ja kotitehtävät

1. Viikko 1 – Autopilootti

1. 45-min kehon skannaus harjoitus.
2. Huomio päivittäisiin rutiineihin esim. suihkussa käynti päivittäin.
3. Yhden lounaan tietoinen syöminen viikon aikana.

2. Viikko 2 – Esteiden kanssa toimeen tuleminen

1. 45-min kehon skannaus harjoitus.
2. 10-min hengitys-harjoitus päivittäin.
3. Tietoisesti huomio erilaisiin päivittäisiin rutiineihin.
4. Päivittäinen kirjanpito miellyttävistä kokemuksista.

122

Mindfulness-Based Cognitive Therapy – Sessiot ja kotitehtävät

3. Viikko 3 – Tietoisuus hengityksessä (ja kehon liikkeissä)

1. Venyttele ja hengitä – harjoitus päivinä 1, 3 ja 5.
2. Tietoinen liikkuminen – harjoitus päivinä 2, 4 ja 6.
3. Päivittäinen kirjanpito epämiellyttävistä kokemuksista.
4. Kolmen minuutin hengitys – harjoitus (breathing space) kolmasti päivässä.

123

Mindfulness-Based Cognitive Therapy – Sessiot ja kotitehtävät

4. Viikko 4 – Pysyminen nykyhetkessä

1. Istuma – meditaatio.
2. Kolmen minuutin (muodollinen) hengitys – harjoitus (breathing space) kolmasti päivässä.
3. Kolmen minuutin (epämuodollinen) hengitys – harjoitus (breathing space) ongelma tilanteissa.

5. Viikko 5 – Hyväksyntä ja salliminen (allowing)

1. Istuma – meditaatio.
2. Kolmen minuutin (muodollinen) hengitys – harjoitus (breathing space) kolmasti päivässä.
3. Kolmen minuutin (epämuodollinen) hengitys – harjoitus (breathing space) ongelma tilanteissa. Harjoituksen jälkeen tutki mahdollisuutta avata ”kehosi ovi” (body door)

124

Mindfulness-Based Cognitive Therapy – Sessiot ja kotitehtävät

6. Viikko 6 – Ajatukset eivät ole tosia

1. Harjoittelua 40-min päivässä
 - eri kombinaatioita kolmesta eri ydinharjoituksesta (kehon skannaus, istuma-meditaatio ja tietoinen liikkuminen).
 - Erilaisia lyhyempiä harjoituksia.
 - Harjoituksia CD:n avulla ja ilman.
2. Kolmen minuutin (muodollinen) hengitys – harjoitus (breathing space) kolmasti päivässä.
3. Kolmen minuutin (epämuodollinen) hengitys – harjoitus (breathing space) ongelma tilanteissa. Ensimmäisenä askeleena laajentaa suhtautumistasi ajatuksiin, tutki mahdollisuutta avata ”ajatustesi ovi” (thought door).
4. Tutkimusta ja työskentelyä henkilökohtaisen retkahdusten ehkäisy ohjelman pohjalta.

125

Mindfulness-Based Cognitive Therapy – Sessiot ja kotitehtävät

7. Viikko 7 – Miten voin parhaiten pitää huolta itsestäni?

1. Valitse sellainen setti harjoituksia, joita aiot jatkaa ryhmän päätyttyä
2. Kolmen minuutin (muodollisia tai epämuodollisia) hengitys – harjoituksia (breathing space), jonka jälkeen tutki mahdollisuutta avata ”taitavan toiminnan ovi” (door of skilful action).
3. Kehitä varhaisten varomerkkien havaitsemissysteemi.
4. Kehitä toimintasuunnitelma, jota voit pitää lähelläsi silloin kun mieliala on alhainen.

126

Mindfulness-Based Cognitive Therapy – Sessiot ja kotitehtävät

8. Viikko 8 – Opittujen tietojen ja taitojen käyttäminen tulevaisuuden mielialojen hallinnassa
 1. Päivittäisen harjoittelun ohjelma, jonka turvin pärjää ainakin seuraavan kuukauden (jolloin mahdollinen seurantatapaaminen)
 2. Muodollisen ja epämuodollisen harjoittelun jatkuminen.
 3. Palautelomake ryhmästä.

127

Barlow & Farchione: Kokoava hoitomalli (UP) emotionaalisten häiriöiden transdiagnostiseen hoitoon

Yleisesti hoitomallista

The Unified Protocol (UP) for Major Depressive Disorder

128

Yleisesti hoitomallista

- Hoitomallin suuntaviivat ulottuvat jo liki kolmen vuosikymmenen taakse, jolloin julkaistiin teos: *Anxiety and Its Disorders* (Barlow, 1988)
 - Siellä nimenomaan luvussa *"The Process of Fear and Anxiety Reduction: Affective Therapy"* esiteltiin yhtenäinen terapeutinen lähestymistapa laajaan joukkoon emotionaalisia ongelmia, joka perustui emotionaaliseen teorialle.
 - Myös artikkeli *"Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders"* (Barlow, Allen & Choate, 2004)
- Transdiagnostisten muutoskohteiden keskeinen tekijä liittyy voimakkaiden emotionaalisten tuottamiin toimintayllykkeisiin, joita kutsutaan nimellä *emotion provoking behaviors* (emotion-driven behaviors)
- Lisäksi ydin muutoskohteina ovat 1) *elämän stressoreiden kontrolloimattomuuden liiallinen tiedostaminen (piirre: neuroottisuus)* ja 2) *huomio negatiivisessa asenteellisuudessa ml. huomio sisäisissä, affektiivisissä ja itse-arvioivissa ajatuksissa.*

129

Aluksi

- Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein samanaikaisesti ja ovat vahvasti yhteyksissä toisiinsa (Barlow 2002).
- Mielialahäiriöiden ja ahdistushäiriöiden comorbiditeetti on n. 55%.
 - Esiintyvyys tarkasteltuna koko eliniän ajalta, on comorbiditeetti jopa 77 % (Brown, Campell, et al., 2001).
 - Häiriöt, joissa on eniten comorbiditeettia ovat post-traumaattinen stressi (PTSD), vakava masennus (MDD), dystymia (DYS) ja yleistynyt ahdistuneisuus (GAD). Eriyisen suuri samanaikaisuus nähtiin sosiaalisen ahdistuneisuuden ja mielialahäiriöiden sekä PTSD:n ja mielialahäiriöiden yhteydessä.
 - Merikankaan, Zhangin ja Avenolin v. 2003 tekemässä tutkimuksessa, jossa seurattiin 500 ahdistus ja masennuspotilaan tilannetta, tutkijat huomasivat, että vain suhteellisen harvoilla potilailla oli vain mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö ja lähes kaikilla niillä potilailla, joilla oli diagnosoitu jokin ahdistuneisuushäiriö, diagnosoitiin jossakin myöhemmässä vaiheessa jokin mielialahäiriö (Barlow, 2008).
- Koska mieliala- ja ahdistushäiriöiden comorbiditeetti on korkea, monet tukijat ovat alkaneet pohtia yhteyksiä näiden häiriöiden välillä.
- On havaittu, että yksittäisen ahdistuneisuushäiriön hoito vaikuttaa samalla potilaalla myös muihin, diagnosoituihin ahdistuneisuushäiriöihin ja mielialahäiriöihin, vaikka ne eivät ole olleet hoidon kohteina (Borkovec, Abell, & Newman, 1995; Tsao, Lewin, & Craske, 1998; Tsao et al., 2002, 2005).

130

Aluksi

- Bostonin yliopiston ahdistushäiriöihin erikoistuneen klinikan (Center for Anxiety and Related Disorders) yhdistetyssä hoitoprotokollassa mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden kehityksen taustalla kuvataan kolmoishaavoittuvuutta, millä tarkoitetaan 1) yleistä biologista haavoittuvuutta, 2) yleistä psykologista haavoittuvuutta sekä 3) erityistä psykologista haavoittuvuutta, joka on peräisin varhaisista oppimiskokemuksista.
 1. Biologisia haavoittuvuustekijöitä tutkittaessa on havaittu tiettyjen temperamentti- ja persoonallisuuden piirteiden kuten neuroottisuus ja taipumus negatiivisiin emotioneihin liittyvän sekä mieliala- että ahdistuneisuushäiriöihin.
 2. Psykologisesti merkittävänä haavoittuvuustekijöinä näyttäytyvät sellaiset elämäkokemukset, jotka vahvistavat uskomusta siitä, että erityisesti kielteiset tapahtumat ovat ennakoimattomia ja vaikeasti kestäviä. Erityisesti kielteisiin tapahtumiin liittyvä hallinnan tunteen puute liittyy monien ahdistuneisuushäiriöiden kehittymiseen.
 3. Sellaiset varhaiset oppimiskokemukset, joihin liittyy voimakasta ahdistuneisuutta yhdistettynä uhan tai vaaran tunteeseen voivat edesauttaa ahdistuneisuushäiriöiden kehittämisessä silloin kun taustalla on sekä biologisia että psykologisia haavoittuvuustekijöitä.
- Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöillä on samanlainen tausta (ns. kolmoishaavoittuvuus) ja eri diagnoosit ovat saman ongelman eri variaatioita. Tämän vuoksi on haluttu kehittää hoitomuoto, jolla olisi vaikutusta laajemmalti kaikkiin näitä ongelmia yhdistäviin piirteisiin.

131

Aluksi

- Yhdistetty hoitoprotokolla on kehitetty Bostonin yliopiston ahdistuneisuushäiriöiden klinikalla ja se on kehitetty pääasiassa yksilöhoitomuodoksi, mutta myös ryhmämuotoisesta toteutustavasta on hyviä kokemuksia. (Barlow 2008)
- Yhdistetty hoitoprotokolla on vielä kehittelyvaiheessa ja siitä on olemassa kaksi avointa tutkimusta.
 - Ensimmäisessä tutkimuksessa tutkittiin mallin alustavaa versiota ja hoidon tulokset näyttivät merkittävältä useilla eri mittareilla seurattuna.
 - Kliininen merkitsevyys jäi kuitenkin vaatimattomaksi, koska vain 33%:lla tutkituista todettiin hoidon lopussa hyvä toimintakyky.
 - Toinen tutkimus tehtiin mallin kehittyneemmällä versiolla, jolloin hoidon tutkimusnäyttö oli vankempaa.
 - Toisessa tutkimuksessa jopa 60%:lla tutkituista toimintakyky näyttäytyi hyvänä. Kuuden kuukauden seurantatutkimuksessa 69% raportoi saavuttaneensa hyvän toimintakyvyn asteen (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione & Barlow 2010).

132

Keitä UP:lla hoidetaan?

- Voimakkaiden tunteiden tuottamat negatiiviset vaikutukset henkilöön
 - Henkilön reaktiot voimakkaisiin tunteisiin tekevät emotionaalisen häiriön.
 - Koetko voimakkaita tunteita yhdessä tai useammassa tilanteessa elämässäsi?
 - Koetko, että tunteet ovat epämiellyttäviä tai ovat osoitus heikkoudesta?
 - Koetko meneväsi liiallisuuksiin välttääksesi jotain tiettyä tunnetta? Haittaako tämä mielekkään elämisen elämistä?
- 1. Ahdistuneisuushäiriöt
 - Paniikkihäiriö, yleinen ahdistuneisuushäiriö (GAD), sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö, PTSD
- 2. Pakko-oireinen häiriö
- 3. Masennus
 - Vakava masennus, toistuva masennus
- 4. Epävakaa persoonallisuushäiriö
- 5. Syömishäiriöt
- 6. Itsetuhoiset käyttäytymiset
 - Tahallinen itsensä vahingoittaminen, vaaralliset käyttäytymiset, pakonomainen alkoholin- tai huumeiden käyttö.

133

Pyrkimyksiä välttää, paeta tai kontrolloida emootioita

1. Konkreettinen (motorinen käyttäytyminen) tilanteiden välttely
 - Kieltäytyminen bussilla matkustamisesta (agorafobia)
 - Puuvillahansikkaiden käyttö kontaminaation välttämiseksi (OCD)
2. Tunteiden provosoima käyttäytyminen
 - Itsensä kyseenalaistaminen ahdistavassa tilanteessa (sos.fobia)
 - Huutaminen, hyökkääminen (tunne-elämän epävakaus)
3. Yksityisen käyttäytymisen välttely
 - Pyrkimykset minimoida tai poistaa tunteita tai niiden komponentteja mm. fyysisiä oireita (kofeiinin välttäminen)
4. Kognitiivinen välttely
 - Ajatusten tukahduttaminen, huomion poissiirtäminen
- Turvavaikutteiden käyttö
 - Rauhoittavien lääkkeiden laukussa pitämään, ulkona liikkuminen ainoastaan puolison seurassa (paniikkihäiriö)

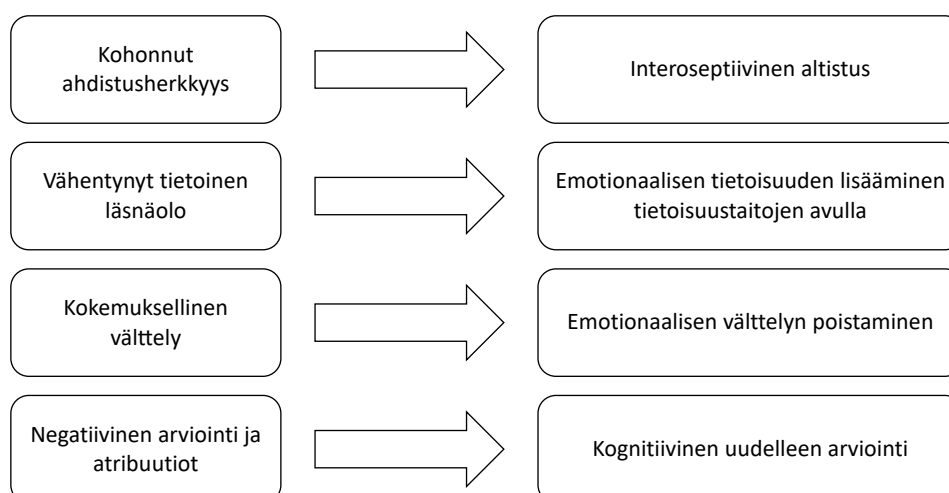
134

Emotionaalisten häiriöiden yhteisiä piirteitä

- Emotionaaliset häiriöt (kuten melkein kaikki muutkin psykiatriset häiriöt) ovat voimakkaasti komorbidisoivia.
 - Mm. 76 %:lla ahdistusneisuushäiriöisillä on ollut elämän aikana ainakin yksi jokin muu ahdistus- tai mieliala diagnoosi.
- Kaikista voimakkaimmin komorbidisoivia häiriöitä ovat: post-traumaattinen stressihäiriö (PTSD), vakava masennus (MDD), dystymia (DYS) ja yleistynyt ahdistuneisuus (GAD).
- Merikangas, Zhang ja Aveneoli (2003) tutki viidentoista vuoden aikana n. 500 masennus ja ahdistus potilasta ja vain aniharvalla oli ainoastaan yksi diagnoosi.
- Hoidot yksittäiseen ahdistushäiriöön tuottaa helpotusta myös muihin potilaan komorbideihin mieliala- ja ahdistushäiriöihin. (mm. Allen et al, 2010)
- Tunteiden neurotieteellinen tutkimus on osoittanut, että eri häiriöt omaavat melko samankaltaisen neurobiologisen pohjan.
 - Mm. ahdistuneisuushäiriöihin kuuluva negatiivisen emotionaalisuuden taustalla on limbisen järjestelmän hyperkiihtyneisyys ja kortikaalisten alueiden inhibitorinen kontrolli.

135

Kokoavan hoitomallin (UP) kohteet ja menetelmät



136

Esimerkkejä emotionaalisiin tilanteisiin liittyvistä aversiivisista reaktioista

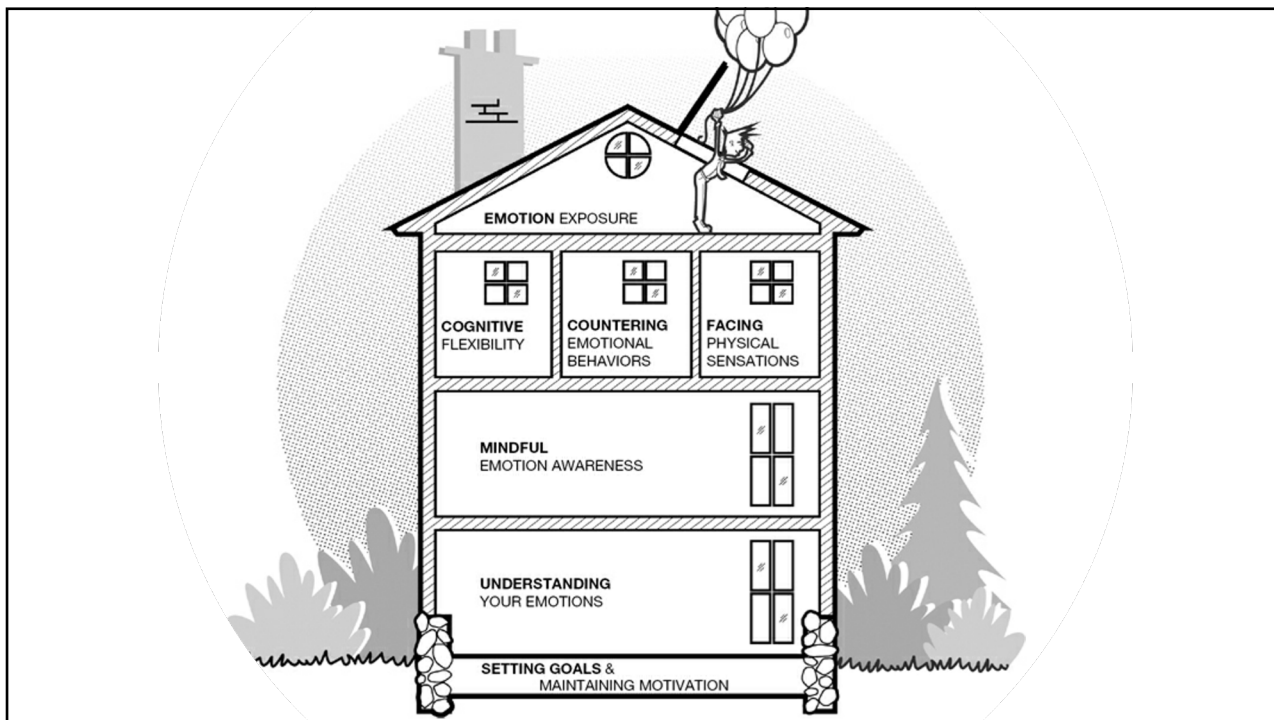
Emotionaalinen tapahtuma	Aversiiviset reaktiot	Häiriö
<i>Alhainen mieliala</i> herätessä	- Tämä päivä menee pilalle. - Vihaan sitä kun minusta ei tunnu täydelliseltä. - Vaikka minulla ei olekaan isoja ongelmia, olen epäonnekas tuntiessani näin.	Depressiiviset häiriöt
<i>Vihaisuus</i> koiran rikkoessa jotakin <i>Ylpeys</i> siitä kun on saanut pääroolin koulun näytelmässä <i>Surullisuus</i> eron jälkeen	- Jopa tyhmä ymmärtää sen, että koira ei tehnyt sitä tahallaan, joten miksi en pysty rauhoittumaan? - On aivan turhaa iloita näin pienestä roolista. - En enää ikinä pysty ihastumaan. - En kestä näin kauheaa olotilaa!	Mikä tahansa emotionaalinen häiriö

137

Kokoavan hoitomallin (UP) moduulit ja niiden kestot

- Moduuli 1. **Tavoitteiden asettaminen ja motivaation ylläpitäminen** (1 tapaamiskerta)
- Moduuli 2. **Emootioiden ymmärtäminen** (1-2 tapaamiskertaa)
- Moduuli 3. **Tietoisuuden lisääminen emootioista** (1-2 tapaamiskertaa)
- Moduuli 4. **Kognitiivinen joustavuus** (1-2 tapaamiskertaa)
- Moduuli 5. **Emotionaalisen käyttäytymisen** (emotion-driven behaviors) **vastatoimet** (1-2 tapaamiskertaa)
- Moduuli 6. **Fyysisten oireiden ymmärtäminen ja haastaminen** (1 tapaamiskerta)
- Moduuli 7. **Altistus emootioille** (4-6 tapaamiskertaa)
- Moduuli 8. **Saavutusten tunnistaminen ja tulevaisuuteen katsominen** (1 tapaamiskerta)

138



139

Kokoava transdiagnostinen hoitomalli (UP) vakavaan masennukseen – ennen hoitoa

- Moduuli 1: Ennen varsinaista hoitoa annetaan psykoedukaatiota emootioista, neuroottisuudesta (piirre, BIG 5) ja kokemuksellisesta välttelystä.
 - Etenkin masentuneiden kanssa on hyvä puhua *surullisuuden* adaptiivisuudesta. Kaikki me koemme jotenkin saman kaltaisesti, jos meillä on elämässä kontrolloimattomia takaiskuja ja paljon menetyksiä. Tämä yleisesti saa aikaan sen, että vetäydymme joksikin aikaa suremaan ja prosessoimaan menetystä tai alamme ratkoa ongelmaa.
- Myös tavoitteiden asettelu ja motivaatiosta keskustelu on alussa tärkeää masentuneiden kanssa.
 - Keskustelkaa keinoista lisätä motivaatiota ja generoikaa potentiaalisia vaihtoehtoja niihin tilanteisiin kun motivaatio on alhaalla.
 - On hyvä, jos asiakas tajuaa, että masennus on reaktio ympäristöön, tilanteisiin ja käyttäytymispuutoksiin ja tavoitteiden saavuttaminen parantaa olotilaa.
- Tehkää jonkinlainen formulaatio asiakkaan ongelmista, joka on käyttäytymistä tarkasti kuvaava ja fokus käyttäytymisen funktiossa (analysoidaan siis käyttäytymisen topografiaa ja funktiota)

140

Clarifying Top Problems <i>In what way have your emotions (i.e., feeling sad, anxious, guilty) caused problems in your life?</i>	Setting Concrete Goals <i>What are some concrete goals for addressing your top problem? What would you be doing/not doing if you achieved your goal?</i>	Taking the Necessary Steps <i>Break your goals into several smaller steps so you'll have a better idea of how to start moving towards your goals.</i>
<u>Top Problem</u> I've become socially isolated	<u>Concrete Goal 1</u> To make new friends	Step 1 Search online for clubs or classes
		Step 2 Sign up for and attend new class
		Step 3 Make small talk with someone
		Step 4 Invite someone to get coffee after class
	<u>Concrete Goal 2</u> To get to know my coworkers better	Step 1 Start eating in the break room
		Step 2 Make small talk with coworkers
		Step 3 Have longer talks with coworkers
		Step 4 Attend work happy hour
<u>Top Problem</u> I can't seem to get anything productive done	<u>Concrete Goal 1</u> To complete work tasks ahead of time	Step 1 Outline steps to complete task when it is first assigned
		Step 2 Work on task for a little while daily
		Step 3 Try to work on task even if I don't feel like it
		Step 4 Consider the task finished when it's "good enough" even if it's not perfect
	<u>Concrete Goal 2</u> To delegate tasks to others	Step 1 Identify tasks at work and at home that my coworkers/family can help with
		Step 2 Stop myself from checking their work
		Step 3 Focus on other priorities
		Step 4 Allow them to complete the task in their own way.

141

Kokoava transdiagnostinen hoitomalli (UP) vakavaan masennukseen – Hoito moduuleittain

• Moduuli 2. Emootioiden ymmärtäminen

- Adaptiivinen tunteiden säätely pitää sisällään objektiivisen monitoroinnin sekä tunteiden luokittelun. Lisäksi ensisijaiset- ja toissijaiset tunteet tulisi osata erottaa. (Greenberg, 2008)
- Tärkeintä on opettaa masentuneelle tunnistamaan heidän emotionaalisen kokemuksen kolme komponenttia: 1) *fyysiset tuntemukset*, 2) *surullisuus* ja 3) *anhedonia*. Tämä ovat yleensä vaikeammin tunnistettavia kuin pelkät ajatukset ja käyttäytymiset.
- Vaikka surullisuus ja syyllisyys voivatkin olla ylliedustettuina niin potilasta on kannustettava tunnistamaan ja kokemaan kaikkia tunteita.
- Opetetaan tunnistamaan positiivisia emootioita ja huomaamaan oma reaktio niihin (kokemuksen vähättely tai itsensä syyttely siitä, kun ei tunnu miltään).

142

Example Form 5.1a: Three-Component Model

Use this form whenever you are feeling a strong emotion to help you break it down into its three parts. You can also use this form after an emotional experience to review how your emotion progressed.

Situation: *Late for the bus*

Emotion(s): *Anxiety*

Physical Sensations
(what you're feeling in your body)

*Heavy breathing
Faster heart rate
Dizzy*

Thoughts (what you're thinking)

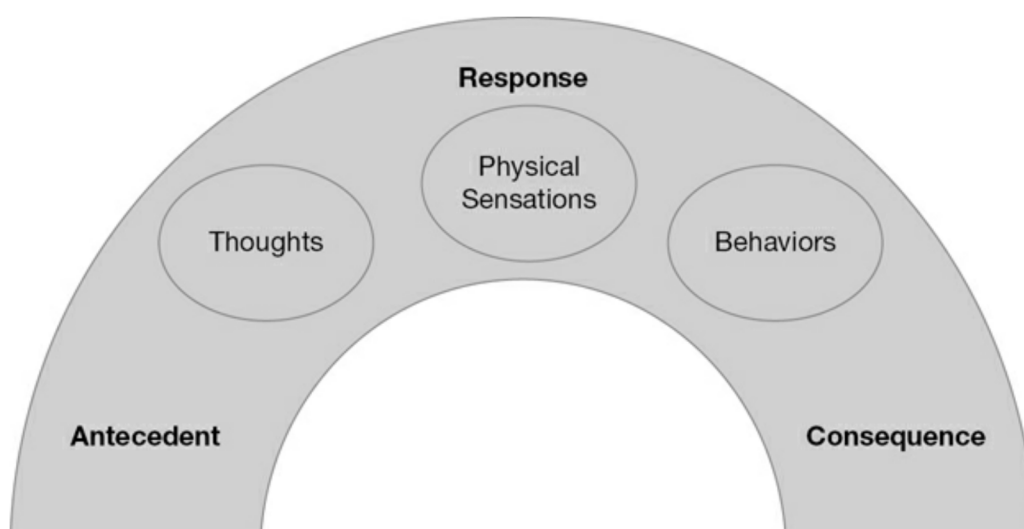
*This is so uncomfortable
If I get on this bus, I'm going
to have a panic attack

It's happening—I'm
definitely going to panic*

**Behaviors (what you're doing, what you
feel like doing)**

Walking to work instead

143



144

Table 6.1. Antecedents for Strong Emotions

Panic Disorder	Enclosed spaces (elevators), crowded places (movie theaters, sporting events), public transportation, caffeine, exercise
Generalized Anxiety Disorder	Making a schedule, errands, housekeeping, upcoming performance evaluations at school or work
Social Anxiety Disorder	Upcoming social events (parties, meetings, clubs), participating in classes, giving presentations, asking for help, introducing yourself, making small talk
Obsessive-Compulsive Disorder	Touching something dirty, seeing something scary on the news, seeing/hearing anything that reminds you of your obsessions
Posttraumatic Stress Disorder	Seeing/hearing something that reminds you of the trauma, loud noises
Depression	Getting bad news, not feeling up to plans, taking much longer to complete tasks than before, seeing other people having fun
Borderline Personality Disorder	Disagreements with friends, family, or partner; being alone; feeling slighted; stressors at work or school
Eating Disorders	Gaining a few pounds, feeling full, clothes feeling a bit too tight, an upcoming event where you have to dress up
Insomnia	Bedtime, seeing the time on a clock, an important appointment scheduled for early in the morning

145

Kokoava transdiagnostinen hoitomalli (UP) vakavaan masennukseen – Hoito moduuleittain

• Moduuli 3. **Tietoisuuden lisääminen emootioista**

- Masentuneilla henkilöillä on puutteita tietoisessa läsnäolossa heidän emootioiden ja kokemustensa kanssa – etenkin kunnioittavassa, tuomitsemattomassa tiedostamisessa ja tunteen kanssa olemisessä ilman, että siitä alkaa ongelmallinen ajatteluprosessi mm. ruminointia.
- Masentuneet ovat kovin tuomitsevia omaa emotionaalista kokemistaan kohtaan.
- Potilas ohjataan tapaamiskerroilla *havainnoimaan* ja *kuvaamaan* nykyhetkessä olevia triggeriä sekä *osallistumaan* tietoisesti läsnä ollen erilaisiin harjoituksiin (induction exercise).
- Potilasta pyydetään harjoituksen jälkeen tutkimaan reaktioitaan mm. sekundaari emotion tunnistaminen, tuomitseva ajattelu ja ruminointi sekä rohkaistaan häntä avoimeen ja kiinnostuneeseen tutkimiseen.

146

- ☐ **Mindful Emotion Awareness Meditation:** Listen to the five-minute audio recording available at <http://www.oup.com/us/tw> and record your experience.
- ☐ **Mindful Mood Induction:** Choose a song that you know will bring up emotions for you and practice observing your experience in the present moment nonjudgmentally. Record your experience.
- ☐ **Anchoring in the Present:** When you notice that an emotional response is building, complete the following four steps: (1) use your cue (e.g., breath) to ground yourself in the present moment, (2) do a three-point check (thoughts, physical sensations, behaviors), (3) ask yourself if your response is consistent with what's going on right now, and (4) bring your response in line with the demands of the present moment.

Date	Practice Meditation, Mood Induction, or Anchoring?	What did you notice?			How effective were you at not judging your experience?	How effective were you at anchoring yourself in the present?
		Thoughts	Physical Sensations	Behaviors	0 - 10 (not at all) (extremely)	0 - 10 (not at all) (extremely)
Oct. 1 st	Meditation	It is hard to relax, am I breathing slow enough? what should I get my mom for her birthday?	Tightness in chest	Urges to distract myself from my breathing	5	7
Oct. 2 nd	Meditation	I don't have time for this, I have such a long to do list today	Antsy, jittery, tense	Urges to stop, kept repositioning in my chair	6	4
Oct. 3 rd	Mood induction	Reminded me of my ex- we had some good times together. I can't believe I still get upset when I think about this	Heavy feeling in head, lump in throat	Urges to look ex up on Facebook after the practice	4	4
Oct. 4 th	Anchoring	I'm late for work, I'll never find parking, my boss will be irritated	Faster heart rate, sweating	Driving faster, keep checking clock, turn down radio	5	8
Oct. 4 th	Mood induction	What's the point in listening to a happy song - I'll still feel miserable after	Tired, faster heart rate the longer I listen	Toe-tapping, slight urge to dance	7	9
Oct. 5 th	Anchoring	I'll screw up a new relationship just like my old one. I haven't been on a 1 st date in 15 years - I won't know what to say	Heavy, tired, pit in stomach	Urges to cancel, listen to sad music, list out talking points	7	8
Oct. 6 th	Anchoring	I'm going to fail the test tomorrow. It was really stupid of me to go out with friends this weekend - I should have studied.	Muscle tension, faster heart rate, lump in throat	Urges to stay up late studying, cancel dinner plans	8	6

147

Kokoava transdiagnostinen hoitomalli (UP) vakavaan masennukseen – Hoito moduuleittain

• Moduuli 4. Kognitiivinen joustavuus

- UP:n on integroitu kognitiivisia tekniikoita, joita on ollut jo aiemmin yleisesti käytössä masennuksen ja ahdistuksen hoidossa kognitiivisen käyttäytymisterapian piirissä.
- Kaksi pääasiallista "ajattelun ansaa": 1) Todennäköisyyden yliarviointi, että tapahtuu jotain negatiivista ja 2) negatiivisten tapahtumien seurauksien yliarviointi (katastrofiajattelu).
 - Samaan aikaan aliarvioidaan oma kyky hallita tilannetta.
- Joustavuuden tärkeys tilanteiden arvioinnissa. Tämän harjoittelu tapaamiskerran aikana.
- Tilanteiden tulkinta ja uudelleentulkinta
- Pyritään lisäämään tietoisuutta potilaan omasta tulkintatyylisestä ja näkemään miten ajatukset vaikuttavat emotionaaliseen kokemiseen.

148

Ajatusansat

- Ajatuksista saattaa tulla ansa, joka ruokkii negatiivisia tunteita ja tunteita kuten ahdistusta, surua, häpeää, itseinhoa, jne.
- Yleiset ajatusansat:
 - Todennäköisyyksien yliarvioiminen: yliarvioi negatiivisen tapahtuman todennäköisyyden
 - Katastrofointi: henkilö automaattisesti ennustaa, jotakin pahaa tapahtuvaksi
- Kognitiivinen uudelleen arviointi (reappraisal) katkaisee tunteiden totutun kierteen
- Pakonomaisten, häiritsevien, asiattomien ajatusten arviointi
 - Negatiivinen suhtautuminen ja liiallinen uskominen omiin ajatuksiin esim. että vahingoittaa jotakuta (OCD)
 - Jos minulla on tällainen ajatus, ei se tarkoita, että olen sellainen
 - Ajatukset ovat vain ajatuksia, niitä tulee ja menee (HOT)

149

- ☐ Do I know for certain that _____ will happen or is true?
☐ What evidence do I have for this thought or belief?
☐ Could there be any other explanations?
☐ Even if _____ was true, could I live with it?

- ☐ How much does it feel like _____ is true? What is a more realistic chance that _____ is true?
☐ Is my negative automatic thought driven by the intense emotions I'm experiencing?
☐ If _____ was true, could I cope with it? How would I handle it?

Situation/Trigger	Automatic Thought(s)	Is this a Thinking Trap? YES/NO	Other Interpretation(s) <i>Often include "automatic thought may not be true" and "even if it is, I could cope."</i>

150

Kokoava transdiagnostinen hoitomalli (UP) vakavaan masennukseen – Hoito moduuleittain

• Moduuli 5. **Emotionaalisen käyttäytymisen vastatoimet**

- KKT:n strategioita (mm. käyttäytymiskokeita), jotka on kehitetty ehkäisemään emotionaalista välttelyä ja emootioiden provosoimaa käyttäytymistä.
- Kohdentuu emotionaaliseen välttelyyn ja sosiaaliseen vetäytymiseen.
- Nämä nähdään maladaptiivisena tunteensäätelynä, jotka vain ylläpitävät ja vahvistavat masennusta ja ahdistusta.
- Autetaan potilasta huomaamaan hänen omat emootioiden välttely strategiat
- Välttelyn välttäminen.

151

Emotion	Associated Behaviors
Anxiety	
Guilt	
Happiness	
Other emotions:	

152

Kokoava transdiagnostinen hoitomalli (UP) vakavaan masennukseen – Hoito moduuleittain

• Moduuli 6. **Fyysisten oireiden ymmärtäminen ja haastaminen**

- Tässä moduulissa keskitytään emotionaalisten kokemusten fyysiseen puoleen.
- Tehdään interoseptiivisen altistuksen harjoituksia (aistiprovokaatio harjoitukset), jotka herättävät fyysisiä tuntemuksia, jotka ovat hyvin pitkälle samanlaisia kuin ahdistuksessa.
- Harjoitusten tarkoituksena on lisätä toleranssia voimakkailla tuntemuksille, jotka usein yhdistyvät epämiellyttäviin emootioihin ja välttelyn haluun.
- Miten fyysiset oireet vaikuttavat ajatteluun ja käyttäytymiseen.
- Miten ajatukset ja käyttäytyminen vaikuttaa fyysisiin oireisiin.

153

Physical Sensation Test

PROCEDURE	Symptoms Experienced	Distress	Similarity
Hyperventilation (60 seconds)			
Breath through thin straw (60 seconds)			
Spinning while standing (60 seconds)			
Running in place (60 seconds)			
Other: (__ seconds)			
Other: (__ seconds)			
Other: (__ seconds)			

154

Form 10.2: Physical Sensation Practice

Use this form to record your practice of the physical exercises that you find most distressing and most similar to your own experiences of strong emotion (e.g., the way you feel in your body when you are anxious, down, etc.).

"Trial" is a way to keep track of how many repetitions you have done of the exercise; "Distress" is where you can record your distress on a 0-10 scale (where 0 = no distress and 10 = extreme distress); and "Similarity" is where you can record how similar the exercise feels to your own strong emotions.

Repeat each exercise at least five times in a row in one sitting.

EXERCISE: _____

Trial	Distress	Similarity
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

EXERCISE: _____

Trial	Distress	Similarity
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

EXERCISE: _____

Trial	Distress	Similarity
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

EXERCISE: _____

Trial	Distress	Similarity
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

EXERCISE: _____

Trial	Distress	Similarity
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

EXERCISE: _____

Trial	Distress	Similarity
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

155

Kokoava transdiagnostinen hoitomalli (UP) vakavaan masennukseen – Hoito moduuleittain

• Moduuli 7. **Altistus emootioille**

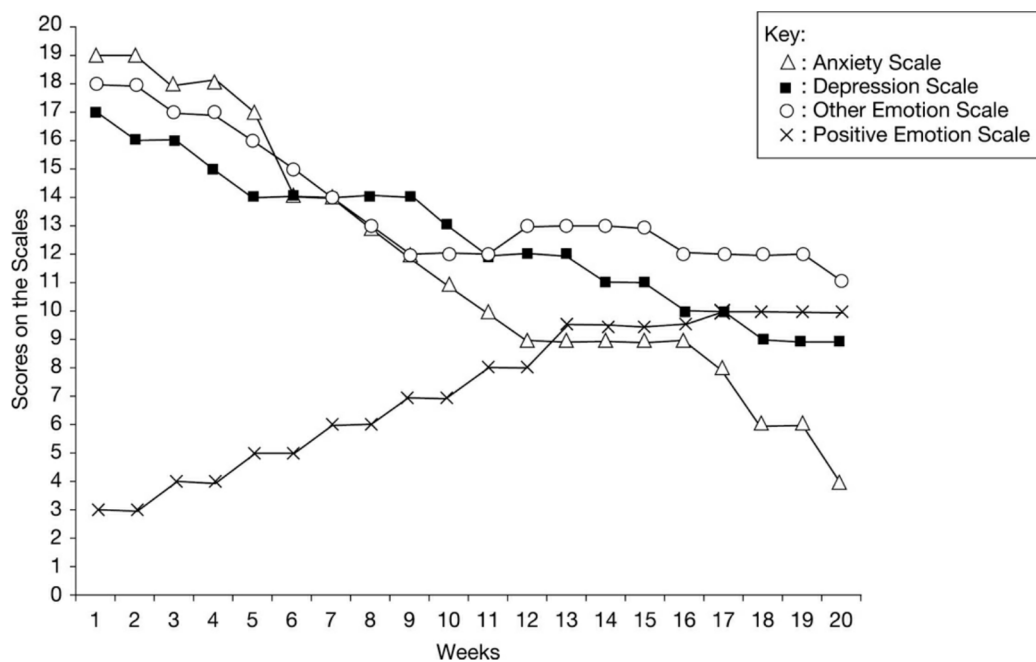
- Altistus hoidot liitetään usein häiriöihin, joita kuvaa pelko ja ahdistus mutta UP:ssa laajennetaan niiden käyttöaluetta muihinkin psykologisiin häiriöihin.
- Emootioihin fokusoitua altistusta voidaan hyvin käyttää vakavan masennuksen hoidossa.
- Myös mindfulness ja hyväksymiseen tähtäävät terapiat käyttävän saman tyyppisiä interventioita.
- Interoseptiivinen altistus (IE) kehitettiin alun perin paniikkihäiriön hoitoon (Barlow, Craske & Cerny, 1989)
- Altistushierarkian mukaan johdatetaan asiakas kokemaan välttelyä aiheuttavaa emootiota.

156

Example Form 11.2a: Record of Emotion Exposure Practice

Date:	
Exposure Task (Briefly describe the activity you have chosen to bring up an emotional response) Introduce myself to new people at a bar	
Preparation Before the Exposure	
Negative Automatic Thoughts (List the thoughts you have about completing this exposure) I'll have nothing to say People have enough friends already People will think I'm annoying or weird for hovering	Other Interpretations (Are there ways you can think more flexibly about this exposure?) I have lots of interests, so we might be able to find common ground. Even if I can't think of something to talk about, the other person might. Already having friends doesn't mean they don't want more. People go to bars to mingle. I can't know for sure what people think of me.
Emotional Behaviors (List emotional behaviors that might prevent you from fully experiencing the emotions brought up by the exposure) Only approach people I'm not attracted to Have a few drinks quickly Keep the conversation short	Alternative Action (Identify other behaviors that will allow you to fully engage with the emotions brought up by the exposure) Make a point to approach people I'm interested in Stay sober or have just one drink Try to keep asking the other person questions/linger even if I run out of things to say
Mindful Emotion Awareness Remember to take a <u>nonjudgmental</u> , willing stance toward the emotions generated by the exposure Remember to stay <u>anchored in the present</u> during the exposure.	

157



158

Form 13.2: Practice Plan

Use this form to generate a plan for continuing to practice these skills after you've completed this program.

	Mindful Emotion Awareness	Cognitive Flexibility	Confronting Physical Sensations	Countering Emotion Driven Behaviors
How will practicing this skill help you achieve your long-term goals?				
What is your specific practice plan for this skill?				
How can you hold yourself accountable to your practice plan?				

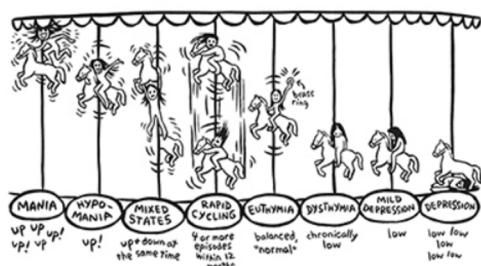
159

What is a "MOOD DISORDER" anyway?

BASICALLY, IT'S A CONDITION WHERE EMOTIONS ARE DERAILED FOR AN EXTENDED PERIOD OF TIME. THE MAIN TYPES ARE:

- ★ **BIPOLAR I:**
ALTERNATING MANIC + DEPRESSIVE EPISODES
← (that's me)
- ★ **BIPOLAR II:**
ALTERNATING HYPOMANIC + DEPRESSIVE EPISODES
R "HYPOMANIA" = MILD MANIA
- ★ **CYCLOTHYMIA:**
ALTERNATING HYPOMANIC + MILD DEPRESSIVE EPISODES
- ★ **UNIPOLAR DEPRESSION:**
SINGLE OR RECURRENT EPISODES WITH NO MANIA
- ★ **DYSTHYMIA:**
CHRONIC, LOW-GRADE DEPRESSION

... WHICH REFER TO THESE MOOD STATES:



NOTE: "BIPOLAR DISORDER" + "MANIC DEPRESSION" ARE THE SAME THING.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Oireet

Psykososiaaliset hoidot

160

Kaksisuuntainen mielialahäiriö (Käypähoitosuositus, Duodecim 2013)

- Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania-, mania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja ja vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita.
- Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy runsasta oheissairastavuutta ja suurentunut itsemurhariski.
 - Miespotilaista 8 % ja naispotilaista 5 % tekee itsemurhan. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan yli puolet (55 %) kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista oli yrittänyt itsemurhaa elämänsä aikana.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö on useimmiten krooninen, uusiutuva sairaus. Seurantatutkimusten perusteella potilailla esiintyy oireita noin puolet ajasta ja jaksojen välinen oireilu on yleistä. Pääosa oireilusta on masennusvoittoista.
 - **Tyypin 1** kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa on esiintynyt masennustiloja ja manioita tai sekamuotoisia jaksoja. Lisäksi tähän tyyppiin luokitellaan ne harvinaiset tilanteet, joissa potilaalla on todettavissa vain toistuvia manioita.
 - **Tyypin 2** kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa potilaalla on todettu masennustiloja ja hypomanioita. Yhdenkin maniajakson jälkeen tila diagnosoidaan tyypin 1 häiriöksi.

161

Esiintyvyys ja monihäiriöisyys

- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyttä Suomessa ei tunneta tarkasti.
- Terveys 2000 -tutkimuksessa tyypin 1 kaksisuuntaisen mielialahäiriön elinaikaiseksi esiintyvyydeksi todettiin 0,24 %, joka on muihin maihin verrattuna pienehkö.
- Terveys 2000 -tutkimuksen jatkoksi toteutetussa tutkimuksessa, joka kohdistui 19–34-vuotiaisiin, kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyksluvut (tyypin 1 häiriö 0,53 %, tyypin 2 häiriö 0,72 % ja tarkemmin määrittämätön häiriö 0,61 %) ovat lähempänä muualla todettuja.
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyydessä ei ole merkitsevää sukupuolieroa.
- Suomalaisessa tutkimuksessa todettiin, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista 45 %:lla on jokin samanaikainen ahdistuneisuushäiriö, 24 %:lla paniikkihäiriö, 14 %:lla alkoholiriippuvuus, 8 %:lla syömishäiriö ja 41 %:lla jokin persoonallisuushäiriö.
- 15-18 %:lla sairaus on alkanut ennen 13 ikävuotta, 50-66 %:lla alkanut ennen 19 ikävuotta.

162

Taulukko 1. Erotusdiagnostisia näkökulmia.	ADHD	Masennus	Kalsisuuntainen mielialahäiriö	Ahdistuneisuus	Traumaperäinen stressihäiriö
Oireet alkavat	Ennen kouluikää	Tavallisimmin koulu- tai murrosiässä, selvä ero aiempaan mielialaan verrattuna, yleistyy suuruudessa, jolloin tavallisempi tytöillä	Tavallisimmin murrosiässä, mahdollinen jo lapsuudessa, oireilu jaksottaista	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö kouluässä, sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö murrosiässä	Traumaattisen kokemuksen jälkeen, yleensä muutamien kuukauden kuluessa. Toistuvissa traumoissa alkamisajankohdalla ei ole selkeää
Levottomuus	Ylivilkkautta pienestä pitäen	Alkaa masennuksen myötä, ei kaikilla	Maniassa vauhdikasta puuhailua, touhukonutta, joka on poikkeavaa normaalitilasta verrattuna	Ahdistuneisuuteen liittyvää levottomuutta, esim. vaikeutta olla paikallaan	Ylivireystilaan liittyvää valppautta, varuillaanoloa, säpsähtelyä, yliaktiivisuutta
Keskittymättömyys	Tulee esille selkeimmin kouluässä, erityisesti pitkäkestoisista ponnisteluvaatimuksista tilanteissa	Alkaa tai vaikeutuu selvästi masennuksen myötä	Liittyy mania- ja hypomania- vaiheeseen ja vauhdikkouteen, masennuksessa vaikeutuu pitää asioita mielessä	Liittyy mielestä olevaan ahdistukseen, pelkoihin, huoliin	Voi liittyä ylivireyteen ja ympäristön alituisen tarkkailuun tai traumaattisten muistojen ajatuksiin tunteutuneeseen tai pyrkimykseen ajatella jotain muuta traumamuistojen välttämiseksi
Impulsiivisuus	Ilmenee yleensä jo ennen kouluikää, ehdi tehdä ennen kuin ehdi ajatella	Itsetuhoiset käytös voi näyttäytyä impulsiivisuudelta, hakeutuu vaarallisiin paikkoihin. Jo aiemmin ilmennyt impulsiivisuus lisää itsetuhoisuutta	Mania- ja hypomania- vaiheeseen liittyy impulsiivista, mielihyökkäystä, estotonta käyttäytymistä. Impulsiivisuus lisää itsetuhoisuutta masennusvaiheessa	Ahdistavista tilanteista pakeneminen voi muistuttaa impulsiivisuutta	Takaumasta johtuva käytös tai traumaattisten tilanteiden välttely voi muistuttaa impulsiivisuutta
Riskien ottaminen	Vaaratilanteisiin joutuminen ei yleensä tarkoituksellista, vaikkakin tavallista, onnettomuusalttiutta lisääntynyt selvästi	Suora tai epäsuora itsetuhoisuus näkyy riskien tietoisena ottamisena	Mania- ja hypomania- vaiheeseen liittyy piittaamattomuutta riskeistä (joskus suuruusajatuksen vuoksi) ja vaara- ja mielihyökkäystä käyttäytymisessä	Riskejä välttellen, paniikitilanteissa käytös harkitsematonta	"Milloin ei ole enää mitään väliä", piittaamattomuus riskeistä, joskus pyrkimys toistaa aiempia traumoja. Maailma voidaan myös kokea täynnä vaaroja olevaksi

163

Taulukko 1. Erotusdiagnostisia näkökulmia.	ADHD	Masennus	Kalsisuuntainen mielialahäiriö	Ahdistuneisuus	Traumaperäinen stressihäiriö
Mitä vältellään	Keskittymistä ja ponnisteluvaatimuksista tilanteista, paikallaan olo	Sosiaaliset tilanteet, aiemmin mielihyökkäystä tuottaneet asiat, ponnistelu	Rippuu mielialavaiheesta	Ahdistavat tilanteet	Traumasta muistuttavat tilanteet
Mieliala	Neutraali, nopea, mutta suhteellisen lievä vaihtelu voi esiintyä	Masentunut, ärtyisä, iloton	Masennus ja mania- ja hypomania- vaiheet vaihtelevat jaksottain (voivat vaihdella jopa useita kertoja saman päivän aikana), mielialavaihtelut voimakkaita	Ahdistunut, pelokas, jännittynyt	Varaatunut, jännittynyt, luovuttanut, ylivireä, ärtyisä
Suuttumiset	Impulsiivisia suuttamisia erityisesti väsynä, menevät yleensä nopeasti ohi	Ärtisyyttä, ärtytyskyky on matalaa, herkästi itsepöytä, itsetuhoisia ajatuksia	Rajattavan voimakkaita, pitkäkestoisia raivokohtauksia voi esiintyä, ärtytyskyky vaihtelee	Paniikinomaisia reaktioita	Takauma voi laukaista raivokohtauksen
Energiataso	Jatkuvasti liikkeellä, yliaktiivisuus	Alentunut aktiivisuus, voimattomuus, kiinnostamattomuus	Vaihtelee mielialan mukaisesti vauhdikkaasta voimattomaan	Ahdistus vie voimavaroja muilta asioilta	Vireystaso kohonnut, varuillaanolo, joka voi uuvuttaa
Nukkuminen	Vireystilan säätely vaikeaa, vaikea rauhoittua nukkumaan, usein nukahtaminen nopeasti, kun rauhoittuminen onnistuu. Heräilyä voi esiintyä tavallista enemmän	Lisääntynyt väsymys, vaikeus saada unesta kiinni, heräily aamuyöstä, joskus unettomuus, painajaisia voi esiintyä	Maniassa vähentynyt unen tarve (verratuna aiempaan) ilman merkittävää väsymystä	Huolet estävät nukahtamista, uni katkonaisa, painajaisia	Nukkumaanmenotilanteeseen voi ahdistaa takautuen vuoksi, painajaiset tavallisia
Muuta erityistä			Osalla pitkeästä suuruusajatuksista, ikään koulumatonta (yli)reksuaalisuutta		Trauma voi olla pitkäaikainen, ei yksittäinen. Varhaisvaiheiden traumaattisuus lisää käyttöoireita.
Sosiaaliset taidot	Ongelmat tavallisia	Heikkenevät masennuksen aikana	Maniassa voi esiintyä ylivoimaisia sosiaalisuutta tai itsekeskeistä, seurausta piittaamattomuutta käyttäytymistä ihmissuhteissa	Voi esiintyä takertumista aikoihin, eroahdistusta, sosiaalisten tilanteiden pelkoa	Voi ilmetä muutoksia aiempaan verrattuna. Sosiaalisten tilanteiden tulkinta voi väärästä (tilanteet nähdään uhkaavina tai pelottavina).
Oireiden kesto	Jatkuvat aikuisuuteen mahdollisesti lieventyivät jollain osin, vähenevät lääkityksen aikana	Lieventyvät masennuksen hoidon myötä, keskimääräinen kesto noin vuosi	Mania- ja masennusvaiheiden välillä voi olla tasannevaiheita, jolloin oireet eivät ole havaittavissa. Häiriö jatkuu usein aikuisuuteen.	Lieventyvät ahdistuksen helpottaessa	Voi lieventyä ajan myötä ja helpottavat hoidon avulla

164

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito (Käypähoitosuositus, Duodecim 2013)

- Hoidossa keskeisintä on ehkäistä jaksojen uusiutumista.
- Hoidon suunnittelussa on tärkeää selvittää, mikä sairauden vaihe kulloinkin on kyseessä, ja huomioida sairauden elinaikainen kulku.
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon perusta ovat mielialaa tasaavat lääkkeet ja uudemmat psykoosilääkkeet sairauden ajankohtaisen vaiheen mukaan.
- Tiedon jakaminen sairaudesta ja sen hoidosta sekä varhaisoireiden tunnistamisen opetus potilaalle ja hänen perheenjäsenilleen lisäävät hoidon vaikuttavuutta.
- Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien diagnosointi ja akuuttivaiheiden hoito toteutetaan pääsääntöisesti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Vakiintuneessa vaiheessa hoito toteutetaan yksilöllisen harkinnan perusteella erikoissairaanhoidossa, työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa. Eri hoitotahojen välinen yhteistyö on tärkeää.

165

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito (Käypähoitosuositus, Duodecim 2013)

- Psykososiaalisen hoidon tavoitteena on tukea potilasta, parantaa lääkehoitoon sitoutumista, helpottaa mielialajaksojen varhaisoireiden tunnistamista ja lievittää potilaan ja hänen omaistensa vaikeuksia sopeutua sairauteen.
- Keskeisiä asioita psykososiaalisen hoidon käytännön toteutuksessa ovat:
 1. tiedon välittäminen sairauden eri vaiheisiin liittyvistä oireista, taudin kulusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä
 2. lääkkeiden hyöty- ja haittavaikutusten huolellinen läpikäynti ja lääkehoitoon sitoutumisen tärkeyden esiin tuominen
 3. maanisten ja depressiivisten jaksojen varhaisoireiden tunnistamisen opettaminen
 4. mielialan muutosten seuraaminen mielialapäiväkirjan avulla
 5. potilaan sairaushistorian läpikäyminen ja mielialajaksoille altistaneiden ja niitä laukaiseiden tekijöiden tunnistaminen
 6. vuorokausirytmien säännöllistäminen
 7. päihteen käytön merkityksen tutkiminen mielialahäiriön kulussa
 8. mielialahäiriön aiheuttamien ihmissuhdeongelmien käsittely
 9. potilaan perheen tukeminen ja ohjaaminen toimimaan hoidon tukena

166

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaaliset hoitomenetelmät (Parkkinen, 2012)

- Farmakologinen hoito **aina** keskeisin osa sairauden hoitoa
 - Psykoterapia ei korvaa lääkehoitoa
 - Psykoterapiakontakti tulisi järjestää vain jos asianmukainen lääkitys on käytössä
 - Psykoterapiasta, psykososiaalisista hoitomenetelmistä näyttää olevan hyötyä erityisesti sairauden alkuvaiheessa
- 1. Psykoedukaatio ja yleinen oireenhallinta
- 2. Interpersoonallinen terapia (ja sosiaalisen rytmin häiriintyminen episodien laukaisijana) (Interpersonal and Social Rhythm Therapy)
- 3. Perhekeskeinen hoito (Family-Focused Treatment)
- 4. Kognitiivinen käyttäytymisterapia

167

Interpersoonallinen terapia - IPT

Keskeiset tavoitteet:

- Mielialan ja elämäntapahtumien välisten yhteyksien tunnistaminen
- Kuormittavien elämäntapahtumien hallitseminen
- Häiriintyneen elämänrytmin tasapainottaminen
- Lääkehoitomyöntyvyyden paraneminen
- Huomion kiinnittäminen sairauden vaikutuksiin sosiaaliseen käyttäytymiseen
- Sosiaalisten taitopuutosten huomioiminen

168

IPT:n keskeiset hoitomenetelmät

- Selventäminen (ajatusten yms.)
- Supportiivinen kuuntelu
- Rooliharjoitukset
- Tunteiden tuntemiseen rohkaiseminen
- Terapiasuhteen hyödyntäminen hoidossa

169

Family Focused Treatment, FFT (Miklowitz & Goldstein)

- Aikuisille ja nuorille tarkoitettu aikarajoitteinen perhehoitomalli
 - koostuu 21 tunnin mittaisesta tapaamisesta, jotka ovat 3 kk:n ajan viikoittaisia, 3 kk:n ajan joka toinen viikko tapahtuvia ja viimeisten 3 kk:n ajan kuukausittaisia.
- FFT on tutkitusti tehokas lisäämään potilaiden lääkemyöntyvyyttä
- Keskeiset tavoitteet:
 - Vähentää perhesuhteiden aiheuttamaa stressiä
 - Auttaa potilasta ja perhettä hyväksymään haavoittuvuus tuleville episodeille
 - Auttaa potilasta ja perhettä hyväksymään lääkehoidon jatkuva tarve
 - Auttaa erottelemaan mikä kuuluu sairauteen ja mikä potilaan persoonallisuuteen
 - Auttaa omaisiakin tunnistamaan ja hallitsemaan stressitekijöitä
 - Auttaa rakentamaan mahdollisesti katkenneet perhesuhteet uudelleen

Family-Focused Treatment for Bipolar Disorder in Adults and Youth
 Chad D. Morris, David J. Miklowitz, and Jeanette A. Waxmonsky
 J Clin Psychol. 2007 May; 63(5): 433-445.

170

FFT:n keskeiset hoitomenetelmät

- **Psykoedukaatio (ensimmäiset 7 sessiota)**
 - Perheen kanssa käydään läpi sairauden luonnetta, hoitoa ja ennustetta.
 - Tässä vaiheessa potilas on usein toipumassa sairauden akuuttivaiheesta, eikä pysty ehkä toimimaan yhtä hyvin kuin ennen sairastumistaan.
 - Psykoedukaatiovaiheen yksi tavoite on nopeuttaa potilaan toipumista vähentämällä perheen sisäisiä jännitteitä.
- **Vuorovaikutustaitojen harjoittelu (7-10 sessiota)**
 - Tässä vaiheessa potilas on yleensä jo paremmassa kunnossa ja pystyy osallistumaan taitoharjoitteluun, joka tähtää käyttäytymisen muutoksiin.
- **Ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu (4-5 sessiota)**
 - Potilas ja perhe pyrkivät tunnistamaan ja ratkaisemaan elämänlaatuun vaikuttavia ongelmia, jotka liittyvät esim. työhön tai asumiseen.

Family-Focused Treatment for Bipolar Disorder in Adults and Youth
Chad D. Morris, David J. Miklowitz, and Jeanette A. Waxmonsky
J Clin Psychol. 2007 May; 63(5): 433–445.

171

Psykoedukaatio FFT:ssa

- **Bipolaarihäiriön oireet ja kulku**
 - merkit ja oireet, viimeisimmän mielialahäiriöjakson kehityskulku, viimeaikaisten elämäntapahtumien tarkastelu, sairaalakokemuksen käsittely, häiriön kulku: erilaiset ennusteet
- **Bipolaarihäiriön kehittyminen**
 - haavoittuvuus-stressi-malli, stressin ja elämäntapahtumien rooli, geneettinen ja biologinen alttius, riski- ja suojaavat tekijät
- **Haavoittuvuus-stressimalliin perustuva hoito**
 - erityyppiset lääkkeet ja niiden vaikutus, psykososiaaliset hoitomuodot, miten perhe voi olla avuksi, häiriön itsehallinta, valmistautuminen mahdolliseen relapsiin

172

Vuorovaikutustaitojen harjoittelu (communication enhancement training, CET)

- Tämän modulin tausta-ajatuksena on, että psykiatriset sairausjaksot johtavat usein vuorovaikutusongelmiin potilaan ja hänen läheistensä kesken, mutta vuorovaikutusta voidaan parantaa harjoittelemalla toimivampia tapoja kommunikoida.
- Harjoitukset tehdään rooliharjoituksina, tavoitteena on käsitellä seuraavia taitoja:
 - myönteisten taitojen ilmaisu
 - aktiivinen kuuntelu
 - myönteinen tapa esittää muutostoiveita
 - kriittisen palautteen antaminen

173

Vuorovaikutustaitojen harjoittelu (communication enhancement training, CET)

- Harjoittelu etenee seuraavasti:
 - osanottajat saavat taitoa koskevat ohjeet, jossa taito on pilkottu osatekijöihin
 - terapeutti mallintaa taitoa
 - osanottajat harjoittelevat taitoa, terapeutti avustaa.
 - Muilta osanottajilta pyydetään palautetta
 - kotitehtävänä osanottajia pyydetään pitämään kirjaa yrityksistään käyttää uutta taitoa terapiakäyntien välillä

174

Ongelmanratkaisun harjoittelu

- Ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu on yksi tutkituimmista perheinterventiomenetelmistä.
- Bipolaarihäiriön akuuttijakson jälkeen yleisimmät ongelmat liittyvät lääkitykseen, vaikeuteen ylläpitää työ- ja sosiaalisia rooleja samalla tavoin kuin ennen sairastumista, rahallisten ja sosiaalisten vahinkojen korjaamiseen sekä ihmissuhde- ja asunratkaisuihin.
- Perhettä opetetaan pilkkomaan suuria ongelmia pienemmiksi kokonaisuuksiksi, joihin on helpompaa löytää ratkaisuja. Perhettä pyydetään etenemään seuraavasti:
 - ongelma määritellään yhdessä, jokaisen perheenjäsenen tulee osallistua
 - pidetään aivoriihi ja keksitään mahdollisimman monta ratkaisua, joita ei tässä vaiheessa vielä arvostella
 - pohditaan jokaisen ratkaisun hyötyjä ja haittoja
 - valitaan paras ratkaisu tai niiden yhdistelmä
 - suunnitellaan ja toteutetaan se
- Kotitehtävänä on näiden taitojen käyttö jonkun ongelman ratkaisemiseksi. Mikäli tehtävä tuntuu vaikealta, voidaan myös pyytää, että perhe vain määrittelee muutaman ongelman seuraavalla kerralla käsiteltäväksi.

175

Mielialan seuranta

Nimi: _____

Viikko: _____

		Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su
Maanisuus		•	•	•	•	•	•	•
+5 Äärimmäisen maaninen								
+4 Hyvin maaninen, merkittävä toimintakyvyn lasku		•	•	•	•	•	•	•
+3 Korkea								
+2 Hyvinvointitason ylätas		•	•	•	•	•	•	•
+1 Onnellisempi kuin yleensä		•	•	•	•	•	•	•
0 Hyvinvointitason keskitaso		•	•	•	•	•	•	•
-1 Alempi kuin yleensä		•	•	•	•	•	•	•
-2 Hyvinvointitason alatas		•	•	•	•	•	•	•
-3 Depressiivinen		•	•	•	•	•	•	•
-4 Hyvin depressiivinen, merkittävä toimintakyvyn lasku		•	•	•	•	•	•	•
-5 Äärimmäisen depressiivinen		•	•	•	•	•	•	•
Yöuni (tunteina)								
Muut oireet (0-10 asteikolla)								

Arvioi myös muita oireita, kuten ärtyisyyttä tai levottomuutta. Yritä samalla tunnistaa ne tapahtumat, jotka viikon aikana vaikuttavat mielialaasi.
Merkinnät tapahtumista, jotka aiheuttivat mielialan vaihtelua ja tehokkaista hallintakeinoista, joita käytetty:

Name _____

Month _____

Year _____

DAYS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ELEVATED	Severe	Significant impairment Not able to work																															
	Moderate	Significant impairment Able to work																															
	Mild	Without significant impairment																															
NORMAL	NORMAL																																
	Mild	Without significant impairment																															
DEPRESSED	Severe	Significant impairment Not able to work																															
	Anxiety	0-None 1-Mild 2-Moderate 3-Severe																															
	Irritability																																
Weight on day 28																																	
Hours slept																																	
Medication (name/mg)																																	

176

Depression varomerkkien ja pidemmälle kehittyneiden episodien tunnistaminen

	Varomerkit	Episodien keskivaihe	Episodien loppuvaihe
Mitä minusta tuntuu • surullinen • ahdistunut • vihainen • levoton • häpeissään • iloinen • ärtyisä • turta • itsetuhoisin • toivoton			
Mitä yleensä teen • sosiaalisten kontaktien määrä • rauhaton puhailu • aktiivisuuden määrä • puhenopeus • vetäytyminen • eristäytyminen • nukkuminen • syöminen			
Miten ajattelen • itsetuottamuksen taso • murehtimisen määrä • kielteiset ajatukset • "murehtiminen" • pakkomielleinen • ajattelu • menneiden • murehtiminen • tulevan • murehtiminen • keskittyminen • hajamielisyys • usko omiin kykyihin • yleinen kiinnostuneisuus			
Somaattiset pulmat • energiataso • ruokahalu • painonnousu tai -lasku • kiinnostuneisuus • seksistä • liikaa tai liian vähän nukkuminen			

Hypomanian/manian varomerkkien ja pidemmälle kehittyneiden episodien tunnistaminen

	Varomerkit	Episodien keskivaihe	Episodien loppuvaihe
Mitä minusta tuntuu • surullinen • ahdistunut • vihainen • levoton • häpeissään • iloinen • ärtyisä • turta • itsetuhoisin • toivoton			
Mitä yleensä teen • sosiaalisten kontaktien määrä • rauhaton puhailu • aktiivisuuden määrä • puhenopeus • vetäytyminen • eristäytyminen • nukkuminen • syöminen			
Miten ajattelen • itsetuottamuksen taso • murehtimisen määrä • kielteiset ajatukset • "murehtiminen" • pakkomielleinen • ajattelu • menneiden • murehtiminen • tulevan • murehtiminen • keskittyminen • hajamielisyys • usko omiin kykyihin • yleinen kiinnostuneisuus			
Somaattiset pulmat • energiataso • ruokahalu • painonnousu tai -lasku • kiinnostuneisuus • seksistä • liikaa tai liian vähän nukkuminen			