



WiseMind
Psychotherapies & Consulting

Ahdistuneisuuden hoitaminen

Käyttätymisterapian perusteet -koulutusohjelma

Teemu Ryhänen
Kouluttajapsykoterapeutti (VET), käyttätymisanalyytikko

1



**DEMAND
EVIDENCE
AND
THINK
CRITICALLY**

2

Agenda

- Yleistä ahdistuneisuudesta
 - Nuorten ahdistuneisuus
 - Erilaiset ahdistuneisuushäiriöt
- Ahdistuneisuuden taustat
 - Respondentti käyttäytyminen
 - Pelkoehdollistuminen
 - Kahden faktorin teoria
 - Välttelyn ongelma
 - Leon Kaminin blokkaukset
 - Muray Sidmanin välttely
- Ahdistuneisuuden eri näkökulmien perustuvat hoitomenetelmät
 - Altistus-terapia
 - Systemaattinen epäherkistämisen
 - Sovellettu rentoutus
 - Kilpailevat reaktiossi
- Yleisiä strategioita ahdistuneisuuden hoidossa
 - Fobiat
 - Paniikkihäiriö
 - Interseptiivinen altistus
 - Yleistynyt ahdistuneisuus
 - Sosiaalisten tilanteiden pelko
 - PTSD:n hoito
 - Dissosiaatiohäiriö
 - Raikastrauman hoito
 - Pitkittetty altistus
 - IRR
 - Kognitiivisen prosessoinnin terapia
 - DKT-PTSD (hoidon vaiheet)
 - Trauman jälkipuolteen ja psykologinen ensiapu
 - PTSD:n hoito lapsilla ja nuorilla
 - Individual Child and Parent CBT (IC-CPBT)
 - Akuutin stressin hoito (kolme tutkimusta)

3

Exposure Therapies: Most Effective Treatments for Anxiety Disorders



4

Aluksi

- Ahdistuneisuus on normaali reaktio ahdistavassa tai pelottavassa tilanteessa
- Ahdistuksen biologinen tehtävä on saada aikaan varovaisuutta, valpastumista ja valmiutta toimintaan vaaratilanteessa.
 - Ahdistuneisuuden tunne** kehittyy pääosin samoissa aivorakenteissa (useat aivoalueet osallistuu) kuin pelko, mutta liittyy huoleen siitä, mitä VOISI tapahtua.
 - Pelko: uhka on todellinen tai välitön
 - Ahdistus: uhka on mahdollinen, mutta sen todennäköisyys on epävarma
 - Mahdollistaa asianmukaisen käyttäytymisen kuten pakenemisen tai välttelyn
 - Palautuminen normaalitilaan melko pian uhan väistyttyä.
- Respondentin ehdollistumisen mekanismi ahdistuksen synnyssä, operantti välttely ylläpysymisessä.
 - Hobart Mowrer (1947) yhdisti respondentin ja operantin paradigman kahden tekijän malliksi:
 - Ehdollistunut vaikutte johtaa ehdollistuneeseen reaktioon, joka puolestaan johtaa ehdollistuneeseen pako- tai välttämisreaktioon, joka vahvistuu seurauksiensa kautta.
 - Orlemans (1976) lisäsi malliin kognitiivisen komponentin: ajatus tai piilovaikutte (coverant)

5

Ahdistus vs. pelko

Pelko: Uhka on todellinen tai välitön

Ahdistus: uhka on mahdollinen, mutta sen todennäköisyys on epävarma

	Pelko	Ahdistus
Uhka on todellinen ja tunnistettavissa	Kyllä	Ei
Aiheutuu spesifistä vaikutteesta	Kyllä	Ei
Yhteys uhkaan on järkiperäinen	Kyllä	Ei
Yleensä episodinen (tarkka alku ja loppu)	Kyllä	Ei
Aiheuttaa selkeän hätätilan	Kyllä	Ei
Aiheuttaa pitkäkestoisen lisääntyneen vireystilan	Ei	Kyllä

Joseph LeDoux: Anxious 2015

6

Ahdistuneisuuden oireet

Psyykkiset oireet

- pelkotilat
- paniikki tai kauhu
- katastrofi- ja huoliajatukset
- epävarmuus itsestä ja omasta osaamisesta

Keholliset oireet

- sydämen hakkaaminen, "taistelee tai pakene" -ilmiö
- hikoilu
- päänsärky
- huimaus
- vatsaoireet
- pahoinvointi
- selkä- ja nivelkivut.

7

Ahdistus on elämälle välttämätöntä.

Ahdistus ei ole vaarallista eikä vahingoita.

Ahdistus on tavallista.

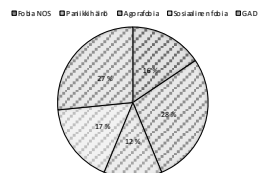
Ahdistus menee aina ohi!

8

Ahdistuneisuuden yleisyys Suomessa

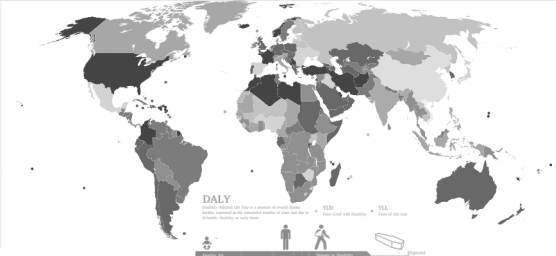
- Suomalaisista yhteensä 5,7 % kärsii jostakin ahdistuneisuushäiriöstä (Pirkola ym. 2005)
- Terveys 2000-tutkimus: Masennus 6,5 %, ahdistuneisuus 4,2 % ja alkoholiriippuvuus 3,9 %.

PROSENTTIOSUUS KAIKISTA
AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖISTÄ



9

Anxiety disorders world map DALYs per million persons – WHO 2012



10

Nuorten ahdistuneisuus

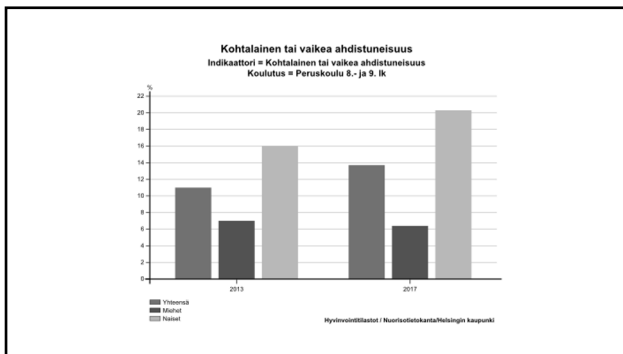
- Ahdistuneisuushäiriöistä kärsii eri arvioiden mukaan 4–11 nuorta sadasta.
- Tytöt ovat yleensä alttiimpia kuin pojat ja usein häiriötä on monta rinnakkain.
- Masentuneilla nuorilla ahdistukseen liittyvät häiriöt ovat yleisiä (30–40 %).
- Ahdistuneisuus voi myös liittyä psykoosiriskin oirekuvaan tai yhdistyä päihteenkäytön seurauksiin.

11

Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden yleisyys

- Jokin ahdistuneisuushäiriö 4–11 prosentilla
- Tytöt alttiimpia kuin pojat
 - sosiaalisten tilanteiden pelko 3–4 %
 - julkisten paikkojen pelko 1–3 %
 - määräkohteinen pelko 3–4 %
 - paniikkihäiriö 1–2 %
 - yleistynyt ahdistuneisuushäiriö 3–4 %
 - pakko-oireinen häiriö 1–3 %
 - traumaperäinen stressireaktio 1–2 %.

12



13

[illegible]

Erilaiset ahdistuneisuushäiriöt

- Monet kärsivät jonkinlaisista ahdistusoireista, mutta vasta pitkäkestoisina ja normaalia elämää selvästi häiritsevänä oireet muodostavat varsinaisen ahdistushäiriön.
- Ahdistuneisuutta esiintyy myös muissa mielenterveyden häiriöissä.
- ICD-10 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somaattiformiset häiriöt
 - F40 Pellot oireiset (fobiset) ahdistuneisuushäiriöt
 - Julkisten paikkojen pelot, julkisten paikkojen pelot; ilman samaanlaista pakkahuuroida, julkisten paikkojen pelot; samaanlaisten paikkojen, sosiaalisten tilanteiden pelot, määritetty (tyypistetty) pelot, muu peloo-oireinen (fobinen) ahdistuneisuushäiriö, määrätään pelot oireinen (fobinen) ahdistuneisuushäiriö
 - F41 Muut ahdistuneisuushäiriöt
 - F42 Pakko-oireinen häiriö
 - F43 Reaktiivt vaikeaan stressiin ja opeutumishäiriöt
 - F44 Dissosiativhäiriöt (konversiohäiriöt)
 - Hysterinen neuroosi, konversiohyökkäykset, konversiooireet, dissosiativinen muistimenne, dissosiativinen pakkoväkivalta, dissosiativinen sukellus (hysteria), hysteroosi ja hysteroosi, dissosiativiset liikkeet, psykiatrisen äänentoiminta (fonia), psykiatrisen äänentoiminta (fonia), dissosiativinen loukkaantuminen, dissosiativinen tunnetusoma, dissosiativinen tunnetusoma, psykiatrisen loukkaantuminen, psykiatrisen loukkaantuminen, psykiatrisen loukkaantuminen, Ganserin oireyhtymä, tuuperoosiooire, täpärinen lapsuus ja nuoruuden dissosiativiset (fobiset) oireet, psykiatrisen häiriön, dissosiativinen identiteettihäiriö (DSM)
 - F45 Ellimellisoireiset (somaattiformiset) häiriöt
 - F48 Muut neuroottiset häiriöt

14

[illegible]

Ahdistuneisuushäiriöiden hoidoista yleisesti:

- Altistut on keskeisimpiä ja tutkitusti myös tehokkaimpia keinoja kaikenlaisissa ahdistuneisuushäiriöissä
- Sosiaaliseen kapeutumiseen erilaisia sosiaalisia taitoja
- Hoitojen tulisi olla systemaattisia, mieluummin vähemmän menetelmiä kuin enemmän
- Häiriöstä on kyse silloin, kun ahdistuneisuudesta aiheutuu selvää toiminnallista haittaa tai kärsimystä.

Hyväksymispohjaiset lähestymistavat ahdistuneisuuden hoidossa

- Kokemuksellinen välttäminen (experiential avoidance) tai pyrkimys muuttaa muistoja, ajatuksia, tunteita tai tunteita myötävaikuttaa psykopatologian kehittymiseen ja ylläpymiseen (Hayes, 1996)
- Ahdistuneisuushäiriöiden ajatellaan siis kehittyvän kun ihminen ei ole halukas kohtaamaan ahdistusta ja siihen liittyviä ajatuksia, tunteita jne.
- Kun välttämiskäyttäytyminen lisääntyy ja yleistyy, sillä alkaa olla laajoja vaikutuksia elämään ja elämänlaatuun.

16

Ahdistuneisuuden taustat



17

Miten mantelitusalue ja aivokuori tekevät ahdistuneisuutta

- Ahdistusta tuottaa aivoissa kaksi selvästi erillistä neuronista reittiä.
 - Molemmilla reiteillä on roolia ahdistuneisuudessa, vaikka tietyn tyyppinen ahdistus assosioituu selvemmin aivokuorelle ja toinen aivojen sijoiin enemmän mantelitusalueeseen.
 - Ahdistuneisuuden psykoterapiassa huomio keskittyy tyypillisesti aivokuoren reittiin. Tällöin terapeuttisena strategiaa käytetään ajatusten haastamista ja ahdistusta vastaan loogista argumentointia.
- 1. Ahdistuksen kortikaalinen neuronista reitti
 - Aivokuoren toimintoihin kuuluu mm. ajattelu, tunteet, logiikka, intuitio, suunnittelu, tietoinen muisti, mielikuvitus
 - Jos huomaat, että ajatuksesi tuottavat ideoita tai mielikuvia, jotka lisäävät ahdistusta tai sinulla on pakkomielteitä tai epäilyksiä tai päisi täyttää tulevaisuuteen liittyviä huolia tai jätät jumiin miettiessäsi ratkaisuja ongelmiasi, todennäköisesti koet aivokuorelta lähtevää (cortex based) ahdistuneisuutta.
 - Ahdistuksen tietoinen reitti
- 2. Ahdistuksen mantelitusalueen reitti
 - Mantelitusalueen reitti tuottaa ahdistukseen liittyviä voimakkaita fyysisiä tunteita. Sen lukuisat yhteydet muihin aivojen osiin mahdollistaa useiden erilaisten kehollisten tunteiden mobilisoinnin hyvin nopeasti. Alle sekunnin kymmenessä mantelitusalue voi toimittaa adrenaliini myrkyä, nostaa verenpainetta, saada sydämen hikkaamaan, jne.
 - Kehollisia muutoksia, hermostuneisuutta, halu välillä tilanteita, aggressiiviset impulssit, pelko, paniikki.
 - Tuottaa ahdistusta ilman tietoisia päätelmiä tai kontrollia
 - Jos mietit, että ahdistukselle ei ole ilmeistä aiheuttajaa eikä sillä ole loogista syytä, koet todennäköisesti ahdistuksen vaikutuksia, jotka ovat peräisin mantelitusalueen reitistä (amygdala pathway).

Pittman & Karle, 2015. Rewire Your Anxious Brain: How to use the neuroscience of fear to end anxiety, panic & worry. New Harbinger Publications, Inc.

18

Respondentti käyttäytyminen

- Klassinen (respondentti) ehdollistuminen tapahtuu kun neutraali vaikutte (NS) yhdistyy eli ehdollistuu ehdollistumattoman vaikutteen (US) kanssa, tuottaen ehdollisen reaktion (UR) .
 - Neutraali vaikutte on meille neutraali. Ei siis aiheuta reaktiota puoleen tai toiseen.
 - Ehdollistumattomalla vaikutteella (US) on melkein biologinen potentiaali (ruuan haju tai maku, kirkas valo)
 - Ehdollistumaton reaktio (UR) on refleksinomainen (kuolan erittyminen, emotionio, silmän räpsäytys)
 - Ehdollistumaton vaikutte (US) aiheuttaa ehdollistumattoman reaktion (UR), esimerkiksi kirkas valo saa meidät sulkemaan silmän tai ruuan tuoksu aiheuttaa kuolan erittymisen tai kuumuus aiheuttaa käden poistamisen liedeltä. Jos tällöin neutraali vaikutte esiintyy samaan aikaan ehdollistumattoman vaikutteen kanssa, se ehdollistuu ja rupeaa tuottamaan ehdollistunutta reaktiota.
 - Respondentti käyttäytyminen ei ole vapaa-ehtoista.
- Respondentti käyttäytyminen = refleksit
- Emotionaalinen reagointi
- Pairing eli pariuttaminen menetelmänä.

19

Ovatko psykiatriset ongelmat ”odotushäiriötä”?

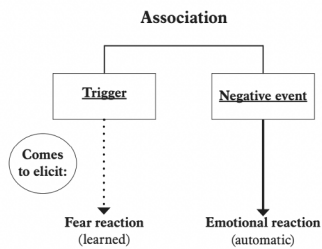
- Psykkisten häiriöiden hoidon piirissä on ollut jo pitkään keskustelua siitä, voisiko jotkin psykiatriset häiriöt, etenkin ahdistuneisuushäiriöt olla ns. odotushäiriöitä.
 - Ahdistuneisuushäiriöt odottavat jotakin ongelmallista seurausta kun he kohtaavat ahdistusta tuottavan vaikutteen.
 - Ongelma ei niinkään ole pelätty vaikutte vaan se, mitä henkilö *odottaa (expect)* siitä tapahtuvan.
- Ehdollistuminen ja assosiatiivinen oppiminen selittävät suurelta osin tätä ilmiötä, joskaan ne eivät selitä kaikkea ahdistuneisuutta.
 - Aivoissa ns. eksitatorinen CS-US yhteys ehdollistumistapahtuman jälkeen -> hoito CS flooding (tulvitus) -> sammuminen tai inhibitorinen oppiminen.
 - Kuitenkin esim. paniikkipotilaat saavat satoja paniikkikohtauksia mutta pelkäävät silti seuraavaa kohtautta, johon he voisivat kuolla.
- Placebo efektin on osoitettu tuottavan onnistumista hoidossa melkein kaikissa lääketieteellisissä tiloissa. Potilas *odottaa* lääkkeen tai hoidon auttavan.

20

Depression I will not be able to enjoy anything. Others will not be interested in making contact with me. Others will not treat me like a valuable person. I will bring misfortune to others. Others will hurt me. I will not be able to bear it if others reject me.	Complex Grief If I start crying, then I will never be able to stop. If I ever get as close to someone else as I was to my beloved person, then I am at risk of being left by the new partner as well. I will not be able to manage my affairs alone. I will lose control if I remember their death. If I participate in everyday activities or parties, then I will lose touch with the memories of the person I lost.
Post-Traumatic Stress Disorder I cannot stand to be reminded about this awful event. I will never be able to experience life like a normal person. People who look like the offender (e.g., sex, stature, clothes) are as dangerous as the offender. Others will treat me like a damaged and socially excluded person or like a person who deserves no respect.	Pyrophobia, Schizophrenia Others will cause me harm. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) If I get into contact with [OCD-provoking stimuli], then catastrophe will result. If I do not engage in [OCD behavior], then a catastrophe will happen. Chronic Pain If I don't move carefully, then I will damage my back. I cannot function without my medicines. My problems result from a fragile spine. There are right and wrong movements.

21

Kuinka triggerit alkavat tuottamaan ahdistuneisuutta

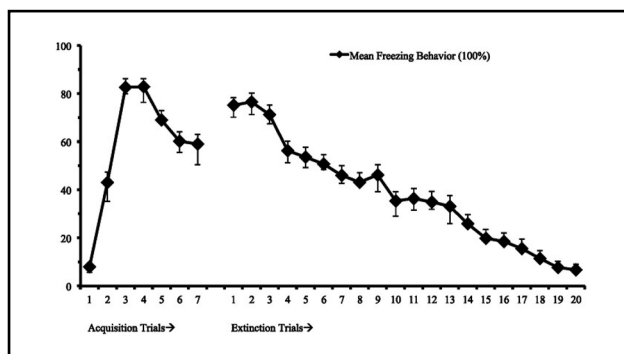


22

Respondentti sammuminen (extinction)

- Sammuttaminen (extinction) on yksi tehokkaista tavoista vähentää ehdollistunutta pelkoa.
 - Ehdollistunutta vaikutetta (CS), joka siis oli aiemmin neutraali, esitetään toistuvasti ilman assosiaatiota aversiiviseen tapahtumaan (US). Tämän johdosta ehdollistunut reaktio (CR, pelko) vähenee.
- Altistusterapiassa asiakas toistuvasti kohtaa ehdollistuneen vaikutteen (CS) aversiivisen tapahtuman (US) puuttuessa.
- Esimerkkinä tsunami-trauma.
 - Ehdollistumistapahtuma: Henkilö oli lomailut Thaimaassa, jolloin oli joutunut hengenvaaraan kun iso tsunami oli ajaunut rantaan.
 - Neutraaleita vaikutteita aiemmin: vesi, palmut, Thaimaa, rannat, jne. (NS)
 - Aversiivinen tapahtuma: Henkilö riippui palmussa ja on hukkumaailman (US)
 - Ehdollistunut reaktio: pelko (UR -> CR)
 - Tapahtuman jälkeen vesi, ranta, kuvat Thaimaasta (NS) assosioitiin muistot tsunamiin (US), joista tulee pelottava olo.
 - Vesi, ranta, hiekka, jopa lämpö, viikongit ovat nyt ehdollistuneita vaikutteita (CS), jotka aiheuttavat ehdollisen reaktion eli pelon (CR)
 - Altistusterapia
 - Henkilö toistuvasti "tulvitettiin" ehdollistuneisiin vaikutteisiin eli näytettiin kuvia ja video-klippejä Thaimaan rannoista (vesi, palmut, hiekka, aallot...) mutta tilanteessa ei ollut mitään, joka aiheuttaisi kuolemaan vaaraa eli aversiivista tapahtumaa (US).

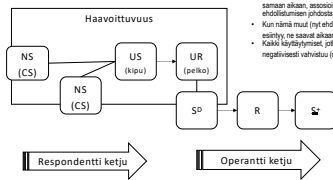
23



24

Hobart Mowrerin kahden faktorin teoria (1947)

fear conditioning -> avoidance learning



- Vaarallinen, kivulias, epäselvin valute (US)
- aiheuttaa kunnollisen pelonreaktion
- Joku muu valute (NS) liittyy siihen, joka esiintyy samalla aikaa, esimerkiksi pelon klassisen ehdollistumisen prosessi
- Kun nämä muut (nyt ehdollistuneet) valuteet (CS) esiintyy, ne saavat aikaan pelonreaktion
- Kaikki käyttäytymiset, jotka saavat pois pelon, negatiivisesti vahvistuu (operantti)

25

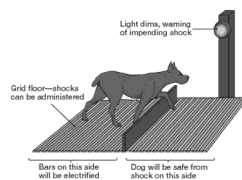
Opittu välttely (avoidance learning)

- Opittua välttelyä tapahtuu kun henkilö toimii niin, että pelätty tapahtuma ei tapahdukaan
- Kamin, Solomon & Wynne (1953) Traumatic avoidance learning.
 - Laboratorio koe-eläimet (koirat) opetettiin siihen, että valon syttyminen tarkoittaa sähköiskua ja kipua tassuun (pelkoehdollistuminen). Tämän jälkeen toisille koirille annettiin pakomahdollisuus hypätä aidan toiselle puolelle ja toiset koirat altistettiin "pelottavalle" valolle mutta niin että ei enää annettu sähköiskua (extinction procedure). Altistuneilla koirilla pelko poistui varsin nopeasti mutta pakomahdollisuuden saaneilla koirilla pelko pysyi yllä eikä se sammunut (n. 400 pakotraitia).
- Välttely on eri asia kuin pako... mutta onko sittenkään?
 - Henkilö valitsee työpaikan, jossa ei tarvitse julkisesti pitää puhetta
 - Henkilö, jolla on PTSD välttelee menemästä ilta-aikaan ulos, jotta ei tulisi ahdistusta ja ikäviä muistoja.

26

Välttelyn ongelma

- Richard Solomon ja Lyman Wynne (1953). *The avoidance paradigm*
 - Koira shuttleboxissa, valo pois -> 10" -> shock
 - Koira oppi koko ajan nopeammin pakenemaan
- "Menestyksekkäs välttely tarkoittaa, että jotain (shokki) ei tapahdu. Mutta miten mikään, joka "ei tapahdu" voi olla käyttäytymistä vahvistavaa?" —Murray Sidman-



27

Leon Kaminin blokkaus

- Ensin rotat opetettiin painamaan vipua, jotta saivat ruokapelletin (maze training)
- Sitten rotille tuotettiin toisessa häkissä (shuttle box) pelkoehdollistuminen
 - tone (piippaus, CS)+ shock (US) pairing -> escape -> avoidance learning. Onnistuneita pakoja 1-27 / rotta.
- Sitten takaisin alkuperäiseen kammioon, jossa rotat painelivat vipua, jotta saivat ruokaa ja samaan aikaan soitettiin piippausta (CS).
- Mitä vähemmän onnistuneita pakoja oli taustalla, sitä enemmän jähmettymistä (conditioned suppression = pelko).
- Eli mitä enemmän oli harjoitusta (jopa 27 trialia piippaus (CS/S^{av}) – R – S^{av}), sitä vähemmän rotta pelkäsi CS:ää.

28

Sidmanin välttelyproseduuri

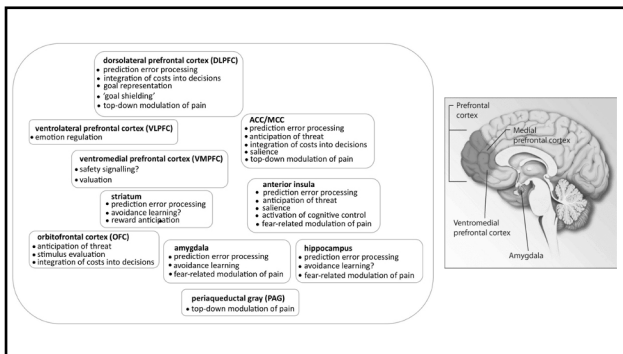
- Murray Sidman, 1953. Rotille annettiin shokki kolmen sekunnin välein ilman minkäänlaista signaalia (Shock-Shock interval). Jos painoi vipua niin sai 15 sekuntia ilman shokkia (Response-Shock interval)
 - Näin ollen painamalla vipua koko ajan, pääsi eroon shokeista kokonaan.
- Useimmat rotat oppivat painamaan vipua koko ajan. Mutta mikä tällöin on CS, jos shokkia ei alunperinkään signaloinut mikään?
 - Ei signaalia (CS) -> ei aversiivista vaikutusta, jota paeta -> ei pakoa aversiivisesta tilasta, joka vahvistaisi välttelyä.
- Mikä sitten selitykseksi? Douglas Anger (1963) ehdotti, että signaali olisi "aika". Shokit tulivat säännöllisin väliajoin.
- Richard Herrnstein ja Phillip Hinson (1966) tekivät koeasetelman, jossa rotat saivat KESKIMÄÄRIN shokin kerran 20 sekunnissa, jos painoivat vipua ja KESKIMÄÄRIN (variable) 7 sekunnin välein jos eivät painaneet vipua. Näin ollen säännöllisestä ajasta ei tullut CS. Kuitenkin ajan kanssa 17/18 rottaa oppi painamaan vipua välttääkseen shokin.

29

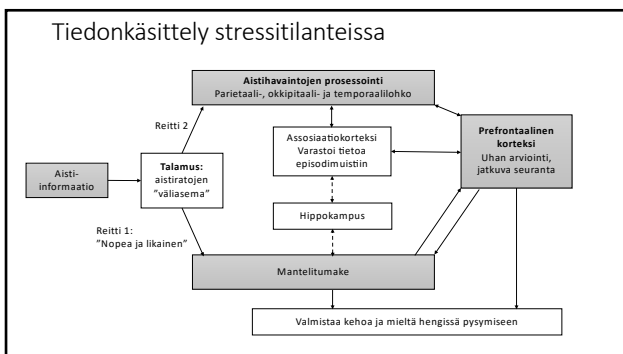
Välttelykäyttäytymisen sammuttaminen responssin blokkauksen ja itsenäisen CS-altistuksen avulla

- Signaloitu välttely (discriminated avoidance), mm. spesifit fobiat
 - Hoito: CS altistus (CS ilman US:aa), flooding eli tulvitus pelkoa herättävälle vaikutteelle
- Signaloimaton välttely (nondiscriminated- or free-operant avoidance), pakko-oireinen häiriö
 - Shokki ilman signaalia joka kolmas sekunti (S-S interval). Jokaisesta välttely responssista 15 sek. turvaa eli ei shokkia (R-S interval)
 - Hoito: välttely responssin blokkauksella

30



31

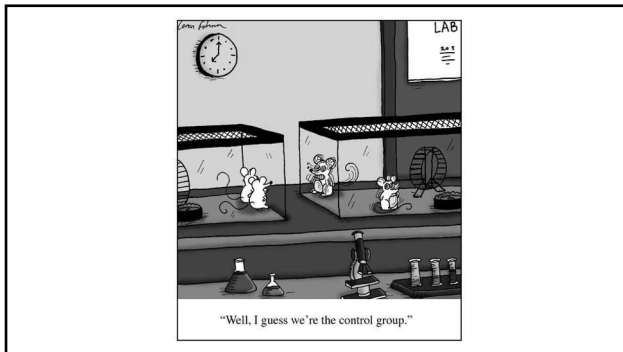


32

Käyttäytymisiä opitaan mallista

- Sosiaalisina laumaeläiminä katsomme ja seuraamme ympäristöä ja näemme toisten henkilöiden käyttäytyvän. Opimme matkimalla tai imitoimalla näitä käyttäytymisiä.
- Oppimiseen vaikuttaa, kun näemme millaisia seurauksia toiset ihmiset saavat erilaisista käyttäytymisistä. Myös oman käyttäytymisen seuraukset vaikuttaa käyttäytymisen vahvistumiseen tai heikentymiseen.
- Lasten väkivaltaisen käyttäytymisen oppiminen (Bandura, Ross & Ross, 1963a) on klassinen tutkimus mallioppimisesta. Tässä yhteydessä todistettiin myös vahvistamisen vaikutus mallioppimiseen (Bandura, Ross & Ross, 1963b).

33



34

Pelkoehdollistumisen tutkimukset selkosuomella

1. Rotille saadaan pelkoehdollistuminen aikaa soittamalla piippausta 30 sekuntia ja sen perään (piippauksen loputtua) antamalla pieni sähköisku. Kun tätä toistetaan n. 10 kertaa (trials) rotille tulee maksimaalinen ehdistusreaktio, joka näkyy siten, että rotta jähmettyy täysin paikalleen.
 - Rotta siis "ennustaa" maksimaalisesti piippauksen aiheuttavan kivuliaan sähköiskun. Tätä kutsutaan ns. Rescorlan kontingenssiksi (Robert Rescorlan mukaan).
2. Rotta ei ehdollistu (ennusta sähköiskua) niin paljoa, jos hän on kuullut jo aiemmin piippausta (esi-altistus) niin, että ei ole saanut sähköiskua. (Suspension ratio)
3. Koirat oppivat välttämään shokin siirtymällä pois sellaisesta paikasta, jossa olisi mahdollista saada shokki. Siirtyminen nopeutuu harjoittelemalla.
4. Rotat oppivat pakenemaan sellaisesta tilasta, jossa on tapahtunut jotakin epämiellyttävää (shokki). Tilan ominaisuudet (esim. väri) assosioi shokin, joten rottien pako on pakoa shokin mahdollisuudesta.
5. Välttelyn oppiminen sisältää kaksi eri mekanismia.
 1. Klassisen ehdollistumisen, joka selittää sen, miten jokin epämiellyttävä olotila tulee sekä
 2. Operantin ehdollistumisen, joka selittää sen, mitä kannattaa tehdä, jotta olotila helpottuu

35

Pelkoehdollistumisen tutkimukset selkosuomella

6. Jos pako on mahdollista niin ehdollistuneet vaikutteet eivät tuota kärsimystä koirille.
7. Mitä enemmän rotat ovat saaneet kokemusta onnistuneesta pakenemisesta, sitä vähemmän ne pelkäävät ehdollistuneita vaikutteita uusissa olosuhteissa.
8. Useimmat rotat oppivat jonkun pakokäyttäytymisen, jos sen avulla voi välttää kivun.
9. Mahdollisuus saada kivulias shokki jossakin tilassa on ehdollistunut vaikutte, jota opitaan pakenemaan.
10. Ehdollistuneelle vaikutteelle tulvittaminen toimii hoitona jos aina jokin tietty vaikutte aiheuttaa välttelyn tarpeen (signaloitu välttely).
11. Välttelyn ehkäisy toimii hoitona jos pakenemisen saa aikaa kivuliaan tapahtuman mahdollisuus (non-signaloitu välttely).

36

Ahdistuneisuuden eri näyttöön perustuvat hoitomenetelmät

37

Ahdistuneisuuden näyttöön perustuvat hoidot (APA)

- **Traumaperäinen stressihäiriö**
 - Pitkäkestyvä altistus (Strong Research Support)
 - Systemaattinen altistaminen traumaan liittyvii ajatuksiin, mielikuviin, tunteisiin ja tilanteisiin
 - Kesto yleensä 8-15 sessiota
 - Nykyhetkeen keskittynyt terapia, vakauttaminen (Strong Research Support)
 - Ei traumaan fokusoitu hoito
 - Aistitusten vahvistaminen nykyhetkessä, psykoterapia, ongelmanratkaisu
 - Ei lehdä altistusta tai kognitiivista uudelleenmuotoilua
 - Kognitiivisen prosessoinnin terapia (Strong Research Support)
 - Kognitiivista terapiaa, jossa fokuksoidaan siihen, mikä trauma tapahtui ja mitä vaikutuksia sille on ollut zoiikkaan uskomuksiin itsestään, muista ja maailmasta yleisesti
 - Kesto yleensä n. 12 sessiota
- **Turvallisuuden hakeminen (Seeking Safety) traumaperäiseen stressihäiriöön, jossa myös päihdehäiriö (Strong Research Support)**
 - Vainakkaasti sovellettu oiva terapia, joka ei ole traumafokusoitu.
 - Miehet, naiset, aafrikat, osasto ryhmiä, yksilö, kaksopäät, osastan...
 - Opetetaan saavuttamaan turvallisuus perustuuessa, ajattelussa, tunteissa, käyttäytymisessä
 - Integriativinen PTSD:n ja päihdehäiriön hoito
 - Työskentelytavat: 1) kognitiot, 2) käyttäytymisen, 3) interpersoonallinen ja 4) case-management
- **Stressi rokottus terapia, Stress Inoculation Therapy, SIT (modest research support)**
 - Hallintakäsikirja stressiin ja ahdistukseen
 - Rentoutusmenetelmät, kognitiivinen uudelleenmuotoilu, hengitysharjoitukset, järjellisyden harjoittelu, ajatusten pyydäntäminen, rooliharjoitukset, tielle ohjauksen antaminen potilaille Harjoitusta
- **EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (strong research support/controversial)**
- **Psykologinen Debriefing (no research support/potentially harmful)**

38

Ahdistuneisuuden näyttöön perustuvat hoidot (APA)

- **Sekamuotoinen ahdistuneisuushäiriö**
 - Hyväksymis- ja omistautumisterapia sekamuotoisiin ahdistuneisuustiloihin (Modest Research Support)
 - Arvojen kartoitus ja kirkastaminen, ajatusten eriyttäminen, sitoutuminen käyttäytymisen muutokseen.
- **Spesifit fobiat**
 - Altistushoidot (Strong Research Support)
- **Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö**
 - Kognitiiviset käyttäytymisterapiat (Strong Research Support)
 - ajatusten muokkaaminen ts. kognitiivinen uudelleenmuotoilu, rentoutusmenetelmät, viihjekontrolloitu murehtiminen (ajatuksien murehtiminen ja ongelmanratkaisu), huolille altistaminen (ml. eksistentiaaliset aiheet), tietoisuustaidot
- **Paniikkihäiriö**
 - Kognitiivinen käyttäytymisterapia (Strong Research Support)
 - Sovellettu rentoutus (modest research support)
 - Psykoanalyyttinen hoito (modest research support/controversial)
- **Sosiaalinen ahdistuneisuus, julkisen puhumisen ahdistus**
 - Kognitiiviset- ja käyttäytymisterapiat
 - Kognitiiviset menetelmät modifioi katastrofiajattelua, altistusmenetelmät auttaa saavuttamaan pelätty sosiaaliset tilanteet

39

Terapiasuhde ahdistuneisuuden hoidossa

- Hyvä terapiasuhde on välttämätön, mutta ei riittävä edellytys hyvälle hoitotulokselle
- Hyvän yhteistyön rakentaminen on terapeutin vastuulla
 - Tämä aloitetaan jo lyhyessä arviointi/seulontavaiheessa ja jatkuu koko hoidon ajan
- Tiimityöskentely-periaate
 - Asiantuntijuuksien yhdistäminen
 - Molemmat osapuolet työskentelevät yhtäpaljon
 - Avoin ja rehellinen kommunikointi
- Terapeutti mallintaa potilaalle kaiken ensin

40

Terapiasuhde ahdistuneisuuden hoidossa

- Huumorin käyttö istunnon aikana
 - Nauretaan yhdessä potilaan kanssa, ei potilaalle
- Fyysisen kosketuksen käyttö istunnossa
 - Lohduttavaa, vähentää ahdistusta
- Suhtaudutaan aina potilaan ongelmiin vakavasti
- Vastataan potilaan kysymyksiin rehellisesti
- Ehdotetaan altistusharjoitusta niin lähelle potilaan "rajaa" kuin mahdollista
- Annetaan todenmukaista tietoa häiriöstä
- Muistetaan positiivinen vahvistaminen
- Ei koskaan petetä asiakkaan luottamusta
 - Ei esim. tehdä mitään yllättäen

41

Altistus-terapia

Erilaiset altistushoidot- ja menetelmät

42

Terapeutin kokemus ja altistaminen

- Terapeutin kokemuksella tai ylipäänsä terapiakoulutuksella ei yhteyttä siihen kuinka hyvin altistushoitto toimii.
 - Myöskään terapeuttijohtoinen altistus vs. itseohjautuva altistus ei ollut vaikuttavampaa, vaikka tästä on muunkinlaisia tuloksia.
 - Nämä tulokset valaieja kunhan edetään ”manuaalin mukaisesti”!! (Van Offen ym., 2010)
- Altistusterapien viljoimisesta näytöstä huolimatta, terapeutit eivät toteuta altistushoitoa. Syynä tähän on:
 - Menetelmän osaamattomuus (ei ole koulutusta menetelmään tai on muu käsitys toimivasta interventiosta)
 - Potilaan ennustaminen hauraaksi tai enemmän sairaaksi (ennusteet jotka tehdään potilaan piirteiden perusteella esim. psykoottisuus tai ”hauraus” eivät kuitenkaan ennusta huonoa hoitotulosta)
 - Terapeutin oma ahdistuneisuus

43

Miksi klinikot eivät toteuta altistushoitoa
ahdistuneille asiakkailleen?

- Alistus terapeutit (N=182) suorittivat nettikyselyn, joka piti sisällään kolme mittaria
 1. Therapist Beliefs about Exposure Scale
 2. Anxiety Sensitivity Index-3
 3. Broken Leg Exception Scale (BLES)
 - Uusi mittari, joka ennustaa todennäköisyyttä jättää potilas ilman alistusta.
 - Perustuu 25:n erilaiseen potilaan piirteeseen.
- Ne piirteet potilaassa, jotka todennäköisimmin aiheuttivat alistushoidon toteuttamattomuutta olivat komorbidit psykoosi, emotionaalinen hauraus ja potilaan haluttomuus osallistua alistushoitoon.
- Kuitenkin suurempi todennäköisyys sulkea pois potilas alistushoidosta oli yhteydessä terapeutin korkeampaan ahdistusherkkyyteen ja terapeutin omiin negatiivisiin ajatuksiin alistus terapeutista.

44

	Download free sample at www.ebs.sagepub.com Behavior Research and Therapy Journal homepage: www.brt.sagepub.com	Table 1 Means and standard deviations of Broken Leg Exemption Scale (BLES) items. <table> <tr> <th>Item</th><th>M</th><th>SD</th></tr> <tr> <td>10. The client has a comorbid psychotic disorder.</td><td>2.16</td><td>0.90</td></tr> <tr> <td>12. The client is emotionally fragile.</td><td>1.28</td><td>0.54</td></tr> <tr> <td>14. The client is reluctant to participate in exposure-based cognitive-behavioral therapy.</td><td>1.20</td><td>0.58</td></tr> <tr> <td>15. The client has a comorbid substance use disorder.</td><td>1.17</td><td>0.97</td></tr> <tr> <td>1. The client is younger than age 7.</td><td>1.15</td><td>1.15</td></tr> <tr> <td>2. The client pretes personally acquired psychopathology.</td><td>1.15</td><td>0.98</td></tr> <tr> <td>3. The client has personally acquired an exposure-based cognitive-behavioral therapy and did not test it helpful.</td><td>1.15</td><td>0.98</td></tr> <tr> <td>4. The client is afraid of harming oneself or another others.</td><td>1.07</td><td>1.11</td></tr> <tr> <td>7. The client has a comorbid personality disorder.</td><td>1.05</td><td>0.93</td></tr> <tr> <td>8. The client is currently exposed to a life-threatening stressful life events (e.g. divorce, loss of job, etc.).</td><td>0.95</td><td>0.58</td></tr> <tr> <td>9. The client is pregnant.</td><td>0.95</td><td>0.58</td></tr> <tr> <td>21. The client has poor insight into the irrational nature of his or her fear.</td><td>0.85</td><td>0.51</td></tr> <tr> <td>15. The client has any other phobias.</td><td>0.83</td><td>0.83</td></tr> <tr> <td>20. The client has below average intelligence.</td><td>0.82</td><td>0.84</td></tr> <tr> <td>16. The client is a non-intelligent individual related to his or her anxiety symptoms.</td><td>0.81</td><td>0.84</td></tr> <tr> <td>2. The client is between the ages of 7 and 11.</td><td>0.77</td><td>1.01</td></tr> <tr> <td>6. The client has comorbid depression.</td><td>0.74</td><td>0.85</td></tr> <tr> <td>19. The client's feared situation is unlikely to reoccur in real life.</td><td>0.73</td><td>0.81</td></tr> <tr> <td>22. The client is not aware of the client's feared stimuli would require exposing the officer.</td><td>0.65</td><td>0.93</td></tr> <tr> <td>4. The client is older than age 65.</td><td>0.57</td><td>0.81</td></tr> <tr> <td>3. The client has a non-rational medical condition unrelated to his or her anxiety symptoms.</td><td>0.49</td><td>0.70</td></tr> <tr> <td>1. The client is between the ages of 12 and 17.</td><td>0.43</td><td>0.77</td></tr> <tr> <td>24. The client's fears have religious themes.</td><td>0.37</td><td>0.70</td></tr> <tr> <td>5. The client holds strong religious beliefs.</td><td>0.25</td><td>0.56</td></tr> <tr> <td>1. The client is an ethnic minority.</td><td>0.21</td><td>0.58</td></tr> </table>	Item	M	SD	10. The client has a comorbid psychotic disorder.	2.16	0.90	12. The client is emotionally fragile.	1.28	0.54	14. The client is reluctant to participate in exposure-based cognitive-behavioral therapy.	1.20	0.58	15. The client has a comorbid substance use disorder.	1.17	0.97	1. The client is younger than age 7.	1.15	1.15	2. The client pretes personally acquired psychopathology.	1.15	0.98	3. The client has personally acquired an exposure-based cognitive-behavioral therapy and did not test it helpful.	1.15	0.98	4. The client is afraid of harming oneself or another others.	1.07	1.11	7. The client has a comorbid personality disorder.	1.05	0.93	8. The client is currently exposed to a life-threatening stressful life events (e.g. divorce, loss of job, etc.).	0.95	0.58	9. The client is pregnant.	0.95	0.58	21. The client has poor insight into the irrational nature of his or her fear.	0.85	0.51	15. The client has any other phobias.	0.83	0.83	20. The client has below average intelligence.	0.82	0.84	16. The client is a non-intelligent individual related to his or her anxiety symptoms.	0.81	0.84	2. The client is between the ages of 7 and 11.	0.77	1.01	6. The client has comorbid depression.	0.74	0.85	19. The client's feared situation is unlikely to reoccur in real life.	0.73	0.81	22. The client is not aware of the client's feared stimuli would require exposing the officer.	0.65	0.93	4. The client is older than age 65.	0.57	0.81	3. The client has a non-rational medical condition unrelated to his or her anxiety symptoms.	0.49	0.70	1. The client is between the ages of 12 and 17.	0.43	0.77	24. The client's fears have religious themes.	0.37	0.70	5. The client holds strong religious beliefs.	0.25	0.56	1. The client is an ethnic minority.	0.21	0.58
Item	M	SD																																																																														
10. The client has a comorbid psychotic disorder.	2.16	0.90																																																																														
12. The client is emotionally fragile.	1.28	0.54																																																																														
14. The client is reluctant to participate in exposure-based cognitive-behavioral therapy.	1.20	0.58																																																																														
15. The client has a comorbid substance use disorder.	1.17	0.97																																																																														
1. The client is younger than age 7.	1.15	1.15																																																																														
2. The client pretes personally acquired psychopathology.	1.15	0.98																																																																														
3. The client has personally acquired an exposure-based cognitive-behavioral therapy and did not test it helpful.	1.15	0.98																																																																														
4. The client is afraid of harming oneself or another others.	1.07	1.11																																																																														
7. The client has a comorbid personality disorder.	1.05	0.93																																																																														
8. The client is currently exposed to a life-threatening stressful life events (e.g. divorce, loss of job, etc.).	0.95	0.58																																																																														
9. The client is pregnant.	0.95	0.58																																																																														
21. The client has poor insight into the irrational nature of his or her fear.	0.85	0.51																																																																														
15. The client has any other phobias.	0.83	0.83																																																																														
20. The client has below average intelligence.	0.82	0.84																																																																														
16. The client is a non-intelligent individual related to his or her anxiety symptoms.	0.81	0.84																																																																														
2. The client is between the ages of 7 and 11.	0.77	1.01																																																																														
6. The client has comorbid depression.	0.74	0.85																																																																														
19. The client's feared situation is unlikely to reoccur in real life.	0.73	0.81																																																																														
22. The client is not aware of the client's feared stimuli would require exposing the officer.	0.65	0.93																																																																														
4. The client is older than age 65.	0.57	0.81																																																																														
3. The client has a non-rational medical condition unrelated to his or her anxiety symptoms.	0.49	0.70																																																																														
1. The client is between the ages of 12 and 17.	0.43	0.77																																																																														
24. The client's fears have religious themes.	0.37	0.70																																																																														
5. The client holds strong religious beliefs.	0.25	0.56																																																																														
1. The client is an ethnic minority.	0.21	0.58																																																																														

45

Altistusmenetelmä

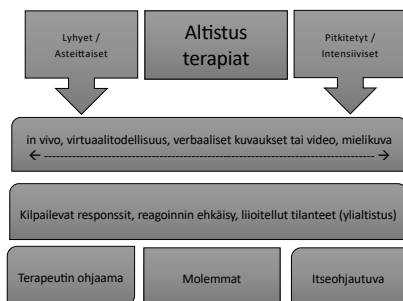
- Monissa psyykkisissä ongelmissa yksi vaikeuksien syntyyn tai säilymiseen vaikuttava tekijä on jonkin asian, ulkoisen tai sisäisen, välttäminen
- Ihmiset luontaisesti välttelevät asioita tai tilanteita, jotka aiheuttavat epämiellyttävän olon tai aistimuksen.
 - Välttämiskäyttäytymisellä lajikehityksellinen perusta
- Altistus on hoitomuoto, jossa asiakasta autetaan kohtaamaan hänen välttämänsä ajatukset, tunteet, fysiologiset reaktiot tai tilanteet niin, että välttämisen kielteiset seuraukset vähenevät tai poistuvat kokonaan.
- Altistus tehdään aina yhteistyössä asiakkaan kanssa
- Ennen altistushoitoa terapeutti selittää asiakkaalle menetelmän yksityiskohtaisesti ja perustelee sen käytön
- Altistuksen aikana asiakas kohtaa pelottavia ja epämiellyttäviä asioita tai tilanteita hallitusti ja systemaattisesti

46

Altistuksen kohteena voivat olla...

- Ulkoiset kohteet
 - esim. julkiset paikat, sosiaaliset tilanteet, yksittäiset asiat tai kohteet
- Sisäiset fyysiset tuntemukset
 - esim. paniikkihäiriö tai siihen liittyvät reaktiot
- Ajatukset
 - esim. ajatukset siitä, että vahingoittaa jotakuta
- Tunteet
 - esim. posttraumaattiset oireet, pitkittynyt suru, häpeä

47



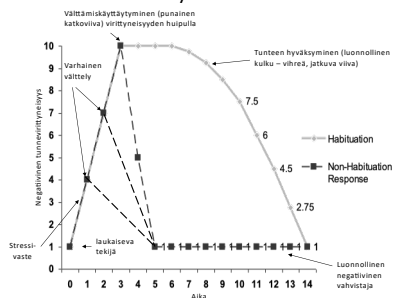
48

Altistus terapioiden teoreettiset mekanismit

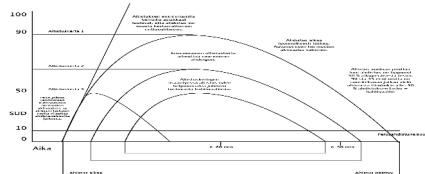
- **HABITUAATIO**
 - Reagoinnin luonnollinen vähentyminen toistuvan altistuksen seurauksena
- **SAMMUMINEN (EXTINCTION)**
 - Aikaisempien opittujen pelkoassosiaatioiden sammuminen (CS ei enää ennusta US:aa, joten CS -> NS)
- **EMOTIONAALINEN PROSESSOINTI**
 - Uusien tulkintojen ja merkitysten muodostaminen pelkovaikutteista ja -vasteista
- **ITSELUOTTAMUS**
 - Lisääntynyt havainto siitä, että on kykeneväinen sietämään pelättyä vaikutetta tai vastetta

49

Habituaatio vs. välttely



50



51

Altistuksen tyypit

- Lyhyet ja asteittaiset altistusmenetelmät
 - Altistavat asiakasta lyhyen aikaa (muutamista sekunneista muutamiin minuutteihin) pelätylle tapahtumalle tai asialle
 - Aloitetaan yleensä vähän ahdistusta herättävistä tilanteista, josta siirrytään koko ajan vaikeampiin tilanteisiin
- Pitkittyneet (prolonged) ja intensiiviset altistusmenetelmät
 - Altistavat asiakasta pitkän aikaa (minimi 10-15 min ja usein yli tunnin) pelätylle tapahtumalle tai asialle
 - Tuottavat heti tai melko nopeasti intensiivisen määrän ahdistuneisuutta (flooding)

52

Altistuksen muodot

1. In vivo – oikeissa tilanteissa tapahtuva
2. In vitro – kokeellisissa olosuhteissa tapahtuva
3. Virtuaalitodellisuus – teknisen laitteiston avulla ikään kuin oikeissa tilanteissa
4. Verbaaliset kuvaukset pelätystä tapahtumasta (lukeminen, kirjoittaminen, kuunteleminen...)
5. Videot tai kuvat pelottavista tilanteista
6. Mielikuva-altistus – pelottavien asioiden tai tilanteiden ajattelu, visualisointi
7. Spesifijä altistusmenetelmiä: emotionaalinen altistus, intero-septiivinen altistus, Narrative Exposure Therapy (NET)

53

Käytetyt proseduurit

- Altistuksessa voidaan käyttää joko yhtä tai useampaa proseduuria. Näistä kolme yleisintä ovat:
 1. Kilpailevat responssit (reaktio, reagointi, käyttäytyminen)
 - Altistuksen aikana, asiakas toimii ahdistuneisuudelle vastakkaisella tavalla esim. pyrkii rentoutumaan kun ahdistavaa tilannetta/asiaa katsotaan
 2. Responssin (reaktio, reagointi, käyttäytyminen) ehkäisy
 - Hoidon aikana, asiakas pyrkii pidättäytymään reagoimasta niillä pako- ja välttelykäyttäytymisillä, joilla on pyrkinyt ahdistustaan laskemaan
 3. Liioitellut tilanteet
 - Asiakas viedään tai johdatellaan mielikuvissa tilanteisiin, joita ei tosi elämässä tule eteen esim. käärmepelkoinen voi kuvitella olevansa samassa huoneessa sadan käärmeen kanssa.

54

Hoidon toteutus

- Altistushoito voidaan toteuttaa joko kokonaisuudessaan terapeutin ohjaamana tai asiakas voi itse toteuttaa sitä, joskin ongelmia voi tulla voimakkaan pako- ja välttelykäyttäytymisen kanssa.
- Tavallisesti altistushoito sisältää sekä terapeutin kanssa tehtyjä harjoituskertoja että asiakkaan itse toteuttamia harjoituksia kotitehtävinä.
- Myös perheenjäsenet ja ystävät voivat olla apuna hoidon toteutuksessa.

55

Miksi lyhyet ja/tai asteittaiset altistushoidot toimivat

1. Vastaehtollistuminen
 - Mary Cover Jones, 1924
 - Tuotettaessa uhkaavaa vaikutetta, adaptiivinen responssi (rentoutuminen) korvaa maladaptiivisen responssin (ahdistus)
2. Vastavuoroinen inhibitiio (reciprocal inhibition)
 - Joseph Wolpe
 - Ahdistus, joka on autonomisen hermoston sympaattisen osan aktivaatiota, estetään ja korvataan parasympaattisella aktivaatiolla.
3. Sattumuminen (extinction)
 - Respondentin vahvistumisen ehkäiseminen
 - Ehdollistunutta vaikutetta (CS) toistetaan ilman ehdollistumattoman vaikutteen (US) esiintymistä -> Ehdollistunut reaktio (CR) sammuu. Käytännössä CS on taas NS.
 - Uusi perustutkimus on osoittanut, että prosessiin sisältyy biokemiallisia muutoksia, jotka laskee ahdistuneisuutta.

56

Miksi lyhyet ja/tai asteittaiset altistushoidot toimivat

4. Kognitiiviset tekijät
 - Turvallinen altistaminen auttaa asiakasta näkemään tilanteen realistisemmin -> tilanne koetaan vähemmän uhkaavana.
 - Johtaa uskomukseen, että ahdistus ei olekaan ylivoimasta. (vrt. jos uskotellaan, että joku asia ei ole ahdistavaa / tuota kipua, henkilöt kokevat vähemmän ahdistusta / kipua).
 - Lisää asiakkaan omaa arviota omasta kykenevyydestä hallita/selvitä/tulla toimeen ahdistuneisuuden kanssa.
5. Epäspesifit tekijät
 - Kaikille terapioille yhteisiä tekijöitä (common factors)
 - Terapeutin huomio/kiinnostuneisuus asiakkaan tilannetta kohtaan, terapisuhde

57

Systemaattinen epäherkistäminen

- Kehittänyt Joseph Wolpe yli 50 vuotta sitten
- Ensimmäinen altistusterapia, ensimmäinen muoto käyttäytymisterapiaa
- Asiakas johdatetaan ajattelemaan jotakin ahdistusta herättävää tapahtumaa tai asiaa ja samaan aikaan hänelle tuotetaan ahdistuksen kanssa kilpaileva olotila esim. lihasten rentoutumisen avulla

58

Systemaattinen epäherkistäminen

- Terapian kolme vaihetta:
 1. Terapeutti opettaa asiakkaalle reagoinnin, joka "kilpailee" (vastakkainen tai erilainen) ahdistuneen olotilan kanssa
 2. Spesifit tapahtumat, jotka herättävät ahdistusta määritellään ja ne pistetään järjestykseen helpoimmasta vaikeimpaan
 3. Asiakas toistuvasti visualisoi ahdistusta herättävää tapahtumaa samaan aikaan kun pyrkii tuottamaan ahdistuneisuuden kanssa kilpailevaa olotilaa.

59

Sovellettu rentoutus

- Pohja Edmund Jacobsonin (1938) kehittämässä progressiivisessa rentoutuksessa
- Keskeisimpiä käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä
- Sovellettu rentoutus itsessään on kehittynyt Lars-Göran Östin fobiatutkimuksen myötä
- Progressiivinen rentoutus on tehokas menetelmä, joka voi auttaa vaikeissakin lihasjännitys- yms. pulmissa
- Ei kuitenkaan sellaisenaan käyttökelpoinen useimmissa ahdistusta herättävissä tilanteissa
 - rentoutumiseen tarvitaan liian pitkä aika (n. 15 min)
 - tarvitaan huomattavasti nopeampi, mutta edelleen tehokas menetelmä

60

Sovellettu rentoutus

- Sovelletussa rentoutuksessa opitaan menetelmä, jonka avulla voidaan rentoutua nopeasti periaatteessa tilanteessa kuin tilanteessa
- Edellyttää paljon harjoittelua, lukuisia toistoja niin kotona, kuin myös aidoissa tilanteissa
- Sovellettuun rentoutukseen kuuluu useita vaiheita, joiden kautta rentoutumistaitoa rakennetaan
- Perinteiseen ohjelmaan kuuluu kertaviikkoinen tapaaminen terapeutin luona ja aktiivinen kotiharjoittelu

61

Sovelletun rentoutuksen vaiheet

	Vaihe	Tapaaminen	Rentoutumisaika
1	Progressiivinen rentoutus	1+2	15-20 min
2	Lyhytrentoutus	3	5-7 min
3	Vihjerentoutus	4	2-3 min
4	Erillisrentoutus	5+6	60-90 s
5	Pikarentoutus	7 + 8	20-30 s
6	Sovellusharjoittelu	9+10	20-30 s
7	Seurantaohjelma		

62

Progressiivinen rentoutus kilpailevana responssina ahdistukseen

- Syvä lihasrentoutus on yleisimmin käytetty kilpaileva responsi systemaattisessa epäherkistyksessä.
 - Ensimmäinen kuvaus Edmund Jacobsen (1938)
 - Rentoutumisen opettelu vaati yli 200 h harjoittelua
- Se kilpailee ahdistuksen tuottamien fysiologisten reaktioiden kuten lisääntyneiden lihasjännityksen, sydämen lyöntitiheyden, verenpaineen ja hengitystiheyden kanssa.
- Progressiivisen rentoutukseen sisältyy eri lihasryhmien rentouttaminen opettelemalla ensin jännityksen ja rentoutuneisuuden välinen ero

63

Progresiivisen rentoutuksen vaiheet

1. Valmistautuminen
 - "Hakaudu rauhalliseen paikkaan, voit käydä makuullesi, vaihda yllesi mukavat vaatteet ettei mikään hierrä tai purista, katso ettei sinua keskeytetä. Lue ohjeet paperilta tai kuuntele ne nauhalta".
2. Jännitys ja rentoutus
 - Jännitä jotakin tiettyä lihasryhmää (16 kpl) esim. kädet, naama, kaula, olkapäät, rintakehä, vatsa, reidet, sääret, jalkaterät) n. 5 sekunnin ajan ja sitten rentouta ne.
3. Rentoutuminen ilman jännitystä
 - Lihasryhmä kerrallaan, n. 30 sekuntia. Toista pelkkä rentoutuminen useampaan kertaan. Harjoita enemmän ongelmallisia lihasryhmiä

64

Progresiivinen rentoutus: käsien, kasvojen, kaulan ja hartioiden jännittäminen ja rentoutus

1. Purista oikea käsi nykkiin (2 kertaa)
2. Purista vasen käsi nykkiin (2 kertaa)
3. Purista molemmat kädet nykkiin (2 kertaa)
4. Jännitä olkavarren lihakset
5. Jännitä olkavarren alapuolen lihakset (ojenna kädet suoriksi alaspäin)
6. Ryplistä otsaasi (nosta kulmakarvoja ylöspäin)
7. Ryplistä kulmakarvoja
8. Jännitä silmien lihakset painamalla silmät tiukasti kiinni
9. Jännitä leuat puremalla hampaista yhteen
10. Paina kieli kitalakeen
11. Jännitä huulet tekemällä niistä "o" (mutrista suuta)
12. Paina pää taaksepäin niskatukea tai selkänöjää vasten
13. Paina pää eteenpäin, leuka rintaan
14. Nosta hartiat korvia kohti
15. Nosta hartiat korvia kohti ja pyöritä niitä ympäri (taakse, alas, eteen, ylös) ja päinvastoin (eteen, ylös, taakse, alas) ja vielä kerran toiseen suuntaan

65

Progresiivinen rentoutus: hengityksen, vatsan, selän ja jalkojen jännittäminen ja rentouttaminen

16. Hengitä tasaisesti ja rauhallisesti vatsan avulla (palleahengitys)
17. Vedä syvään henkeä, pidätä hengitystä muutamia sekunteja ja päästä ilma vapaasti ulos keuhkoistasi; pidä pieni tauko ennen seuraavaa uloshengitystä (2 kertaa)
18. Jännitä vatsa työntämällä sitä ulospäin (hengitä rintakehän avulla n. 5 s)
19. Jännitä vatsa vetämällä sitä sisäänpäin (hengitä rintakehän avulla n. 5 s)
20. Jännitä selkä vetämällä kaarelle (vatsa ja rintakehä ulospäin)
21. Jännitä pakara- ja reisilihakset painamalla kantapäätt lattiaan
22. Paina jalat ja varpaat lattiaan
23. Taivuta jalkaterät kasvoja kohti pitäen samalla kantapäätt paikoillaan lattiassa (tai muulla tuella)

66

Altistushierarkian tekeminen

- Altistushierarkia on lista spesifeistä tilanteista, jotka aiheuttavat ahdistuneisuutta.
- Listassa tilanteet on laitettu hierarkiseen järjestykseen helpoimmasta vaikeampaa.
- Käytetään SUD-asteikkoa (Subjective Units of Distress)
- Jos asiakkaan ahdistuneisuus koskee useampaa luokkaa (kuolemanpelko, lentopelko) tilanteita, tehdään monta altistushierarkia.

67

Epäherkistäminen

1. Epäherkistäminen ahdistusta herättäville tilanteille voi alkaa heti kun asiakas on oppinut progressiivisen rentoutumisen (tai muun kilpailevan reagoinnin) ja ahdistushierarkia on tehty.
2. Terapeutti ohjeistaa asiakasta istumaan mahdollisimman mukavasti ja rentouttamaan kaikki lihaksensa.
3. Tämän jälkeen terapeutti selostaa asiakkaalle kuviteltavan tilanteen, joka on valittu altistushierarkiasta.
 - Aloitetaan hierarkian helpoimmasta tilanteesta
4. Asiakas kuvittelee tilannetta n. 15 sekunnin ajan.
5. Jos ahdistus nousee, asiakas näyttää merkin, jolloin terapeutti keskeyttää mielikuva-altistuksen ja kehottaa asiakasta rentoutumaan.
 - Mielikuvaa ajatellaan ainoastaan silloin kun on rentoutunut olotila. Tarkoitus on, että rentoutuminen korvaa ahdistuneisuuden, joka assosioituu mielikuvasta.
6. Jokaista porrasta hierarkiasta toistetaan niin kauan kun se ei enää herätä juurikaan ahdistuneisuutta. Ahdistuksen mittaamisessa käytetään SUD-asteikkoa.

68

Määritelmä ja kriittiset komponentit

- Systemaattinen epäherkistäminen on (1) *toistuvaa, turvallista altistamista ahdistusta herättäville tilanteille* (2) *asteittaisesti* (3) *samaan aikaan kun aktivoidaan kilpailevaa reagointia*.
- Tutkimusnäyttö on kuitenkin osoittanut, että...
 - Altistus voidaan aloittaa yhtä hyvin myös hierarkian vaikeimmista tilanteista tai jopa kaikkein vaikeimmasta
 - Epäherkistyminen ilman rentoutumisen harjoittelua voi olla ihan yhtä tehokasta
- Näin ollen ainoat kriittiset komponentit ovat...
 1. Systemaattinen, toistuva altistuminen ahdistusta tuottaville tilanteille
 2. ilman, että asiakas kokee mitään negatiivisia seurauksia

69

Muita kilpailevia responsseja ja hoidon kohteita

- Joillakin asiakkailla, etenkin lapsilla, on vaikeuksia harjoitella rentoutumista.
- Vaihtoehtoiset tai kilpailevat responssit:
 - *Emotiiviset mielikuvat* tuottavat mm. lapsille miellyttäviä ajatuksia ahdistavien ajatusten sijaan
 - Syöminen (Mary Cover Jones, 1924), musiikin kuuntelu, assertiivinen käyttäytyminen, seksuaalinen kiihottuminen, nauru & huumori
- Systemaattisella epäherkistämisellä voidaan hoitaa myös vihanhallinnan ongelmia, komplisoitua surua, astma-kohtauksia, unettomuutta, ongelmajuomista, painajaisia, puhevaikeuksia, jne.

70

Muita menetelmiä, joita voi käyttää altistuksen yhteydessä (Wolpe & Lazarus, Behavior therapy Techniques, 1966)

- Väärinkäsitysten korjaaminen, Insightin kehittyminen, rationaalisten arvojen ja uskomusten lisääminen
- Thought Stopping (ajatusten pysäyttäminen)
- Liiotellun roolin harjoittelu
- Kokeellinen motoristen tapojen (motor habits) sammuttaminen ts. "Negatiivinen harjoittelu"
- Ryhmä desensitisaatio
- Feeding responses (vastaehdollistaminen)

71

In vivo tulvitus (flooding)

- Thomas Stampfl, 1967 (*implosive therapy*)
- Asiakasta altistetaan ehdollistuneelle vaikutteelle (CS) ja samalla estetään asiakkaan pako- tai välttelykäyttäytyminen (reagoinnin ehkäisy mm. kirjallisella sopimuksella)
- Nopeampi menetelmä mutta enemmän ahdistusta tuottava kuin asteittaiset altistukset

72

Altistuksen käyttö dialektisessa käyttäytymisterapiassa, esimerkkinä viha-emootio

1. VIHJEALTISTUS (cue exposure)

- Mene paikkaan tai tilanteeseen, jossa sinulle herää jokin työskentelyn alla oleva emotioni esim. viha (tai suru, häpeä, inho, pelko). Ensimmäisillä kerroilla ei ole tavoitteen mukaista mennä tilanteeseen, jossa tunne tulee voimakkaana vaan aloita helpoimmista tilanteista.
- Ole paikalla, älä lähde pois, älä yritä poistaa tunnetta.
- Huomaa ja koe tunne, havainnoi sitä. Voit myös kuvailla mielessäsi tunnetta tai sen aiheuttamia tunteuksia.
- Ole tilanteessa niin kauan, kunnes tunne alkaa heikentyä. Tavoitteena on, että pysyisit niin kauan, kunnes tunne laskee puoleen (0-100 asteikolla) tai sen alle.
- Toista tämä useasti, useampana päivänä peräkkäin. Vaihtele tilanteita, jossa ongelmallinen tunne herää. Voit siirtyä yhä vaikeampiin tilanteisiin kun luottamuksesi omaan hallintaan lisääntyy.

73

Altistuksen käyttö dialektisessa käyttäytymisterapiassa

2. REAGOINNIN EHKÄISY (response prevention)

- Ole paikalla, älä lähde pois. Huomioi halusi paeta tilanteesta tai välttää tunnekokemusta.
- Älä ole mieleltäsi poissaoleva vaan siirrä huomiosi vallitsevaan tilanteeseen.
- Koe tilanne, havainnoi tunteuksiasi, tunnettasi ja yllykkeitä toimia
- Pidättäydy kaikesta vihamielisestä käyttäytymisestä
- Älä tee mitään ennen kuin hallitset tilannetta

74

Altistuksen käyttö dialektisessa käyttäytymisterapiassa

3. TOIMIMINEN PÄINVASTOIN KUIN TUNNE EDELLYTTÄÄ

- Muuta vihaiisuus lempeydeksi
- Muuta tuomitsevuus (tuomitsevat ajatukset) kuvailuksi
- Aloita harjoittelu mieluummin helpommasta tilanteesta kuin vaikeasta (viha emotioni n. 40-60 astetta)
- Tunnista vihalle ominaiset tunnusmerkit (kehon tunteukset, ajatukset, ilmeet, kehon asento, käyttäytymiset)
- Tunnista yllykke toimia, mitä tunne yllyttää sinua tekemään? Huutamaan vai toimimaan muulla tavalla aggressiivisesti?
- Mitä päinvastaista voisit tehdä? Kuvaile (Ilman pitäisi -lauseita ym. tuomitsevia asioita)

75

Yleiset altistushoidon sudenkuopat

- Ei rohkaista potilasta kohtaamaan kaikkein vaikeimpia tilanteita
- Tehdään mielikuva-altistusta silloin kuin pitäisi tehdä in vivo ja päinvastoin
- Rauhoitellaan ja vakuutellaan hoidon aikana
- Ei päästä käsiksi ydinpelkoon
- Ajatusrituaalien tehon hallinta
- Vaikeus työskennellä omaisten tai muiden läheisten kanssa
- Inhon tunteen huomiotta jättäminen ja traumat

76

VR-altistushoito



77

Inhibitorinen oppiminen ja altistusterapia

Michelle Craske: Maximizing Exposure Therapy for Anxiety Disorders

78

Kysymys kuuluu...

1. Mitä henkilön todella tulee oppia ollakseen vähemmän pelokas pelkovaikutteen läheisyydessä?
2. Kuinka altistusharjoitukset tulisi suunnitella, jotta henkilö saisi niistä maksimaalisen hyödyn ts. kuinka erilaiset altistusharjoitukset voisivat häiritä potilaan (eksitatoriseen oppimiseen perustuvaa) uskomusta siitä, että jotain pahaa tulee tapahtumaan?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat uuteen oppimiseen altistuksen aikana ja sen jälkeen?
 - Ahdistuneisuuden väheneminen altistuksen aikana (habituatation kautta) ei ole niin tärkeä tekijä kuin inhibitorinen oppiminen ennen ja jälkeen altistuksen.

79

Respondentin sammumisen (extinction) inhibitorisen oppimisen malli

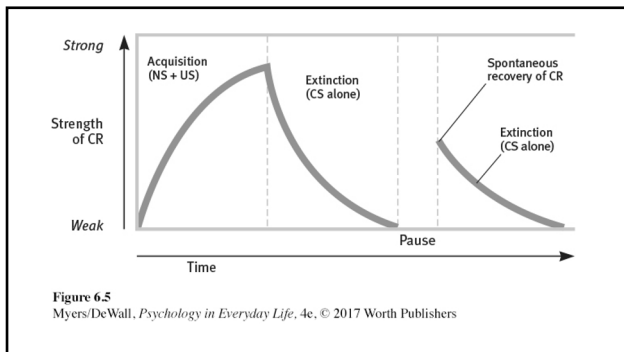
- Inhibitoorisen oppimisen on huomattu olevan keskeinen osa respondenttiä sammumista, vaikka muitakin mekanismeja, kuten habituatio, on todennäköisesti mukana.
- Respondentin ehdollistumisen lähestymistavassa, inhibitorisen oppimisen malli tarkoittaa sitä, että alkuperäinen CS-US assosiaatio, joka on opittu pelko ehdollistumisessa ei poistu sammumisen johdosta, vaan pysyy muuttumattomana niin kauan kunnes kehittyi sekundaarinen inhibitorinen oppiminen CS-US yhteydestä, joka erityisesti opettaa, että CS ei enää ennusta US:aa.
- Neuraalisten mekanismien tutkimus antaa tunnustusta inhibitoriselle mallille pelon sammumisessa.
 - Mantelitulmake, joka on käytännössä aktiivinen pelkoehdollistumisen aikana, näyttäisi inhibitoivan kortikaalisesta vaikutuksesta (mediaalinen etuosaloisko, mPFC) sammumisen oppimisen tuloksena.

80

Respondentin sammumisen (extinction) ongelmat

- Sammumistapahtuman jälkeen, CS:llä on kaksi merkitystä; sen alkuperäinen eksitatorinen (CS-US) sekä lisänä uusi inhibitorinen merkitys (CS-noUS).
 - Ehdollistunut vaikutte viestittää samaan aikaan, että se ennustaa aversiivista tapahtumaa (CS-US) sekä ei ennusta aversiivista tapahtumaa (CS-noUS).
- Tämän vuoksi, vaikka pelko vähenee riittäväällä CS:n toistolla (US:n puuttuessa), ainakin osittaisen alkuperäisen assosiatiivisen yhteyden muistaminen voi olla palautettavissa erilaisilla tapahtumilla, joista jokainen osoittaa alkuperäisen eksitatorisen assosiaation jatkumisen sammumistapahtuman jälkeenkin.
- 1. Ensinnäkin, ehdollistunut pelko näyttää palautuvan spontaanisti, mikä tarkoittaa sitä, että CR:n voimakkuus kasvaa ajoittain spontaanisti vielä sammumistapahtuman jälkeenkin (ks. seuraava slide).
- Käytännössä tämä efekti on samanlainen, mitä nähdään altistusterapiassa, jossa asiakkaan pelkoreaktio palautuu hoidon jälkeen ajan kuluessa, jos hän on pitänyt taukoa CS:n kohtaamisessa.
 - Eli lentopelkoisilla henkilöillä, jotka ovat kertaalleen päässeet pelostaan, pelko palautuu, jos he eivät lennä tarvittavan usein.

81



82

Respondentin sammumisen (extinction) ongelmat

2. Toiseksi, ehdollistunut pelko uusiutuu kun ympäröivä konteksti vaihtuu sammumisen ja uusintatestin välissä. Toisin sanoen, pelon sammuminen näyttäisi olevan kontekstispesifää siihen, missä sammuminen tapahtuu.
 - Tämä tulos on havainnointi sekä meneillään olevissa altistusterapioissa sekä seuranta mittauksissa, jotka on tehty samassa ympäristössä tai eri ympäristössä (mm. Mystkowski et al, 2002, 2003 ja 2006).
- Kliinisesti ottaen uusiutuminen tapahtuu kun altistusterapia suoritetaan yhdessä tai vain rajoitetusti eri konteksteissa (kuten aina terapeutin läsnä ollessa tai aina suoraan ennen tai jälkeen terapia-session).
 - Tällainen yhdessä ympäristössä hoidettu pelko on taipuvainen palaamaan aina niissä ympäristöissä, jossa sitä ei ole hoidettu pois (kuten yksinolo tai kun konteksti ei ole yhteydessä terapiaan).

83

Respondentin sammumisen (extinction) ongelmat

3. Kolmanneksi, ehdollistunut pelko palautuu jos ei-signaloitu (tai pariutumaton) US eli mikä tahansa aversiivinen tapahtuma esiintyy sammumisen ja uudelleentestauksen välissä.
 - Yleinen esimerkki pelon uudelleen palautumisesta altistusterapian jälkeen on kun henkilö kokee jonkun epäsuotuisan tapahtuman (US), joka johtaa pelkoreaktion (CR) palautumiseen aikaisemmin pelättyyn vaikutteeseen (CS) jos se kohdataan pelkoa (mistä tahansa muusta asiasta) herättävässä tilanteessa.
 - Esimerkiksi, pelko esittää kysymyksiä työpalaverissa voi palautua hoidon jälkeen kun on tullut sivuutetuksi jossain toisessa sosiaalisessa tilanteessa tai mahdollisesti jonkun muun epäsuotuisan (pelkoon liittyttömän) tapahtuman esim. liikenneonnettomuuden jälkeen.
4. Neljänneksi, nopea CR:n uudelleen oppiminen (ehdollistuminen) nähdään jos CS-US pariutuminen toistetaan sammumisen jälkeen.
 - Tästä kliininen esimerkki on jo sammuneet pelkoreaktiot, jotka voivat melko helposti ja nopeastikin palata uudelleen traumatisoitumisen yhteydessä (esim. taistelualaueella tai muussa vaarallisessa ympäristössä).

84

KERTAUS: neljä ongelmaa respondentissa sammumisessa

1. **Spontaneous recovery eli spontani palautuminen.** Pelko voi spontaanisti palautua hoidon jälkeen, jos henkilö pidättäytyy liian kauan pelkoa (aiemmin) herättäneistä vaikutteista.
2. **Renewal eli toistojen vähyys (eri konteksteissa).** Pelko voi palautua hoidon jälkeen jos altistusta on tehty vain yhdessä ympäristössä tai vain niukasti tietyissä ympäristöissä.
3. **Reinstatement eli uudelleen palautuminen.** Pelko voi palautua jos henkilö altistuu mille tahansa aversiiviselle tapahtumalle hoidon jälkeen ja se yhdistyy alkuperäiseen pelkovaikutteeseen.
4. **Reacquisition eli uudelleen oppiminen tai ehdollistuminen.** Pelko palautuu jos tapahtuu sammumisen jälkeen uudelleen ehdollistumista (CS-US pariutuminen).

85

Emotionaalisen prosessoinnin teoria (Foa & Kozak)

- Ehdollistuneen vaikutteen (triggeri) ja ehdollistuneen reaktion (pelko tai ahdistus) välisen assosiatiivisen yhteyden katkaisu
- CS-UR -yhteys
- Pelkostruktuurin aktivointi (altistus)
- Pyritään habituaatioon
 - Session aikana
 - Sessioiden välissä

86

Onko habituaatiolla merkitystä?

- Habituaatiolla tarkoitetaan tilannetta jossa pelkoa herättävää vaikutetta tulvitetaan niin kauan, että se menettää voimansa saada aikaan jokin fysiologinen vaste ihmisessä.
- Habituaatio ei kuitenkaan ole pitkäaikaisten hoidon tulosten luotettava ennustaja
- Hoito voi olla onnistunut, vaikka habituaatiota ei olisikaan sen aikana tapahtunut
- Habituaatio on mukava juttu, mutta ei välttämättä tarpeellinen

87

Habituaatio vs. sammuminen (extinction)

- Habituaatiota tapahtuu kun toistetaan pelkoa herättävää vaikutetta systemaattisesti hoidon aikana (ei-assosiatiivinen oppiminen) ja tämä vähentää pelkoreagointia (pako) tulevaisuudessa, kun taas sammuminen assosiatiivisen oppimisen kautta tapahtuu kun henkilö toistuvasti kohtaa pelkoa herättävän vaikutteen (ehdollistunut vaikutte; CS) silloin kun luonnollisesti kipua aiheuttava tapahtuma (US) on ehkäistään tai sitä ei tule.
- Habituaatio on ikään kuin "turtumista" tai "tottumista" kun assosiatiivinen oppiminen sammumisen kautta on "ahaa elämys", joka sisältää selvästi kognitiivisia elementtejä.
- Tästä assosiatiivisesta oppimisesta haluttu seuraus on: (1) vaihtoehtoisia oletuksia (ajatuksia) pelätyn seurauksen todennäköisyydestä ja vakavuudesta (henkilö ei enää oletta US:n tulevan CS:n seurauksesta) sekä (2) altistuneen käyttäytymisen muutos (vähentynyt ehdollistunut reagointi esim. lähestyminen ennemmin kuin pako tai välttelykäyttäytyminen).
- Vaikka nämä kaksi prosessia ovat lähellä toisiaan (habituaatio on kuitenkin aina osallisena ehdollistuneen reagoinnin sammumisessa) ne eivät ole kuitenkaan sama asia. (Abramowitz et al., 2011)

88

Inhibitorinen oppiminen vs. habituaatio

- Monet potilaat ovat valittavasti epäonnistuneet altistukseen pohjautuvissa terapioissa saavuttamaan kliinisesti merkittäviä tuloksia oireiden lievittymisessä tai pelkoreaktio on palautunut ainakin osittain terapian jälkeen.
- Habituaatio = pelkoa herättävän vaikutteen voiman väheneminen pelkoreaktion tuottamisessa.
 - Voima vähenee mitä enemmän altistuskertoja on
 - Voiman väheneminen vaatii aina ehdistuneisuuden (pelon) laskua (Edna Foan ohjeistuksen mukaan SUD:ella mitattuna puoleen tai siitä alle suurimmasta arvosta)
 - Voiman väheneminen aiheuttaa pyyviä kognitiivisia muutoksia haitan havaitsemisessa, joka assosioituu fobiseen vaikutteeseen (siis ainakin jokin verran tapahtuu myös inhibitorista oppimista).
- Inhibitorisen oppimisen mallissa ei vaadita ehdistuksen laskua altistuskertojen aikana vaan joskus jopa käytetään menetelmiä, joilla ehdistuneisuutta pidetään yllä.
 - Ahdistuksen laskua altistuksen aikana ei pidetä ennustavana tekijänä ehdistuksen määrään (sammumisen uudelleen testausvaiheessa) seurannassa.
- Tutkimuksissa ehdistuksen määrä seuranta-ajan päättyessä on ollut enemmänkin riippuvainen 1) altistukseen käytetystä ajasta, 2) kontekstien vaihtelevuudesta, 3) jopa vastakkaisista harjoittelutilanteista sekä 4) koetun pelon määrästä altistuskertojen päättyessä.
- Inhibitorisen oppimisen malli menee jonnekin päällekkäin kognitiivisen terapian kognitioiden (uskomukset ja oletukset) käyttäytymistestien kanssa, joskaan se ei rajoitu vain käyttäytymistestien strategiana kehittämään inhiboivia assosiaatioita.

89

Emotionaalisen prosessoinnin teoria vs. inhibitorisen oppimisen teoria – kriittiset erot

- Altistuksen tavoite
 - Olla tilanteessa niin kauan kunnes ehdistuneisuus vähentyy merkittävästi (EPT)
 - Olla tilanteessa niin kauan kunnes potilas ei enää ennusta katastrofia (IOT)
- Suhde ehdistukseen
 - Ahdistuksen on tarkoitus poistua ajan myötä (EPT)
 - Potilas sietää ehdistusta, oli se sitten kuinka pitkäaikaista tai intensiivistä tahansa (IOT)

90

Terapeuttiset strategiat inhibitorisen oppimisen lisäämiseksi: **odotusten rikkominen**

1. Ensimmäinen strategia on suunnitella altistuskerrat niin, että ne rikkoo täydellisesti potilaan odotukset aversiivisen seurauksen määrästä ja intensiteetistä.
 - Odotusten ja seurausten välinen vastaamattomuus on kriittinen tekijä uuden oppimisessa
 - Inhibiivien odotusten kehittäminen, jotka kilpailee eksitatoristen (ennustettavien) odotusten kanssa.
- Mitä enemmän kokemus rikkoo odotuksia sitä enemmän inhibitorista oppimista.
 - Interoseptiivinen altistus, joka jatkui niin kauan kunnes potilaan **odotus** aversiivisesta seurauksesta (kuolen paniikkiin) **saavutti vähemmän kuin 5%** oli ylivoimainen standardiin interoseptiiviseen altistukseen nähden.
- "Mitä sinun tarvitsee oppia" enemmän kuin pelon väheneminen tai "pysy tilanteessa niin kauan kunnes pelko poistuu"
- Avain asemassa "odotusten rikkomismallissa" on auttaa potilasta huomaamaan CS (ehdollistunut pelkovaikutte) sekä US:n (aversiivisen vaikutteen) esiintymättömyys.

91

Terapeuttiset strategiat inhibitorisen oppimisen lisäämiseksi: **syvennetty sammuttaminen**

2. Toinen strategia on "syvennetty sammuttaminen" (Robert Rescorla), missä joko useita pelkoa herättäviä vaikutteita (CS) sammutetaan ensiksi erikseen ennen kuin niitä aletaan yhdistää sammuttamisen ajaksi tai aiemmin sammutetut vihjeet paritetaan uuden CS:n kanssa.
 - Tämän on todettu vähentävän spontaania palautumista ja pelon uudelleen eskaloitumista sekä eläin mallinnuksessa että ihmisillä.
 - Aina kun on mahdollista, me yhdistämme useita vihjeitä (sisäisiä ja/tai ulkoisia) altistusterapian aikana, jonka jälkeen lopuksi suoritetaan altistus jokaiselle vihjeelle erikseen.
 - Paniikkihäiriössä sisäiset vihjeet (interoseptiiviset vaikutteet) altistetaan ensin (esim. kofeiini altistuksen avulla)
 - Ulkoiset vaikutteet esim. ihmisjoukot, julkiset kulkuvälineet altistetaan seuraavassa vaiheessa (in vivo) oikeissa tilanteissa
 - Lopuksi molempia tehdään samaan aikaan.
 - On tärkeää, että molemmat (tai kaikki) CS:t ennustaa samaa US:aa.

92

Terapeuttiset strategiat inhibitorisen oppimisen lisäämiseksi: **satunnaisesti vahvistunut sammuminen**

3. Kolmas strategia juontaa juurensa ihmisillä tehdystä tieteellisistä kokeista ja niiden tuloksista: oppimisen satunnainen vahvistuminen sammuttamisen aikana.
 - Se pitää sisällään satunnaisia CS-US pareja sammumisharjoittelun aikana.
 - CS-US pareja ja CS-ei US pareja sekaisin.
 - Satunnainen häpeä-kohtausten tuottaminen sosiaalisessa ahdistuneisuudessa ja paniikki-kohtausten tuottaminen (mm. yohimbine –lääkeaineen avulla) paniikin altistushoidossa.
 - Asiakkaita kannustetaan hakemaan mahdollisuuksia (ajoittain) "negatiivisiin tuloksiin" tai "epäonnistumaan".
 - Mekanismeina myös ennustusten rikkoontuminen ja uskomusten heikkeneminen käyttäytymisen testausten kautta

93

Terapeuttiset strategiat inhibitorisen oppimisen lisäämiseksi: **turva-vaikutteiden poistaminen**

4. Neljäs strategia "turva signaalien" tai "turva-käyttäytymisen" ehkäiseminen tai poistaminen.
- Yleisiä turva signaaleja ja käyttäytymisiä ahdistuneella asiakkaalla on mm. toisen henkilön läsnäolo, terapeutit, puhelinsoitot, lääkkeineet tai ruoka ja juoma.
 - Turva signaalit- ja käyttäytymiset poistaa pelkoa ja kun niitä ei käytä niin pelko palaa. Tämän on ajateltu häiritsevän inhibitoristen assosiaatioiden kehittymistä.
 - Toisenlaisiakin tutkimustuloksia on viime aikoina saatu. Esimerkiksi, hygieenisten käsipyyhkeiden käyttö kontaminaatiopelkoisilla henkilöillä altistuksen jälkeen ei johtanut yhtään sen suurempaan pelon tai inhon spontaaniin palautumiseen kuin altistuksissa ilman hygieenisia käsipyyhkeitä.
 - Yleinen käsitys kuitenkin on, että potilaan tulisi luopua kaikista turvakäyttäytymisistä tehostakseen hoitoaan.

94

Terapeuttiset strategiat inhibitorisen oppimisen lisäämiseksi: **vaihtelevuus**

5. Viides strategia pitää sisällään vaikutteiden (CS) vaihtelevuuden läpi altistuksen.
- Opittavien tehtävien vaihtelevuus parantaa opitun ei-emotionaalisen aineksen muistamista.
 - Altistuksissa kannattaa rutiinomaisesti varioida erilaisia muuttujia mm. altistusten pituutta, intensiteetin tasoa tai valita erilaisia asioita pelkohierarkiaan satunnaisesti, kuin jatkaa altistusta yhdessä tilanteessa kunnes pelko vähenee ennen kuin siirrytään seuraavaan tilanteeseen.
 - Vaihtelevuus tyypillisesti aiheuttaa altistuksen aikana kovempaa fysiologista aktivoitumista (arousal) ja subjektiivisesti koettua ahdistuneisuutta, joka ei habituoitu, mutta se kuitenkin tuottaa pitkällä tähtäimellä huomattavia etuja.

95

Terapeuttiset strategiat inhibitorisen oppimisen lisäämiseksi: **(turvallisten) vihjeiden muistaminen**

6. Yksi vaihtoehto lisätä sammutusharjoittelun tuloksien muistamista ja sammuttaa "uusien ympäristöjen vaikutusta pelon palautumiseen" on lisätä (turvallisten) vihjeiden eli onnistuneiden harjoituskertojen muistamista (CS – ei US assosiaatio) uusien sammutusharjoittelun aikana.
- On kuitenkin riski, että turvallista muistoista tulee turva-signaaleja.
 - Esimerkksiterapeutin toimisto, jossa edellinen altistussessio suoritettiin voi toimia turvallisena vihjeenä uudelle altistukselle, kun sitä vastoin benzodiatsepiinit (esim. paniikkihäiriössä) voi toimia turva signaalina.

96

Terapeuttiset strategiat inhibitorisen oppimisen lisäämiseksi: **useat ympäristöt**

7. "Ympäristöjen uudistaminen" tarkoittaa foobisen vaikutteen aiheuttamaa pelon palautumista kun se kohdataan ympäristössä (sisäinen tai ulkoinen), joka eroaa siitä ympäristöstä, jossa altistusterapia suoritettiin.
- Kliininen malli tästä tarkoittaa sitä, että suoritetaan interoseptiivinen, mielikuva- ja in vivo altistuksia useassa eri kontekstissa kuten yksin ollessa, vieraissa paikoissa tai eri ajankohtina ja eri viikonpäivinä.

97

Terapeuttiset strategiat inhibitorisen oppimisen lisäämiseksi: **uudelleenvahvistaminen**

8. Uusimmat tieteelliset löydökset kuvaavat, että muistiin tallennettujen muistojen mieleenpalauttamisen saa aikaan uudelleenvahvistamiseksi eli *rekonsolidaatioksi kutsuttu prosessi*.
 - Kun muistot kirjoitetaan uudelleen pitkäaikaiseen muistiin, ne tarvitsevat uuden neurokemiallisen prosessin.
- Monfils ja kumppanit löysivät, että CS:n esittäminen 30 minuuttia ennen pitkäkestoista sammutusharjoittelua vähensi merkittävästi 1) spontaania palautumista, 2) niukan harjoittelun johdosta tapahtuvaa uusiutumista, 3) uutta aversiivista oppimista sekä 4) nopeaa uudelleen oppimista koe-eläimillä. Tämä tulos on esitetty myös terveillä ihmiskoehenkilöillä.
- Kliininen sovellus tästä olisi sellainen, että esitetään foobinen vaikutte lyhyen aikaa 30 minuuttia ennen toistettuja sammutusharjoituskertoja.

98

KERTAUS: Inhibitoriseen oppimiseen perustuvat strategiat altistushoidon tehostamiseksi

1. Odotusten (tai ennusteiden) rikkominen
 - Suunnitellaan altistuskerrat niin, että ne rikkoo täydellisesti potilaan odotukset aversiivisen seurauksen määrästä ja intensiteetistä.
2. Syvennetty sammuttaminen
 - Useita pelkoa herättäviä vaikutteita (CS) sammutetaan ensiksi erikseen ennen kuin niitä aletaan yhdistää sammuttamisen ajaksi tai aiemmin sammutetut vihjeet paritetaan uuden CS:n kanssa.
3. Satunnaisesti vahvistunut sammuminen
 - Asiakkaita kannustetaan hakemaan mahdollisuuksia (ajoittain) "negatiivisiin tuloksiin" tai "epäonnistumaan" eli satunnaisia CS-US pareja sammumisharjoittelun aikana.
4. Turva-vaikutteiden poistaminen
 - "Turva signaalien" tai "turva-käyttäytymisen" ehkäiseminen tai poistaminen

99

KERTAUS: Inhibitoriseen oppimiseen perustuvat strategiat altistushoidon tehostamiseksi

5. **Vaihtelevuus**
 - Rutiniinomaisesti varioidaan erilaisia muuttujia mm. altistusten pituutta, intensiteetin tasoa tai valitaan erilaisia asioita pelkähierarkiaan satunnaisesti.
6. **(Turvallisten) vihjeiden muistaminen**
 - Lisätään (turvallisten) vihjeiden eli onnistuneiden harjoituskertojen muistamista (CS – ei US assosiaatio) uusien sammutusharjoittelun aikana.
7. **Useat ympäristöt**
 - Suoritetaan interoseptiivinen-, mielikuva- ja in vivo altistuksia useassa eri kontekstissa kuten yksin ollessa, vierassa paikoissa tai eri ajankohtina ja eri viikonpäivinä.
8. **Uudelleenvahvistaminen**
 - Esitetään fobioinen vaikutte lyhyen aikaa 30 minuuttia ennen toistettuja sammutusharjoituskertoja.

100

Vielä yksi terapeuttinen strategia inhibitorisen säätelyn lisäämiseksi

- Sosiaalinen neurotiede on löytänyt vielä yhden strategian inhibitorisen säätelyn lisäämiseksi, joka pitää sisällään kielellistä prosessointia tai oikeammin tunteen luokittelua.
- Joukko tutkimuksia on osoittanut, että kielellinen prosessointi aktivoi aivokuorella tiettyä aluetta (oikeanpuoleinen ventrolateraalinen etuaivo-otsalohko), joka vähentää manteliumakkeen aktivaatiota, joka taas koetaan lievempänä ahdistuksena.
- Kahdessa tutkimuksessa on osoitettu tunteiden luokittelusta olevan hyötyä henkilöillä, jotka on altistettu pelottavalle vaikutteelle.
- Tabibnia kollegoineen löysi tutkimuksissaan, että toistetut, mielikuvia herättävät hämähäkin kuvat paritettuna sanaluokkien kanssa, etenkin negatiivisesti arvoitetut- ja kuville irrationaaliset sanat (esim. "pommi" ja "sota"), tuottavat suurempaa laskua ihon sähköjohtokyvyn (GSR) mittauksessa kuin kuvat, joita ei ole parituttu.

Putting feelings into words: affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. [Psychol Sci. 2007]

101

Yleisiä strategioita ahdistuneisuuden hoidossa

102

Kahdeksan yleistä strategiaa

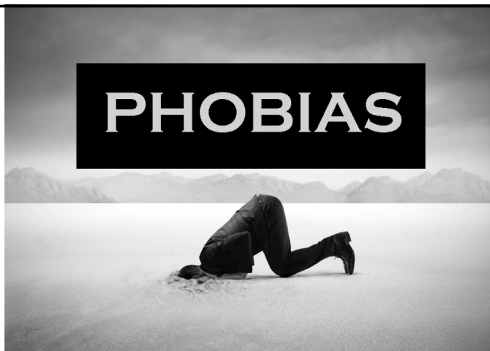
1. Pyri luomaan vahva terapeuttilinen yhteistyösuhte
 - Tämä on merkityksellistä asiakkaan motivaation ja turvallisuudentunteen vuoksi
2. Tutki ahdistuneisuuden syntyhistoriaa ja pelko-vaikutteita (ehdollistuminen)
 - Vaikka ahdistuneisuuden hoidot eivät useinkaan ole psykodynaamisia, on tärkeää tuntea asiakkaan kehityshistoria (oppimishistoria) mm. psykologisen trauman mahdollisuuden vuoksi
3. Teettäkää hyvä somaattinen arviointi
 - Somaattisten sairauksien poissulku
 - Lääkityksen tarpeen arviointi

103

Kahdeksan yleistä strategiaa

4. Rentoutustaitojen opettelu
 - Osaksi asiakkaan elämäntyyliä. Näitä voivat olla mm. meditaatio, fyysinen harjoittelu, mindfulness taidot- ja strategiat, progressiivinen lihasrentoutus, hengitysharjoitukset, visuaalisten mielikuvien käyttö
5. Dysfunktionaalisten ajatusten analyysi
 - Ajatukset, jotka ovat yhteydessä ahdistuneisuuteen ja pitävät yllä sitä. Tarkoituksena saavuttaa voimauttavia, positiivisia ja tarkempia kognitioita
6. Pelätyille asioille altistaminen
 - Voidaan toteuttaa monella eri tapaa mm. in vivo, mielikuva desensitisaatio, EMDR, tulvitus (implosive)...
1. Kotitehtävät
 - Asiakkaan edistymisen lisääntyminen, seuranta sekä vastuu omasta edistymisestä
2. Asiakkaan työskentelyn ylläpysyminen ja retkahdusten ehkäisy

104



105

Pelko-oireinen häiriö eli fobia

- Fobia on tiettyihin tilanteisiin tai kohteisiin liittyvä todellisen uhkan olemassaoloon perustumaton pelko (kammo tai kauhu), jonka ahdistuneisuusoireita henkilö ei pysty hallitsemaan. Vastenmielisyyttä esimerkiksi jotain eläinlajia kohtaan ei ole vielä fobia.
- Oireet jaotellaan yleensä *fyysisiin* ja *psykkisiin* oireisiin.
 - Fyysisiä oireita voivat olla muun muassa vapina, hikoilu, huimaus, sydämen tykytys, punastuminen sekä ripuli.
 - Psykkisiä oireita taas ovat muun muassa voimakas halu paeta tilanteesta, kyvyttömyys hallita fyysisiä oireita, jännittäminen sekä unettomuus.
- Fobia pakottaa välttelemään tilanteita, asioita ja paikkoja, joihin pelkoa aiheuttava vaikutte jouduttaisiin kohtaamaan. Se voi esimerkiksi pakottaa ihmisen pysymään kotonaan ja jättämään tästä syystä työpaikkansa tai keskeyttämään opintonsa. Fobia voi pahimmissa tapauksissa kontrolloida elämää.
- Naiset kärsivät peloista ja fobioista neljä kertaa useammin kuin miehet. Esimerkiksi naisten väitetään pelkävän erityisen usein hämähäkkiä, käärmettä ja hiiriä. Tosin niiden pelkäämisen oppimiseen ainakin kaikilla kädellisillä on perinnöllinen taipumus.

106

Käärmepeelon hoito (Lars-Göran Öst)



107

Intensive Exposure Therapy



108

Emetofobian eli oksentamisen pelon hoito altistusmenetelmin

- Selvitetään, mitä asiakas pelkää eniten oksentamisessa. Pelon kohteita voi olla esim.
 - toisten ihmisten oksentaminen
 - oma oksentaminen
 - oksentamisen näkeminen
 - oksentamisen haistaminen
 - oksentamisen kuuleminen
 - oksentamisen tunteukset kehossa
 - tukehtumisen tunne
 - traumaattiset muistot oksentamiseen liittyen

109

Emetofobian eli oksentamisen pelon hoito altistusmenetelmin

- **Laaditaan altistushierarkiaa, esim.**
 1. Katsotaan Youtubesta ihmisten oksentamista (äänet, kuvat)
 2. Laitetaan vettä suuhun ja yökätään/purskautellaan/oksennetaan vettä (äänet, tunteukset)
 3. Laitetaan paksumpaa nestettä esim. mehukeittoa tai smoothieta suuhun ja yökätään/purskautellaan/oksennetaan sitä (äänet, tunteukset)
 4. Mennään lattialle makaamaan suu täynnä paksua juomaa ja annetaan juoman mennä osin kurkkuun ja jos se menee väärään kurkkuun, niin noustaan ylös (tunteukset, äänet, mahdollinen tukehtumisen pelko aktivoituu)
 5. Tehdään vuorokauden huoneenlämmössä ikkunan lähellä pidettävä etikkaparmesaaniliuos, jota haistellaan, katsellaan ja sen yhteydessä voi oksentaa jotakin juomaa, yökälillään ja hyväksytään mahdollinen inhon tunne.

110

Emetofobian eli oksentamisen pelon hoito altistusmenetelmin

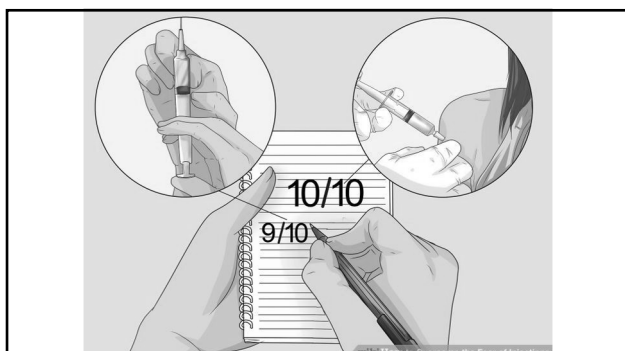
- Tehdään altistuksia niin kauan, että pelon tunne lievittyy kussakin altistuksessa alle puoleen sen kerran korkeimmasta arvostaan ja jatketaan harjoituksia, kunnes pelkoa ei enää ole tai se on hyvin lievää. Inhon tunnetakin on tarkoitus lievittää, mutta ei poistaa kokonaan. Inhon tunteen pelkoa on puolestaan tarkoitus lievittää tai inhon tunteen pelko poistaa.
- Jos inhon tunne on pelkoa häiritsevämpi tunne, niin altistetaan inholle ja opetellaan sietämään ja hyväksymään inhon tunne. Pelon tunne on tarkoitus altistuksilla hoitaa pois tai lievittää sitä merkittävästi, mutta inhon tunne on usein syytä opetella sen lievittämisen lisäksi vain hyväksymään ja keskittyyä minimoimaan inhon aiheuttamia haittoja eli vähentää inhoa herättävien asioiden välttelykättäytymistä.

111

Emetofobian eli oksentamisen pelon hoito altistusmenetelmin

- Mikäli oksentamiseen liittyy traumaattisia muistoja, altistetaan tarvittaessa mielikuva-altistuksin myös näille muistoille.
- Keskeistä on siis lievittää tai poistaa tarpeeton pelko ja inhon tunteen pelko sekä lievittää hyvin voimakasta inhon tunnetta altistuksin, mutta myös hyväksyä inhon tunne täysin luonnollisena oksennukseen liittyvänä tunteena.
- Tarkoitus on, että asiakas oppii sietämään ja hyväksymään inhon tunteensa ja tekemään tärkeitä asioita aivan normaalisti inhon tunteen kanssa.
- Wikipediassa on asiallinen teksti emetofobiasta:
<https://fi.wikipedia.org/wiki/Emetofobia>

112



113



114

Paniikkihäiriö

- Esiintyy 1,5 - 3 % väestöstä
- Häiriö on naisilla noin kaksi kertaa yleisempi kuin miehillä ja siihen sairastutaan yleensä nuoruudessa tai varhaisessa aikuisiässä.
- Osalla paniikkihäiriötä sairastavilla henkilöillä esiintyy paniikkikohtauksiin liittyneenä myös julkisten paikkojen pelkoa, jolloin henkilö alkaa vältellä tilanteita tai paikkoja, joissa pelkää kohtauksen uusiutuvan tai lähestyessään niitä kokee voimakasta ahdistuneisuutta.
- Leimallista paniikkihäiriölle on pelko siitä, että itse paniikkikohtaus aiheuttaa terveydellisen katastrofin.
- Ahdistusoireet ovat yleensä suhteellisen vähäisiä kohtausten välillä

115

Paniikkikohtaus

- Keskeinen käsite paniikkihäiriössä on paniikkikohtaus, se ei ole itsenäinen diagnoosi.
- Paniikkikohtaus on erillinen voimakkaan pelon tai epämiellyttävän olon jakso, jonka hallitsevia oireita ovat yhtäkkiä alkava
 - Sydämentykytys
 - Rintakipu
 - tukehtumisen tunne
 - huimaus ja
 - epätodellisuuden tunne.
 - Samalla saattaa ilmetä myös kuolemanpelkoa tai hallinnan menettämisen ja hulluksi tulemisen pelkoa.
- Kohtaus saavuttaa huippunsa muutamassa minuutissa ja kestää yleensä 10 – 30 minuuttia.

116

Erityyppiset paniikkikohtaukset

- **Odottamaton (spontaani) kohtaus**, joka ei liity mihinkään tiettyyn tilanteeseen ja jolla ei ole mitään ilmeistä laukaisevaa tekijää.
 - Voi ilmaantua myös yöllä unen aikana.
- **Tilanteeseen liittyvät kohtaukset** ilmenevät jonkin tilanteen laukaisemina.
 - Tyypillisiä tilanteita ovat tungokset, kaupan kassajonot, julkisilla liikennevälineillä matkustaminen, teatterit, elokuvat sekä siltojen tai aukoiden ylittäminen. Monet alkavat nopeasti välttää näitä tilanteita, ja pahimmillaan he eivät voi poistua kotoa pelkojensa vuoksi
- Tietty **tilanne voi altistaa** kohtaukselle, mutta ei välttämättä aina laukaise sitä.
- Kohtaukset saattavat olla myös **rajoittuneita**, jolloin ilmenee esim. sydämentykytystä ja vapinaa kohtauksen aikana

117

Kognitiivinen malli

- Paniikkihäiriön kognitiivisen mallin keskeisenä ajatuksena on sisäisten tuntemusten – joko ruumiillisten tai psyykkisten – ja katastrofaalisten (pelkoa herättävien) ajatusten yhteys eli ns. resiprokaalinen (vastavuoroinen) kausaliiteetti.
- Henkilö reagoi esim. sydämen tykytykseen, huimaukseen tai hengenahdistukseen tulkitsemalla tämän merkiksi uhkaavasta fyysisestä tai psyykkisestä vaarasta, esim. sydänkohtauksesta tai sekoamisesta. Tämä virheellinen tulkinta aiheuttaa elimistön pelkoreaktion, joka ilmenee kolmella tavalla:
 - muutoksina autonomisen hermoston viireytilassa (elimistön valmistautuminen pakoon tai taisteluun eli yleisesti ottaen toimintaan)
 - sen hetkisen toiminnan keskeytymisenä
 - tarkkavaisuuden kaventumisena etsimään mahdollista vaaraa.

118

Jos ahdistus yltyy paniikiksi (Mielenterveystalo)

- Paniikkioireita vastaan taistelevien todennäköisesti vain pahentaa niitä, eikä paniikkia vastaan siis kannata taistella. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että kohtausten sattuessa pitäisi olla passiivinen, tai ettei kohtaaukselle olisi mitään tehtävissä. Kokeile pitää mielessäsi seuraavat viisi ohjetta paniikkikohtauksen sattuessa.
- **Älä hätäänny**
 - Muista, että paniikki on vain elimistön luonnollinen taistele tai pakene –reaktio väärässä paikassa. Se on siis täysin vaaraton.
- **Kohtaa ja hyväksy oireet pakenemisen sijaan**
 - ”Itäessäsäsi torjua paniikkia, viestit itsellesi paniikin oleva jotakin sellaista, mistä et selvä. Tämä luonnollisesti lisää ahdistusta ja paniikkia. Kokeile torjumisen sijaan kohdata tunne mahdollisimman välittömästi ajattellessi esimerkiksi ”Johan, täästä se nyt tulee. Aionoppo seihoni käydä läpi tämä reaktio. Selviydyn kyllä siitä, kuten aina ennenkin.” Ota ns. ”omtaa mennä voon” asenne ja sallii elimistölle jatkua erilaisia fyysisiä tuntemuksia. Voit havainnoida epämiellyttävää kiihtymystilaa ilman, että reagoisit siihen pelokkaasti tai ahdistuneesti.
- **Keskity nykyhetkeen**
 - Huomenna vain sitä, mitä elimistösi tässä tapahtuu juuri nyt. Älä mieti, mitä pelkäät seuraavaksi tapahtuvan.
- **Kellu tunteen mukana, älä huputa**
 - Voit kuvitella paniikkikohtauksen aalloksi, jonka harjalla kellut tai surffaillet. Aalto laantuu kyllä pian itsestään ja palaat takaisin tyneen veden pinnalle. Paniikkikohtaukset ovat lyhyitä ja loppuvat jo muutamassa minuutissa. Yleensä ne menevät nopeammin ohi, jos et taistele niitä vastaan. Taistelu lisää paniikkia ylläpitävää ahdistusta.
- **Palaa normaaliin arkeen**
 - Paniikkikohtauksen loputtua jatka toimiasi normaalisti siitä, mitä olit tekemässä.

119

Paniikin kohtaaminen - Interoseptiivinen altistus – aistiprovokaatio harjoitukset

- Yksi tehokkaimmista tavoista hoitaa paniikinomaista ahdistusta on oirealtistus. Altistuksessa pelättyyn asiaan totutellaan maltillisesti pieni askel kerrallaan, jolloin sen aiheuttama ahdistus vähitellen lievittyy. Paniikkihäiriössä altistusharjoittelu tarkoittaa käytännössä siedättämistä omille tavallisuudesta poikkeaville fyysisille tai psyykkisille tuntemuksille.
- Oirealtistuksessa tuotetaan paniikkihäiriön tuntemuksia tietien tahtoen, useita kertoja peräkkäin. Tarkoituksena on oppia, että vaikka nämä reaktiot ovat epämiellyttäviä, ne ovat täysin vaarattomia. Kun elimistö tottuu fyysiseseen oireeseen, siihen ei myöhemmin liity niin suurta pelon tunnetta.
- Altistus toteutetaan pienin askelin siten, että tuntemasi ahdistus pysyy koko ajan hallinnassa. Tarkoituksena on kohdata oireet ahdistuksesta ja niiden epämiellyttävyydestä huolimatta. Näin kehomme ja mieleemme oppii, ettei kehon reaktion aiheuttama ahdistus kerro meille todellisesta vaarasta.

120

Interoseptiivinen altistus – aistiprovokaatio harjoitukset

- Interoseptiivisen altistuksen harjoitukset eivät ole vaarallisia, mutta niiden tarkoitus on *tuntua* ainakin jonkin verran epämiellyttäviltä.
- Harjoitukset edellyttävät, että potilas on suhteellisen terve.
 - Mikäli potilas kärsii astmasta, epilepsiasta, sydän- ja verisuonitaudeista tai hänellä on niska-, selkä- tai muita fyysisiä vaivoja on hyvä keskustella näiden harjoitusten soveltuvuudesta hoitavan lääkärin kanssa.
 - Raskaana oleminen sinänsä ei ole este näiden harjoitusten tekemiselle, mutta mikäli raskauteen liittyy jotain terveydellisiä ongelmia, niin silloin on hyvä myöskin keskustella asiasta lääkärin kanssa.
- Kun potilas on päässyt harjoittelussa alkuun, hän voi edelleen tehostaa harjoitteluaan:
 - Tekemällä harjoituksia useampi kerta peräkkäin (harjoitusten välissä aina lyhyt tauko)
 - Tekemällä harjoituksia vähitellen yksin (jos hän on tarvinnut jonkun tukea aluksi)
 - Tekemällä harjoituksia eri paikoissa (kotona, ulkona jne.)
 - Tekemällä harjoituksista asteittain pidempiä

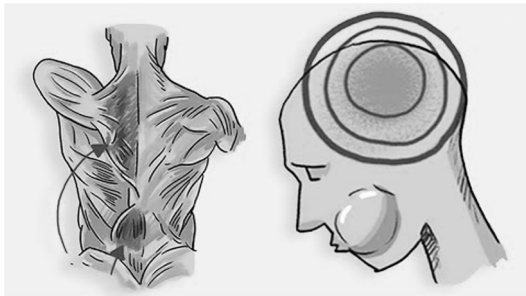
121

Interoseptiivinen altistus terveyteen liittyvässä ahdistuksessa

Keholliset tuntemukset	Altistus
Sykkeen kohottaminen	Aerobinen harjoittelu (juoksu, holkki, portaiden nouseminen jne.)
Hengästyminen	Aerobinen harjoittelu, hengityksen pidättäminen (30 s), hyperventilaatio (1-2 min)
Pyörryttäminen	Istuminen/kumartuminen pää alhaalla (30 s) ja nopeasti seisomaan nouseminen, paikallaan ympäri pyöriminen (1 min), Hyperventilointi (1-2 min), pään heiluttaminen nopeasti puolelta toiselle
Hermotuneisuus / jännittyneisyys	Jännitys- tai kauhuelokuvan katsominen Kofeiinipitoisen juoman nauttiminen
Hikoilu tai liiallinen kuumuus	Sauna tai lämmin kylpy, kuuma suihku mahdollisimman suljetussa tilassa, liian lämpimien vaatteiden pitäminen
Vatsan epämiellyttävät tuntemukset/pahoinvointi	Vatsaan keskittyminen muistellen aikaa jolloin on tuntenut voimakasta pahoinvointia, sellaisen syömisen tai näkemisen ajattelemisen (esim. jonkun ihmisen oksentaminen), mikä saa voimaan pahoin, oksennuksen hajun kuvittelemisen.

122

The Symptoms of General Anxiety and Panic Disorder

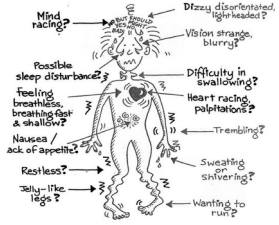


123



**I CAN'T
KEEP CALM
BECAUSE
I HAVE
ANXIETY**

Yleistynyt ahdistuneisuus



124

Yleistynyt ahdistuneisuus

- Yleistyneelle ahdistuneisuushäiriölle ominainen ahdistus, pelokas odotus ja huoli ilmenevät useimpina päivinä ja yhtäjaksoisesti vähintään kuuden kuukauden ajan.
- Jatkuvaan ahdistuneisuuteen ja huoleen yhdistyy levottomuuden tai jännittyneisyyden tunne, väsymys, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys, lihasjännitys tai vaikeus nukahtaa ja pysyä unessa.
- Noin 5 % ihmisistä kärsii elämänsä jossain vaiheessa yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä.
- Yli puolella oireet ovat alkaneet joko lapsena tai murrosiässä, mutta oirekuva voi alkaa myös aikuisiällä.
- Huomattava osa, ehkä noin neljännes häiriöstä kärsivistä, kokee kärsineensä oireista läpi koko elämänsä.

Yleistynyt ahdistuneisuus

125

KKT:n mallit yleistyneestä ahdistuneisuudesta

1. Välttelymalli murehtimisesta ja GAD:sta (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004)
2. Epävarmuuden sietämättömyyden malli (Dugas et al., 1995; Freeston et al., 1994)
3. Metakognitiivinen malli (Wells, 1995)
4. Tunteiden säätelymättömyyden malli (Mennin et al., 2002)
5. Hyväksyntäperusteinen malli GAD:sta (Roemer & Orsillo, 2002, 2005)

KKT:n mallit yleistyneestä ahdistuneisuudesta

126

Kahdentyyppisiä huoltilanteita (Dugas & Ladouceur, 2000)

- Tilanteet, jotka koskee ratkottavia asioita
 - Systemaattisen ongelmanratkaisumenetelmän harjoittelu
- Tilanteet, joissa ei ole ratkottavia ongelmia (hypoteettisia ongelmia, jotka ei koskaan toteudu)
 - Aikataulutettu murehtiminen
 - Huolille altistuminen

127

Hoito-ohjelman aloitus

- Tarkoitus saada jatkuva huoli ja murehtiminen hallintaan
- Edukaatiota häiriöstä
- Makroanalyysi eri ongelmien välisistä yhteyksistä
- Mikroanalyysi (A-B-C-analyysi) murehtimisesta ja välttämiskäyttäytymisestä
- Mittarit ja monitorointi kaavakkeet

128

Hoito-ohjelma esimerkiksi:

- Itse-monitorointi ja aikaisten varomerkkien tunnistaminen.
- Vaikuttehallinta (stimulus control) menetelmät
 - Vaikuttehallinta: vihjekontrolloitu murehtiminen, murehtimishetki
- Tietoisuus- ja rentoutusmenetelmät
 - Tietoisuustaidot
 - Hyväksymis- ja omistautumisterapia
 - Sovellettu rentoutus
- Kognitiivisen terapian menetelmät
- Ongelmanratkaisumenetelmä

129

Hoito pähkinäkuoressa

1. Arvion tekeminen (haastattelut, itsearviolomakkeet, itsehavainnointi, tausta ym)
2. Psykoedukaation antaminen
3. Itsemonitorointi arvion tukena ja läpi hoidon
 - Mitataan päivittäin itsearvion avulla sitä, kuinka usein, kuinka pitkäkestoisena ja millä tavoin huolet ilmenevät (ajatukset, tunteet, kehon tunteukset)
 - Selvitetään lisäksi, millainen on oma suhtautuminen huolen ilmaannuttua (tuomitseva, hyväksyvä tms)
 - Selvitetään, millä keinoin asiakas koettaa estää, vältellä tai muuttaa sisäisiä kokemuksia
 - "sisäiset keinot" - ajatusten tai tunteiden poistaminen mielestä
 - "ulkoiset keinot" - päihteiden käyttö, itsensä vahingoittaminen, syömisen rajoittaminen ym tapa koettaa hallita tunteita

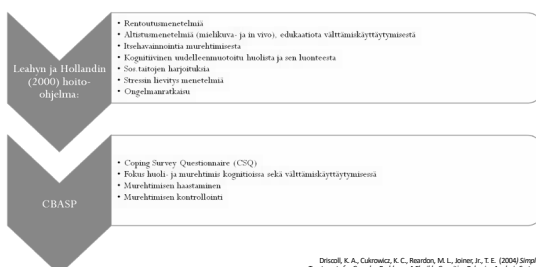
130

Hoito pähkinäkuoressa

4. Taitojen opettelu, kuten tietoisuus- ja läsnäolotaidot (sekä tunteensääteelytaidot) käyttäen apuna itsemonitorointia, ohjattuja ja epämuodollisia mindfulness-harjoituksia arjessa
5. Taitojen soveltaminen henkilökohtaisten arvojen mukaiseen käyttäytymiseen
 - Tavoitteena on omaksua uusi, hyväksyvämpi ja myötätuntoisempi tapa suhtautua omiin sisäisiin kokemuksiin ja kyetä erottamaan tiettyissä tilanteissa heräävät ahdistavat tunteet omasta itsestä.
 - Lisäksi tavoitteena on lisätä halua/kykyä ylipäättään kokea tunnekokemuksia sekä sitoutua henkilökohtaisten arvojen mukaiseen, läsnäolevaan (mindful) käyttäytymiseen.

131

Kaksi muuta GAD:n hoito-ohjelmaa



Orsucci, K. A., Cukrowicz, K. C., Pearson, M. L., Joiner, Jr., T. E. (2004) Simple Treatment for Complex Problems: A Flexible Cognitive-Behavioral Analysis System Approach to Psychotherapy. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

132



133

Sosiaalisten tilanteiden pelko

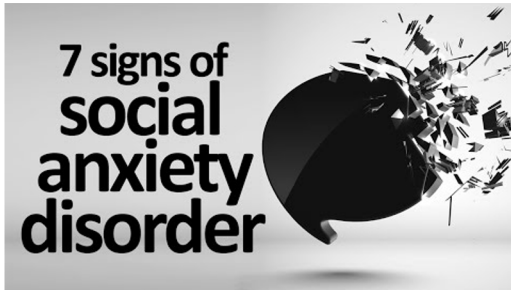
- Sosiaalisten tilanteiden pelko on krooninen häiriö, joka johtaa toimintakyvyn merkittävään heikkenemiseen
- Sosiaalisten tilanteiden pelon varhainen tunnistaminen ja hoito on tärkeää, jotta voidaan ehkäistä oireiden kroonistuva kehityskulku, toimintakyvyn heikentyminen ja lisääntyvä komorbiditeetti (Herbert ym., 2008)
- Ahdistuneisuushäiriöillä ylipäänsä kielteinen vaikutus

134

Sosiaalisten tilanteiden pelko

- Yhteinen ruokailu (tai kahvitilaisuus)
- Julkinen esiintyminen
- Osallistuminen tilaisuuksiin, juhliin, kokouksiin tai opetustapahtumiin
- Esitellyksi tuleminen toiselle (arvovaltaiselle) henkilölle; työhaastattelu
- Kirjoittaminen (esim. nimikirjoitus) muiden nähden
- Yleisen WC:n käyttö

135



136

Sosiaalisten ahdistuneisuus

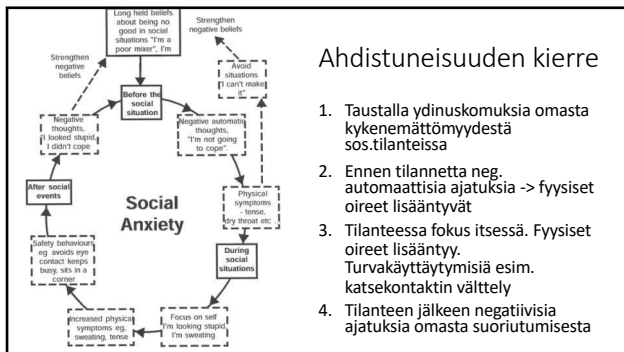
- Sosiaalinen ahdistuneisuus näyttää hyvin yleiseltä: yli puolet amerikkalaistutkimuksessa haastatetuista opiskelijoista on joskus vältellyt julkista esiintymistä, noin joka viides välttelee puheen pitämistä tai ravintolassa syömistä.
- Tila on siis varsin tavallinen. Sen esiintyvyys väestössä on n. 10–15 %.

137

Sosiaalisten tilanteiden pelko

- Vajaa kolmasosa aikuisista kärsii ainakin yhdestä sosiaalisesta pelosta ja noin 7% sosiaalisen fobian diagnostiset kriteerit täyttävästä ongelmasta (Arch Gen Psychiatry 2000;57:1046).
- Seurantatutkimusten valossa kyseessä on krooninen häiriö. Kahdeksan vuoden seurantatutkimuksessa vain 30-40% potilaista oli vapautunut elämäänsä kapeuttavista peloista (Psychiatr Serv 2001; 52:637).
- Lisää merkittävästi depressioiden ja alkoholismin riskiä

138



139

Ahdistuneisuushäiriöt ja itsemurhariski

- Sosiaalisten tilanteiden pelko, traumaperäinen stressihäiriö ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja paniikkihäiriö ennustavat itsenäisesti itsetuhoisia ajatuksia
- Sen sijaan vain sosiaalisten tilanteiden pelko, traumaperäinen stressihäiriö ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ennustavat itsemurhayrityksiä
- Kuitenkin sukupuolieroja...
 - Miehillä PTSD ja paniikkihäiriö ennustavat itsetuhoisuuden riskiä (itsemurha-ajatukset ja -yritykset)
 - Naisilla itsetuhoisuuden riskiä ennustavat sosiaalisten tilanteiden pelko, PTSD ja GAD
 - Varhainen tunnistaminen ja hoitaminen tärkeää myös suicidiriskin takia

140

Sosiaalisen fobian hoito:

- Käyttäytymisteorioihin ja kognitiiviseen psykologiaan perustuvat terapiat ovat useissa laajoissa tutkimuksissa osoitettu vaikuttaviksi.
- Tyypillisimmät pelottavat tilanteet luetteloidaan ja järjestetään helpoimmasta vaikeampaan.
 - -> mielikuva- ja/tai "in vivo" altistus
- Tilanteissa aktivoituvat automaattiset ajatukset jäsennetään lauseiksi ja tarkastellaan niiden todennäköisyyttä ja ajattelutavan säilyttämisen tai muuttamisen hyötyjä ja haittoja.
- Kirjalliset kotitehtävät esim. edellisen viikon jännittäviin tilanteisiin liittyen.
 - Itsehavainnointi
- Ryhmä muotoisessa terapiassa usein ryhmän antama tuki tilanteiden vähittäisessä voittamisessa muodostuu tärkeäksi.

141

Attention training, ATT (Wells,1990)

- Menetelmä, joka on suunniteltu lisäämään huomion kohdistamisen hallintaa ja joustavuutta ja sitä kautta heikentämään ahdistusta ylläpitäviä tekijöitä
 - → metakognitiiviset uskomukset, joustamaton itseen kohdistuva huomio, ja jäykkä ajattelu, kuten murehtiminen
- Metakognitio on ajattelun ajattelua, ihmisen uskomuksia liittyen omiin ajatuksiinsa ja ajatusprosesseihinsa
 - → Esim. skitsofreniaan liittyen kyse lähinnä uskomuksista liittyen aistiharhojen ja harhaluulojen hallittavuuteen, voimakkuuteen ja siihen kuinka hyvää tai pahaa tarkoittavia ne ovat

142

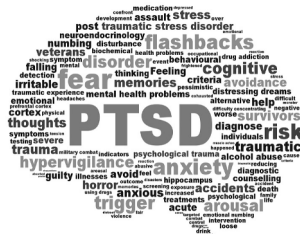
Ryhmäterapia

- Sosiaalisten tilanteiden pelkoa voidaan hoitaa tehokkaasti sekä yksilöterapiapana, että ryhmäterapiapana (KKT)
- Ryhmäterapiassa näyttää siltä, että ryhmä koheesion kasvaminen ryhmän edetessä liittyy paranemiseen sosiaalisessa ahdistuneisuudessa, yleisessä ahdistuneisuudessa, depressiossa ja toimintakyvyssä (Taube-Schiff ym., 2006)
 - → Ei-spesifit tekijät näyttävät siis vaikuttavan enemmän ryhmäterapiassa
- Ryhmäterapiassa paljon käytännöllisiä etuja sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa, esim.
 1. Mahdollisuus laajempaan ja monipuolisempaan harjoitteluun (rooliharjoitukset jne.)
 2. Ryhmätilanne jatkuu altistusta
 3. Vertaistuki
- Ryhmämuotoinen KKT näyttää alustavasti vaikuttavalta myös skitsofreniapotilaiden komorbidin sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa (Halpern ym., 2000)
- Mitattu ahdistuksen määrää, välttämiskäyttäytymistä ja elämänlaatua (vs. jono)

143

Lyhytpsykoterapia akuutissa traumaperäisessä stressihäiriössä

Varhain aloitettu, altistusta sisältävä kognitiivinen käyttäytymislyhytpsykoterapia ilmeisesti vähentää traumaperäisen stressihäiriön ilmaantumista.
Näytön aste = B



144

Trauman määritelmä

- Henkilö on altistunut traumaattiselle tapahtumalle, missä:
 - Henkilö on kokenut tai todistanut tapahtumaa, mikä on todella uhannut omaa tai muiden henkeä tai siinä on ollut suuri loukkaantumisen- tai fyysisen itsenäisyyden menetyksen vaara itselle tai muille.
 - Henkilö on kokenut tilanteessa voimakasta pelkoa, avuttomuutta ja/tai kauhua.

145

145

Kolme oireiden pääryhmää

1. Traumaattinen tapahtuma *koetaan uudelleen*: toistuvia ahdistavia muisti- ja mielikuvia, tuntemuksia tai unia traumaattisesta tapahtumasta
2. Henkilö pyrkii usein *välttämään* traumaattisesta tapahtumasta muistuttavia asioita ja torjuu tapahtumaan liittyvät muistot tietoisuudestaan → mahdollisesti sosiaalinen eristäytyminen, tunteiden kokemisen ja ilmaisemisen kyky voi kaventua
3. Traumaattiset muistot ja mielikuvat voivat aiheuttaa *jatkuvan varuillaanolon*:
 - nukahtamisvaikeuksia, yöllistä heräilyä, ärtyneisyyttä, keskittymisvaikeuksia ja säikähtelyä pienistäkin asioista

146

Potentiaalisia trauman aiheuttajia

- Luonnon katastrofit (tulipalot, tulvat, maanjäristys)
- Sotilaalliset yhteenotot tai asuminen sota-alueella
- Elämää uhkaavat tapaturmat (kolari)
- Oma tai muiden vakava vammautuminen
- Fyysinen hyökkäys, aseella uhkaaminen
- Läheisen äkillinen kuolema
- Raiskaus, seksuaalinen hyväksikäyttö

Copyright 2006 (c) Teemu Rytönen

147

147

Trauman uudelleenkokeminen

- Painajaiset tapahtumasta
- Trauman uudelleeneläminen (flashbacks)
- Ahdistuneisuus altistuttuaan traumasta muistuttaville vihjeille (sisäiset tai ulkoiset vihjeet)
- Fysiologinen aktiviteetti trauman vihjeille

Copyright 2006 (c) Teemu Riihimäki

148

148

Välttely (avoidance)

- Henkilön tavoitteena välttää traumaan liittyviä ajatuksia ja tunteita
- Henkilön tavoitteena välttää traumaan liittyviä toimintoja ja tilanteita
- Psykokeeninen muistamattomuus
- Vähentynyt kiinnostus aktiviteetteihin
- Vetäytyminen sosiaalisista kontakteista
- Kapeutunut tunteiden kokeminen
- Uskonmenetys tulevaisuuteen

Copyright 2006 (c) Teemu Riihimäki

149

Lisääntynyt yleinen oireilu

- Häiriintynyt unirytm
- Hallitsemattoman vihanilmaukset
- Vaikeus keskittyä
- Ylivarovaisuus
- "Säpsähtely"

Copyright 2006 (c) Teemu Riihimäki

150

150

Psykologiseen traumaan liittyviä oireita

Table CORE - 1 Common Signs & Symptoms Following Exposure to Trauma

Physical	Cognitive/Mental	Emotional	Behavioral
- Chills - Difficulty breathing - Dizziness - Elevated blood pressure - Fainting - Fatigue - Grimacing teeth - Headaches - Muscle tremors - Nausea - Pain - Profuse sweating - Rapid heart rate - Twitches - Weakness	- Blaming someone - Change in alertness - Confusion - Hyper-vigilance - Increased or decreased awareness of surroundings - Intrusive images - Memory problems - Nightmares - Poor abstract thinking - Poor attention - Poor concentration - Poor decision-making - Poor problem solving	- Agitation - Anxiety - Apprehension - Denial - Depression - Emotional shock - Fear - Feeling overwhelmed - Guilt - Guilt - Inappropriate emotional response - Irritability - Loss of emotional control	- Increased alcohol consumption - Antisocial acts - Change in activity - Change in communication - Change in sexual functioning - Change in speech pattern - Emotional outbursts - Inability to rest - Change in appetite - Pacing - Startle reflex intensified - Suspiciousness - Social withdrawal

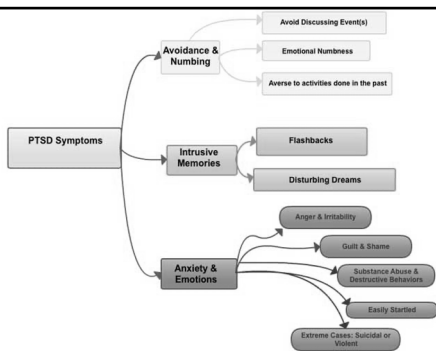
151

PTSD:n diagnostiset kriteerit

- Oireet jatkuneet yli kuukauden
- Oireet aiheuttavat huomattavaa kärsimystä tai toimintakyvttömyyttä tärkeillä alueilla
 - Akuutti: Jos oireita alle 3 kuukautta
 - Krooninen: Jos oireita yli 3 kuukautta
 - Myöhästynyt alkku: Jos oireet alkavat vasta yli 6 kuukautta trauman jälkeen

Copyright 2006 (c) Teemu Rytönen

152



153

Dissosiaatiohäiriö (Wikipedia)

- Dissosiaatioilla (erottuminen tai hajoaminen) tarkoitetaan psykiatriassa prosessia, jossa osaa keskushermostoon saapuvasta tiedosta ohjataan erilleen muusta informaatiosta.
 - Ajatuksia, tunteita, aistimuksia ja tekoa ei yhdistetä toisiinsa mielekkääksi kokonaisuudeksi, ja vain osa tästä informaatiosta pääsee henkilön tajuntaan. Dissosiaation sanotaan purkautuvan, kun erilleen ohjattu informaatio liitetään takaisin muuhun keskushermostossa olevaan tietoon, eli kun erillään olleet tunne- ja aistikokemukset yhdistetään toisiinsa, ja kokonaisuus viedään normaalin muistireksen joukkoon.
- Dissosiaatio on tavallinen "puolustusmekanismi" ihmisen joutuessa uhkaavaan tilanteeseen. Jotta henkinen kuormitus ei kävisi ylivoimaiseksi, aivot "pilkkovat" kokemuksen pienemmiksi osasiksi, jotka myöhemmin liitetään takaisin yhdeksi kokonaisuudeksi ja integroidaan taas tavalliseksi muistoksi.
- Dissosiativisuus on kyvyttömyyttä yhdistää ajatukset, tunteet ja muistot koherentiksi
- Dissosiaatiohäiriöistä puhutaan, kun dissosiaation käyttö lisääntyy häiritseviin mittasuhteisiin ja aiheuttaa vaikeuksia potilaan jokapäiväisessä elämässä.
- Dissosiaatiohäiriön aiheuttaja on aina trauma, joka on erityisesti vaikeammissa häiriöissä toistuva ja alkanut lapsuudessa.
- Dissosiaatio-oireita sen sijaan voivat aiheuttaa useat eri syyt, kuten erilaiset fyysiset sairaudet, lääkkeet, päihteet tai muut psyykkiset sairaudet.
- Dissosiaatiivisten ilmiöiden funktio: emtionaalisesti kipeän asian tietoisuuteen tulemisen estäminen.

154

Dissosiaation yleisyys

- Dissosiaatiohäiriöiden arveltiin aikaisemmin olevan harvinaisia, mutta nyt näyttää, että ne itse asiassa ovat melko tavallisia.
- Riippuen tavasta, jolla diagnostisia kriteereitä sovelletaan käytäntöön, häiriön esiintyvyyden arviot normaaliväestössä vaihtelevat 1,4–10 % välillä häiriöistä vaikeimman, dissosiativisen identiteettihäiriön, osuuden ollessa 0,4–1 %.
- Psykiatrisessa potilasaineistossa häiriön esiintyvyys on eri lähteiden mukaan 5–21 % ja dissosiativisen identiteettihäiriön 0,5–20 %. Dissosiativisia oireita raportoi sen sijaan hyvin moni psykiatrinen potilas.
- Suurin osa dissosiaatiohäiriöistä diagnosoidaan naisilla (yksi mies 5–9 naista kohden), mutta eräät tutkimukset antavat ymmärtää dissosiaatiohäiriöiden olevan yhtä yleisiä sekä miehillä että naisilla.
 - Miehillä häiriötä ei kuitenkaan usein tunnisteta muiden ongelmien, kuten päihteiden väärinkäytön tai rikoskierteen, alta.

155

Traumojen KKT:n mukaiseen hoitoon sisältyy:

- Altistus proseduurit
- Ahdistuksen hallintaan perustuvat mentelmät
- Kognitiivisen terapian menetelmät

156

Ahdistuksen hallintamentelmät PTSD:n hoidossa

- Erilaiset rentoutusharjoitukset (mm. sovellettu rentoutus)
- Hengitystekniikat (mm. controlled breathing)
- Positiivinen sisäinen puhe tai kuvailu (mm. Stress Inoculation Training, SIT)
- Sosiaalisten taitojen harjoittelu
- Rooliharjoitukset
- Ongelmanratkaisu
- Myötätunto ja hyväksyntä

157

157

Kognitiivisen terapian menetelmät PTSD:ssa

- Identifioidaan dysfunktionaalisia tai virheellisiä ajatuksia ja uskomuksia
- Haastetaan ajattelua
- Pyritään vaihtamaan toimimattomia ajatuskuvioita realistisempiin ja toimivampiin

158

158

Raiskaustrauman hoito

- Suuri osa raiskauksen uhreista ei toivu itsestään vaan tarvitsee ammatillista hoitoa, jotta vakavat psyykkiset, somaattiset ja sosiaaliset pitkäaikaisvaikutukset voidaan välttää.
- Oikein suunnatun ja oikea-aikaisen psyko-sosiaalisen tuen avulla voidaan vahvistaa uhrin voimavaroja, ehkäistä ongelmien syntymistä ja monimutkaistumista sekä estää syrjäytymiskehitys.
- Traumafokusoitu lyhytterapia on tehokas hoito raiskauksen uhrin traumaperäisiin oireisiin ensimmäisten kuukausien aikana ja vielä vuosien kuluttua tapahtuneesta.
- Hoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon uhrin kokonaistilanne. Joskus psykiatrinen hoito tai pitkä psykoterapia on tarpeen.

Riitta Viikari ja Raija-Leena Punamäki

159

Raiskaustrauman hoidon tehokkuus

• Akuuttihoitojen tehokkuus

1. Raiskaustrauman akuuttihoito lyhyiden kognitiivisen käyttäytymisterapian interventtioiden avulla ei ole tehokasta, kun kriteerinä on psykiatristen häiriöiden ennaltaehkäisy.
2. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva video-interventio ei vähentänyt raiskauksen uhrien traumaperäisen stressihäiriön tai masennusoireiden todennäköisyyttä.
 - Ainoastaan lievien huumaiden käyttö väheni lyhytaikaisesti.
3. Edna Foa (et al.) psykoedukatiivinen, mielikuva-altistusta ja kognitiivisia tekniikoita sisältävä akuuttihoito ei ehkäissyt traumaperäisen stressihäiriön, depression ja ahdistusoireiden kehittymistä.
 - Terapia nopeutti paranemista tukemalla toimintakykyä, mutta havaittua positiivista vaikutusta ei ilmennyt enää puolen vuoden kuluttua.
 - Foa kehittämä akuutti-interventio ei hyödyttänyt raiskaustrauman uhreja mutta ehkäisi kuitenkin tehokkaasti liikenneonnettomuuden uhrien traumaperäisiä stressioireita.
4. Yksilöön kohdistuva ja terapeuttisia elementtejä sisältävän yhden istunton kerran jälkipuinti on todettu olevan tehokasta ja jopa vahingollista, kun kriteerinä on myöhemmin ilmaantuvat psyykkiset oireet.

160

Raiskaustrauman hoidon tehokkuus

• Lyhytterapian tehokkuus

- Toisin kuin akuuttihoitojen kohdalla, tulokset osoittavat kognitiivisen käyttäytymisterapiaan perustuvan lyhytterapian olevan tehokasta kun kriteerinä ovat psykiatriset häiriöt, kuten traumaperäinen stressihäiriö, masennus ja ahdistusoireet.
 - Schnicke sovelsivat 12 terapiakerran kognitiivisen prosessoinnin terapiaa (CPT) ja osoittivat sen vähentävän tehokkaasti raiskauksen uhrien traumaperäisiä stressi- ja masennusoireita.
 - Krakov ym. raportoivat varsin lyhyen ja yhteen tekniikkaan eli mielikuvatyöskentelyyn perustuvan intervention olleen tehokas raiskauksen uhrien traumaperäisten stressioireiden hoidossa.
 - Foa ym. altistusterapia on todettu tehokkaaksi traumaperäisen stressihäiriön ja masennuksen hoidossa.
- Raiskaustrauman kohdistuvat kognitiiviset lyhytterapiat sisältävät mm. psykoedukatiivista tietoa raiskauksen psykososiaalisista seurauksista, uhrin altistamista traumamuistolle käymällä niitä läpi, kokemuksen kognitiivista uudelleenmuotoilua ja tunnettyöskentelyä.

161

Raiskaustrauman hoidon tehokkuus

- Foa ym. vertasi altistusterapian (traumatilanteen mielikuvien uudelleenkokeminen), kognitiivisen uudelleenmuotoilun ja stressinhallintakeinojen merkitystä raiskauksen uhrien oireiden paranemisessa.
 - Tulosten mukaan kaikki kolme terapiamenetelmää vähensivät tehokkaasti traumaperäisiä stressi- ja depressio-oireita vuoden seurannassa.
 - Hypoteesi, jonka mukaan kolmen menetelmän yhdistelmä olisi tehokkain trauman uhrien kokonaisvaltaisessa paranemisessa, ei toteutunut.
 - Stressinhallintatekniikat voivat olla tehokkaita trauman akuuttivaiheessa tuoden nopean ja ohimenevän helpotuksen. Altistusmenetelmät puolestaan muuttavat emotionaalista prosessointia, mikä johtaa oireiden vähenemiseen ja psyykkisen toimintakyvyn paranemiseen pitkällä aikavälillä.
- Kun Foa ja ryhmä vertasivat pitkitetyn altistuksen sekä altistusterapian ja kognitiivisen uudelleenmuotoilun yhdistelmää, tulokset osoittivat, ettei kognitiivinen uudelleenmuotoilu lisännyt hoidon tehokkuutta.

162

Taulukko 2.		
Edustus vaiheiden ohjeet psykosoatiikan tuen, seurauksen ja traumaattisten jäljensien.		
Käsitteiden vaihe	Arvioinnin	Täsmennykset ja lisäohjeet
Alustavien Esimenettelyt: tunnet ja tila tapahtuman jälkeen - kuukausi tapahtuman jälkeen.	Mitä on tapahtunut? Tapahtumakuvaus. Tapahtuman tila, tunne ja tila. Psykiatrisen tilan, arvioinnin ja tilan kuvaus. Tapahtuman seuraukset, jäljensien. Tapahtuman seuraukset, jäljensien. Tapahtuman seuraukset, jäljensien.	Alustavien ohjeiden tarkistus, seuraukset ja tila. Tapahtuman seuraukset, jäljensien. Tapahtuman seuraukset, jäljensien. Tapahtuman seuraukset, jäljensien.
Näin kuukauden kuluessa tapahtumasta	Psykiatriset oireet: uudenlaiset oireet, vähentynyt, vähentynyt, vähentynyt, vähentynyt, vähentynyt, vähentynyt. Tapahtuman seuraukset, jäljensien.	Alustavien ohjeiden tarkistus ja lisäohjeet. Tapahtuman seuraukset, jäljensien. Tapahtuman seuraukset, jäljensien.
Välittömän kuukauden kuluessa tapahtumasta	Psykiatriset ja sosiaaliset oireet: PTSD, masennus, ahdistuneisuus, uudenlaiset, vähentynyt, vähentynyt, vähentynyt. Tapahtuman seuraukset, jäljensien.	Alustavien ohjeiden tarkistus ja lisäohjeet. Tapahtuman seuraukset, jäljensien. Tapahtuman seuraukset, jäljensien.

163

Pitkitetty
altistus
(prolonged exposure
therapy)



Esimerkkinä 10-tapaamiskertaa
Based on the Treatment Manual

Edna Foa, Elizabeth Hembree and Constance Dancu

164



165

Pitkitetty altistus (*prolonged exposure therapy*)

1. Annetaan tietoa (edukaatio) yleisemmistä traumareaktioista
2. Hengitysharjoitukset
3. Jatkuva, toistuva altistaminen traumaan liittyviin muistoihin
4. Toistuva in vivo-altistus tilanteille, joita asiakas välttää

Copyright 2006 (c) Teemu Riihimäki

166

166

Yleisiä näkökohtia

- 10% potilaista kokee hoidon pahentavan trauma-oireita väliaikaisesti
 - → ei liity hoidon keskeyttämiseen tai heikompiin tuloksiin
- Ylipäänsä hoidon keskeyttäminen jakautuu tasaisesti koko hoidon ajalle
- Potilaat näyttävät pitävän hoidosta, eivät ahdistuksesta

167

Pitkitetty altistus (*prolonged exposure therapy*)

Esimerkki terapiasessioista #1

1. Katsaus traumaan ja sen hoitoon
 - Asetetaan agenda tapaamiselle
 - Kerrataan hoito-ohjelma pääpiirteissään
 - Sessiot 90-120 min, fokuksena vähentää post-traumaattiseen stressireaktioon liittyviä oireita, muistutetaan, että terapia on intensiivistä ja voi olla hetkellisesti ahdistusta lisäävää, kehoitetaan asiakasta soittamaan sessioiden välissä jos tarvitsee supporttia (vrt. puhelinsoitot DKT:ssa)
 - Hoidolla on kaksi ensisijaista kohdetta:
 1. Vähennetään välttelyä (avoidance)
 2. Vähennetään dysfunktionaalisia ajatuksia ja uskomuksia

168

168

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)*

Esimerkki terapiasessioista #1

2. Esitellään altistushoidon periaatteet

- Asiakas oppii, että traumaan liittyvät muistot ja tilanteet eivät ole vaarallisia
- Asiakas oppii teoriassa mekaniikan, jonka vuoksi ahdistus laskee kun hän välttää tilanteita (negatiivinen vahvistus)
- Altistus laskee ahdistuneisuutta pitkällä tähtäimellä ja pysyvästi
- Kaksi muotoa altistusta: mielikuva- ja in vivo altistus

169

169

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)*

Esimerkki terapiasessioista #1

- Traumaattisesta tilanteesta selvinneet pitävät usein maailmaa vaarallisena ja itseään kykenemättöminä toimimaan eri tilanteissa
- Dysfunktionaalinen ajattelu aiheuttaa negatiivisia emootioita ja PTSD:n oireita
- Lisätään asiakkaan tietoisuutta omasta ajattelusta ja uskomuksista sekä milloin niitä esiintyy.
- Milloin ajattelu on avuksi ja järkevää

170

170

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)*

Esimerkki terapiasessioista #1

3. Kerätään informaatiota

- Mm. standardoitu trauma haastattelu (Standardized Trauma Interview, STI)

4. Hengityksen harjoittelu

- Hengitys ja emotionaalinen olotila ovat yhteydessä toisiinsa
- Syvään hengittäminen on avuksi tilanteessa, jossa kohtaa jonkin vaaran mutta on toimimaton tilanteissa, jotka eivät ole vaarallisia
- Oikeanlaisen hengitystekniikan opettelu auttaa (hitaasti) asiakasta rentoutumaan
- Ohjeista asiakasta hengittämään oikein:
 - ☐ Vedä normaalisti henkeä
 - ☐ Hengitä ulos hitaasti (sano mielessä samaan aikaan "rauhoi" tai "rentoudu")
 - ☐ Pidä parin sekunnin tauko ennen kuin otat uudelleen henkeä
- Pyydä asiakasta hengittämään tällä tavoin n. 1-3 min.
- Tee hengitysharjoittelusta asiakkaalle nauha kotiin vietäväksi

171

171

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)*

Esimerkki terapiasessioista #1

5. Sovitaan kotitehtävät

- Harjoittele syvään hengitystä kolme kertaa päivässä, 10 minuuttia kerralla
- Kuuntele nauhaa sessiosta
- Lue ”Trauman hoito”-infolehti
- Anna mukaan mittareita täytettäväksi (mm. BDI, BAI ym.)

172

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)*

Esimerkki terapiasessioista #2

- [illegible]

173

Pitkitetty altistus (*prolonged exposure therapy*)

Esimerkki terapiasessioista #2

4. Näytetään videonaua alituksesta
5. Kerrotaan ymmärrettävisti alitusterapiaa
 - Alitus:
 - ☐ Mahdollistaa trauman prosessoinnin
 - ☐ Tulokset halutaan nähdä kassa
 - ☐ Osoittaa erheellisiä asiakkain ajatuksen, että ahdistus jatkui ja voimistui kukaan
 - ☐ Poistaa väärin
 - ☐ Lisää asiakkain luottamusta kun hän huomaa, että pystyy hallitsemaan tilanteita
6. Esitellään SUD skaala
 - Määritellään SUD (Subjective Units of Discomfort/Distress Scale); vaihteluväli 0-100.
 - Muodostetaan "ankkuripisteet" asiakkain kokemuksista (minimi: 0, 50, 100)
7. Tehdään in vivo –alitusterapiaa
 - Valitaan tilanteita, jotka aiheuttavat lieviä tai keskivahvoja ahdistusreaktioita SUD:lla mitattuna (yleensä 40-60 pisteen välillä)
 - Esitellään in vivo-proseduuri
 - Asiakkain tulee pystyä tilanteissa kunnes ahdistus laskee 50 % aliperaalisesti tai alle sen tai sitten olla tilanteessa 45 min – 1 h.
 - Alitus on tehokkain silloin, jos harjoituksia tehdään nopeasti ja toistuvasti.
 - Annetaan "in vivo-alitus"-infonheet ja demonstroidaan, kuinka merkitään SUD pisteitä (ennen, jälkeen, pahin ahdistus)

174

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)*

Esimerkki terapiasessioista #2

8. Sovitaan kotitehtävät

- Jatka hengitysharjoittelua entisten ohjeiden mukaan
- Altista itseäsi sovituihin tilanteisiin
- Kuuntele nauha 2. sessiosta kertaalleen
- Katso listaa in vivo-listaa välttelytilanteista ja lisää sinne tilanteita ja objekteja
- Lue "Trauman yleiset reaktiot" – infolehti joitakin kertoja

175

175

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)*

Esimerkki terapiasessioista #3

1. Käydään läpi kotitehtävät

- Annetaan rakentavaa ja kannustavaa palautetta

2. Asetetaan agenda tapaamiselle

- Kerrotaan ymmärrettävästi mielikuva-altistuksesta
- Trauman uudelleeneläminen 60 min.

3. Kerrotaan ymmärrettävästi mielikuva-altistuksesta

- Trauman muistelu on tuskallista ja johtaa vältelyyn
- Välttely (ajatuksen tukahduttaminen) toimii lyhyellä aikavälillä mutta ei pitkällä
- Uudelleenkokeminen, välttely ja varuillaanolo ovat merkki siitä, että traumaa ei ole tarpeeksi työstetty
- Trauman läpikäymisen tarkoituksena on:
 - Prosessoida ja organisoida traumaattisia muistoja
 - Oppia, että traumaattiset muistot eivät ole vaarallisia
 - Lisätä luottamusta kykyyn hallita tuskaa
 - Tuottaa habituaatiota
 - Oppia kontrolloimaan muistoja, ettei muistot kontrolloi asiakasta

176

176

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)*

Esimerkki terapiasessioista #3

4. Mielikuva-altistuksen/uudelleenelämisen ohjeistus

- Ohjeista asiakas...
 - ☐ Sulkemaan silmät
 - ☐ Muistelemaan traumaattista tilannetta niin elävästi kun pystyy, mukaan lukien tapahtumat, ajatukset, tunteet
 - ☐ Kertomaan tapahtuma tarinana niin, että se tapahtuisi nyt
- Selitä asiakkaalle, että...
 - ☐ Hänen tulee antaa SUD-arvo sitä kysyttäessä, ilman että mielikuva lähtee pois mielestä
 - ☐ Mielikuva-altistusta tulee jatkaa 60 min ajan

5. Mielikuva-altistuksen aikana

- Rohkaise asiakasta pysymään vallitsevassa mielikuvassa jos tarpeen
- Tarjoa tukea ja rohkaisua tarvittaessa
- Rohkaise asiakasta fokuksomaan ajatuksiin, emootioihin ja ruumiillisiin kokemuksiin
- Havainnoi, "kipupisteitä" ja rohkaise asiakasta syvemmmälle niihin
- SUD-pisteet mielikuva-altistuksen aikana

177

177

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)* Esimerkki terapiasessioista #3

6. Mielikuva-altistuksen päätyttyä
 - Keskustele kokemuksesta, anna paljon kehuja vaikean tehtävän suorituksesta, käytä hidasta hengitystä, jos tarpeen
 - Keskustele habituaatiosta (tai sen puutteesta)
 - Kysy asiakkaalta tuliko, jotain tärkeää esiin mieli-kuva-altistuksen aikana
 - Terapeutti kertoo omia havaintojaan asiakkaalle
 - Terapeutti auttaa asiakasta identifioimaan traumaan-liittyviä ajatuksia ja uskomuksia
7. Sovitaan kotitehtävät
 - Jatka hengitysharjoittelua
 - Kuuntele nauha 3. sessiota kertaalleen
 - Kuuntele nauha mielikuva-altistuksesta ainakin kerran päivässä (ilman pysähdyksiä, jos mahdollista), fokusoitu mielikuvaan, sulje silmät, älä kuuntele nauhaa ennen nukkumaanmenoa
 - Opastetaan asiakasta käyttämään mielikuva-altistuksen seurantakaavakeitä
 - Asetetaan in vivo- altistus kotitehtävä

178

178

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)* Esimerkki terapiasessioista #4-9

1. Käydään läpi kotitehtävät
 - Käydään läpi konnakkeet, jos annettu (mm. BDI, BAI ym)
 - Käydään läpi kotona tehtyjen sekä mielikuva- että in vivo-altistuksen merkinnät
 - Annetaan rakentavaa ja kannustavaa palautetta
2. Asetetaan agenda tapaamiselle
 - Mielikuva-altistus
 - Suunnitellaan / toteutetaan in vivo-altistus
 - Suunnitellaan kotitehtävät
3. Suoritetaan mielikuva-altistus
 - Käydään ohjeet läpi, jos tarpeellista
 - Identifioidaan ja fokusoidaan mielikuva-altistus "kuumiin pisteisiin", yleensä vasta sessioilla 5-8
 - Palaa kuvaamaan koko muisto sessioilla 9 (10)
 - Suorita mielikuva-altistus 30-45 min.
 - Rohkaise asiakasta pysymään mielikuvassa
 - Havainnoi, "kipupisteitä" ja rohkaise asiakasta syvemmillä niihin
 - SUD-pisteet mielikuva-altistuksen aikana

179

179

Pitkitetty altistus *(prolonged exposure therapy)* Esimerkki terapiasessioista #4-9

4. Mielikuva-altistuksen päätyttyä
 - Keskustele kokemuksesta, anna paljon kehuja vaikean tehtävän suorituksesta, käytä hidasta hengitystä, jos tarpeen
 - Keskustele habituaatiosta (tai sen puutteesta)
 - Kysy asiakkaalta tuliko, jotain tärkeää esiin mieli-kuva-altistuksen aikana
 - Terapeutti kertoo omia havaintojaan asiakkaalle
 - Terapeutti auttaa asiakasta identifioimaan traumaan-liittyviä ajatuksia ja uskomuksia
5. Keskustelkaa tai suorittakaa in vivo-altistus
 - Keskustele in vivo kotitehtävistä ja auta ongelmanratkaisussa jos tarpeellista ja/tai...
 - Suorittakaa terapeutin avustama in vivo-altistus (harvinaista)
6. Sovitaan kotitehtävät
 - Samat kuin sessiossa 3.

180

180

Pitkitetty altistus (*prolonged exposure therapy*)

Esimerkki terapiasessioista #10

1. Käydään läpi kotitehtävät
 - Sama kun sessioissa 4-9
2. Asetetaan agenda tapaamiselle
 - Mielikuva-altistus
 - Keskustellaan hoidon edistymisestä ja suunnitelmista
3. Suoritetaan mielikuva-altistus
 - Käydään läpi mielikuva-altistus 20-30 minuuttia, työskentely koko muiston kanssa
 - Tämän jälkeen käydään läpi koko altistus prosessia ja sen vaiheita
4. Hoitoprosessi ja asiakkaan edistyminen, mahdollinen terapian päättäminen
 - Käydään läpi asiakkaan SUD pisteitä liittyen in vivo-altistukseen terapian aikana
 - Keskustellaan asiakkaan edistymisestä
 - Keskustellaan taidoista, joita asiakas on oppinut ja tehdään suunnitelma altistuksen jatkamiseksi
 - Asiakkaan palaute hoidosta, mikä toiminut mikä ei
 - Annetaan asiakkaalle positiivista palautetta työskentelystä

181

181

Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT)

- Mielikuva-altistus + Kognitiivinen uudelleen prosessointi
- Istunnot nauhoitetaan/videoidaan
- Traumatapahtumat käydään läpi kuten mielikuva-altistuksessa yleensäkin:
 - Silmät kiinni
 - Tarina preesens-muodossa
 - Kokemukset verbalisoidaan, keskitytään yksityiskohtiin
 - Arvioidaan reaktioita SUD-asteikolla (10 minuutin välein)
 - ← aktiivoi traumastruktuurin (mahdollista käsitellä) (vrt. muut kognitiiviset lähestymistavat)

182

IRRT: Hallintamielikuva, -tarina

- Aloitetaan kuvaamalla traumatapahtumat
- Tuodaan aikuinen itse tilanteeseen mielikuvassa **pelastamaan** lapsi (turvaan saattaminen)
- Terapeuttin kysymyksiä (ei saa auttaa liikaa):
 - Näetkö aikuisen itsesi nyt?
 - Näkeekö hyväksikäyttäjä aikuisen itsesi?
 - Mitä haluaisit nyt tehdä aikuisena itsenäsi?
 - Voitko nähdä itsesi tekevän niin?
 - Mitä tapahtuu nyt?
 - Miten hyväksikäyttäjä reagoi? (tärkeää!!)
- Arvioidaan reaktioita SUD-asteikolla (10 minuutin välein)

183

IRRT: Aikuinen lohduttaa lasta – mielikuva,- tarina

- Terapeutin kysymyksiä (esim.):
 - Mitä aikuinen sinä haluaisi sanoa nyt lapsi sinälle?
 - Näetkö itsesi sanomassa tämän?
 - Miten lapsi reagoi?
 - Mitä lapsi tarvitsisi juuri nyt?
 - Voitko tehdä niin?
 - Näetkö itsesi tekevän niin?
 - ← Voi usein olla vaikeaa: halu syyttää lasta tms....
- Arvioidaan reaktioita SUD-asteikolla (10 minuutin välein)

184

Kognitiivisen prosessoinnin terapia



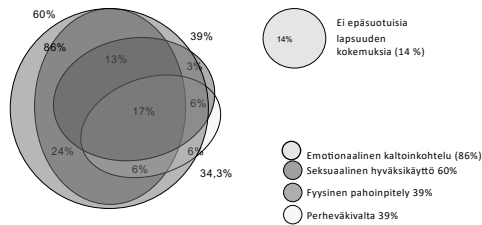
185

DKT-PTSD (Martin Bohus)

Epävakaa persoonallisuus + PTSD

186

Epäsuotuisat lapsuuden kokemukset epävakaassa persoonallisuudessa N=785 (Freiburg- Mannheim Borderline Study)



187

Kompleksinen psykologinen trauma

- Mieleenpalautumat
- Hyperaktiivisuus
- Välttely
- Vakavia ongelmia tunteensäätelyssä
 - Häpeä, syylisyys, inho
- Negatiivinen itsekuva
- Negatiivinen ruumiinkuva
- Ongelmia lähisuhteissa

188

Indeksi trauma

- Se määritelty traumaattinen tapahtuma, johon parhailaan liittyy kaikkein eniten kärsimystä tuottavia emootioita tai kaikkein voimakkainta välttelyä tai pako-käyttäytymistä.
- Tekniikat:
 - Tutkiminen
 - Lomake: viikkokortti takaumien tutkimiseen

189

Olemassaolevat psykososiaaliset hoidot- poissulkukriteerit

- Zlotnick et al., 1997: Taitoryhmä
 - Päihteiden väärinkäyttö, vakava dissosiativinen oireilu ES 0.7
- Cloitre et al., 2002: (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation eli STAIR ja pitkitetty altistus eli PE)
 - Syömishäiriöt, päihteiden väärinkäyttö, vakava dissosiativinen oireilu, epävakaa persoonallisuus ja itsemurhayritykset. CAPS 69; ES1.7
- Chard et al., 2005 (Kognitiivisen prosessoinnin terapia eli CPT)
 - Päihteiden väärinkäyttö ja itsemurha-alttius; (CAPS 65); ES 2.7
- McDonagh et al., 2005 (Näyttöön perustuvat hoidot eli EBT ja Ongelmanratkaisu)
 - Itsemurhayritys historia, päihteiden väärinkäyttö (CAPS 69); ES 0.7
- Resick et al., 2008 (CPT)
 - Itsemurha-alttius (CAPS 65) ES 1,68
- Cloitre et al., 2010; (STAIR ja PE)
 - Mukaanluken EVP – poissulku kriteerejä ei raportoitu (CAPS 62) ES 2.3

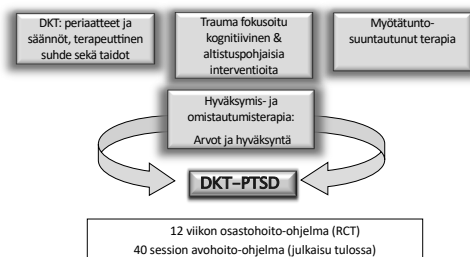
190

Tarvitsemmeko hoitoa, joka...

- ...on fokusoitu usean trumaattisen kokemuksen aiheuttamaan tilaan
- ...ei possulje
 - Voimakasta dissosiativista oireilua
 - Kroonista suisidaalisuutta
 - Jatkuvaa itsetuhoisuutta
 - Samanaikaista päihteiden väärinkäyttöä
 - syömishäiriöitä
 - Ja joka toimii, jos CAPS-pisteet ovat yli 90.

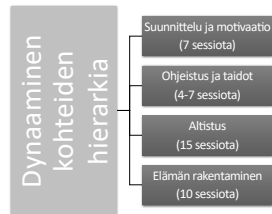
191

DKT-PTSD: Modulaarinen hoito



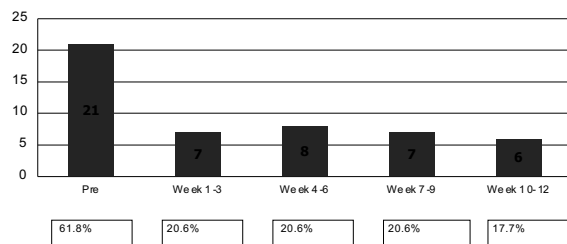
192

Hoidon struktuuri



193

Itseään vahingoittavien potilaiden määrä DBT-PTSD ryhmässä (n=36)



194

DKT-PTSD: Hoito-ohjelma

Pakolliset hoidot

- Psykoedukaatio (ryhmä)
- Taitojen harjoittelu (ryhmä + yksilö)
- Tietoisuustaitojen harjoittelu (ryhmä)
- Kognitiiviset interventiot (ryhmä + yksilö)
- Altistushoito (yksilö)

Tarpeenmukaiset hoidot

- Erottelu harjoittelu (yksilö)
- Painajaisten hoito (yksilö)

12 viikkoisessa osastohoidossa on yhteensä 14 h yksilöhoitoa ja 36 h ryhmähoitoa

195

DKT-PTSD (Martin Bohus)

- Hoidolla on kaksi päätaavoitetta:
 - Auttaa muuttamaan mielen kontrolloimattomasti tunkeutuvat traumamuistot hallittaviksi muistoksi.
 - Auttaa rakentamaan merkityksellinen ja hyvä elämä vaikeista kokemuksista huolimatta.
- Terapia kestää noin 45 kertaa
- Hoidon askeleet:
 - Ensin käydään terapeutin kanssa lyhyesti läpi elämäntapahtumat.
 - Tämän jälkeen keskustellaan potilaan tärkeimmistä elämäntapahtumista ja tavoitteista. Tarkastellaan miten PTSD estää häntä saavuttamasta niitä.
 - Autetaan ymmärtämään, mitkä tekijät ylläpitävät PTSD:tä ja mitä potilas voi tehdä vaikuttaakseen näihin asioihin.
 - Työskennellään sen kanssa miten, potilas voi lisätä myöskuntoa ja tukea itseäsi kohtaan.
 - Opetellaan taitoja säädellä voimakasta ahdistusta, dissosiaatiota ja voimakasta negatiivisia tunteita kuten pelkoa, häpeää, syyllisyyttä ja inhoa.
 - Keskitytään tarkemmin yhteen traumaattiseen kokemukseen (indeksi trauma), joka on potilaalle erityisen voimakas.
 - Tämä traumatahtuma käydään läpi turvallisessa ympäristössä yhdessä terapeutin kanssa.
 - Potilas saa kokemuksen traumatahtuman ja siihen liittyvien tunteiden kuten syyllisyyden, häpeän, ja inhon helpottamisesta.
 - Lopuksi työskennellään sen kanssa, että potilas saa merkityksellisen elämän itsellesi.

196

Psykologinen Debriefing ja psykologinen ensiapu

Critical Incident Stress Debriefing
Psychological First Aid

197

Psykologinen Debriefing

- CISD = Critical Incident Stress Debriefing
- Useita eri variaatioita, sekä yksilö että ryhmä –settauksia
- Yleensä yksi sessio, joka annetaan joidenkin päivien kuluttua traumaattisesta tapahtumasta
- Keskustellaan trauman kokeneen tai kokeneiden psykologisista, kognitiivisista ja emotionaalisista oireista. Ohjeita stressin hallintaan sekä muita ohjeistuksia
- Metatutkimuksissa ei ole havaittu, että jonkun tyyppisestä yhden session CISD-hoidosta olisi apua PTSD:n oireisiin tai että se olisi ehkäissyt PTSD:n kehittymisen. Päinvastoin, se voi olla jopa vahingollista.
- Yhden session psykologista debriefingia ei nykyään suositella trauman akuutissa jälkitilanteessa (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005)

198

Psykologisen trauman jälkipuinti (Roberts ym., 2009), Cochrane-katsauksen johtopäätöksiä

- Mitään psykologista interventiota ei voida suositella käytettäväksi rutiinomaisesti traumaattisten tapahtumien jälkeen.
- Sekä useamman istunnon, että yhden istunnon interventiolla voi olla haitallisia vaikutuksia
- Tämän hetkisen tiedon valossa voidaan todeta, että interventiota, jotka on tarkoitettu kaikille niille henkilöille, jotka ovat altistuneet traumaattisille tapahtumille, ei tule käyttää.

199

Mitä sitten psykologinen ensiapu voisi olla?

- CISD:n sijaan nykyään toteutetaan psykologista ensiapua (Psychological First Aid, PFA), jossa on tarkoitus kartoittaa traumasta selviytyneen kapasiteetti hallita trauman jälkeistä kokemusta.
- PFA pitää sisällään 1) turvallisten olosuhteiden luomisen, 2) informaation antamisen, 3) emotionaalista tukea, 4) tietoa eri palveluista, 5) toivon antamista ja pätevyyden tunteen lisäämistä sekä 6) ohjeita eri itsehoito-strategioiden käyttöön.
- Vaikka monet traumasta selvinneet haluavat keskustella traumaattisesta kokemuksestaan, PFA:ssa ei kannusteta tarkoituksellisesti traumamuistojen eikä siihen liittyvien emotionaalisten esille ottoon, koska jos tällaiseen ryhdytään yhden session aikana liian lähellä traumaattista tapahtumaa niin vaarana on traumamuistojen vahvistuminen ja elimistön kiihtyneisyyden lisääntyminen.
- PFA:n vaikuttavuudesta ei ole vielä näyttöä PTSD:n hoidossa

200

Traumaperäisen stressihäiriön hoito lapsilla ja nuorilla

- Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) voidaan diagnosoida kaikenikäisillä lapsilla, mutta tutkimustieto aiheesta on alle 7-vuotiaiden osalta niukkaa
 - Traumaperäiseen stressireaktioon ja -häiriöön liittyy myös lapsilla ja nuorilla trauman uudelleen kokemisen, välttämisen, herkistymisen ja ylivireyden oireita.
 - Diagnostisten oireiden lisäksi leikki- ja esikouluiäisten traumaattinen leikki sisältää toistuvia ja rituaalimaisia piirteitä.
 - Nuorilla ylivireysoireet saattavat sisältää impulsivista riskikäyttäytymistä
- Lapsille ja nuorille ei ole suositeltavaa järjestää yhden istunnon jälkipuintia heti traumaattisen kokemuksen jälkeen (3 vuorokauden kuluessa), koska se ei ilmeisesti ehkäise PTSD-oireilua.
 - Sen sijaan sekä vanhemmille että lapsille tulee tarjota empaattista ja käytännöllistä tukea sekä tietoa traumasta ja sen seurauksista. Lapsille annettavassa tuessa tulee myös huomioida heidän kehitysvaiheensa.
 - Edelleen suositellaan lapsen oireilun ja sopeutumisen seurantaa sekä huolellista yksilöllistä arviointia yhdessä vanhempien kanssa

201

Traumaperäisen stressihäiriön hoito lapsilla ja nuorilla

- Traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymispsykoterapia on ilmeisesti tehokas traumaperäisen stressihäiriön hoitomuoto 7–18-vuotiailla trauman kokeneilla lapsilla ja nuorilla. Näytön taso = B
- Rutiniinomainen tuki on riittämätön eikä vähennä traumaperäisen stressihäiriön oireita. Aktiivisen kuuntelun, stressinhallinnan tai rentoutuksen tehokkuudesta ei ole näyttöä.
- Leikkiterapian tai psykodynaamisen terapian vaikuttavuudesta PTSD:n hoidossa lapsilla ei ole tehty satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia.
- Yli 7-vuotiaille lapsille, joilla on vakavia traumaperäisiä stressioireita ja traumaa seuranneen kuukauden aikana alkanut PTSD, suositellaan 8–9 istunnon kognitiivista käyttäytymispsykoterapiaa. Näytön taso = B
- Myös kroonisesta PTSD:stä kärsivien lasten hoidossa suositellaan kognitiivista käyttäytymispsykoterapiaa.
 - Sen pituus ja sisältö räätälöidään lapsen kehitystason ja traumaolojen mukaan.

202

Traumaperäisen stressihäiriön hoito lapsilla ja nuorilla

- Ikäkauteen sovellettua EMDR-terapiaa suositellaan lapsille ja nuorille, joilla on diagnosoitu traumaperäinen stressihäiriö. Näytön taso = B.
 - Terapiata voidaan käyttää sekä yksittäisen trauman että kroonisen traumatisoitumisen aiheuttaman oireyhtymän hoidossa.
 - EMDR:n käyttöä ei suositella trauman akuuttivaiheessa.
- Lasten ja nuorten PTSD:n hoitoon ei suositella lääkitystä.
 - Jos oireyhtymä on vaikea eikä psykoterapeuttinen interventio ole tuottanut tulosta, lääkehoitoa voidaan harkita.
- Jos lääkehoitoon päädytään, SSRI-lääkitys on ensisijainen vaihtoehto.

203

Individual Child and Parent CBT (TF-CBT)

- Lapsille, jotka ovat kokeneet minkä tahansa tyyppisen trauman, myös kompleksinen trauma tai monia traumoja kokeneille
- Sopii 3-17 vuotiaalle lapsille ja nuorille. Yleensä 12-25 sessiota, voidaan toteuttaa useissa eri paikoissa kuten kotona, koulussa, pakolaisleirillä, sijaiskodissa, lastenpsykiatrialla- tai lasten oikeuspsykiatrialla osastolla.
- Hoidon komponentit:
 - **Vaihe 1, taidot**
 1. Psykoedukatio ja vanhemmuuden taidot
 2. Rentoutustaidot
 3. Mielialan säätelyn taidot
 4. Kognitiivisen prosessoinnin taidot
 - **Vaihe 2, traumatarina**
 5. Traumatarina ja kognitiivinen prosessointi
 6. In vivo altistuminen traumasta muistuttaville vaikutteille
 - **Vaihe 3, lapsen ja vanhemman yhteistyö aiempien komponenttien kanssa ja työskentely terapian lopettamiseksi**
 7. Lapsen ja vanhemman yhteisessä
 8. Turvallisuuden lisääminen ja tuleva kehittyminen
 9. Traumaan liittyvä seurayhteistyö (tarvittaessa)

204

Tutkimus 1: Akuutin stressiperäisen häiriön hoito: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling

- N = 24
- Ikä 18-60 v.
- Satunnaistettiin kahteen ryhmään
 - KKT (+ kotitehtävät) vs. supportiivinen terapia
 - 5 sessiota (ä 90 min)
 - Hoito aloitettiin kahden viikon sisällä traumaattisesta tapahtumasta
- Hoidon jälkeen KKT-ryhmässä esiintyi harvemmin traumaperäistä stressihäiriötä kuin tukikeskusteluja käyneessä ryhmässä (8 % vs 83 %).
- Myös kuuden kuukauden jälkeen KKT-ryhmässä oli vähemmän traumaperäistä stressihäiriötä kuin verrokkiryhmässä (17 % vs 67 %).
- Depressio- ja välttämisoireita esiintyi KKT-ryhmässä vähemmän.

205

Tutkimus 2: Akuutin stressiperäisen häiriön hoito: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques.

- (N =) 66 liikenneonnettomuuden tai väkivaltaisen teon kokenutta ja akuutista stressireaktiosta kärsivää aikuista
- Ikä = < 60 v.
- Satunnaistettiin saamaan 5 hoitokertaa, joissa hoitoina olivat
 1. pitkitetty altistuminen (14 potilasta osallistui hoitoon terapiajakson loppuun saakka)
 2. pitkitetty altistuminen ja ahdistuksen hallinta (15 potilasta)
 3. supportiivinen keskusteluhoito (16 potilasta)
- Hoidon jälkeen (n = 41) altistusryhmissä todettiin harvemmin traumaperäistä stressihäiriötä kuin verrokkiryhmässä (ryhmä 1: 14 %, ryhmä 2: 20 %, ryhmä 3: 56 %).
- Kuuden kuukauden seurannan jälkeen tulokset traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyden suhteen olivat samanaikaiset (ryhmä 1: 15 %, ryhmä 2: 23 %, ryhmä 3: 67 %).
- Tukikeskusteluja käyneessä ryhmässä traumaperäisen stressihäiriön oireisiin kuului enemmän välttämiskäyttäytymistä kuin altistushoitoa saaneissa ryhmässä.

206

Tutkimus 2: Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques.

- Tutkijoiden mukaan varhainen (lyhyt) KKT voi ehkäistä traumaperäisen stressihäiriön kehittymisen tehokkaasti.
- Ahdistuksen hallinta ei tulosten perusteella ole tarpeellinen osio KKT:ssä.
- Tästä australialaistutkimuksista on erikseen julkaistu neljän vuoden seuranta, johon osallistui noin puolet alun perin tutkimusta varten satunnaistetuista.
- Seurannassa todettiin, että 8 % KKT (exposure) -ryhmässä olleista ja 25 % tukikeskusteluryhmässä olleista täytti traumaperäisen stressihäiriön kriteerit.

207

Tutkimus 2: Akuutti stressiperäinen häiriö: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques.

- NICE:n julkaiseman hoitosuosituksen taustamateriaaliin kuuluu myös edellämainitun australialaisen tutkimusryhmän julkaisematonta tietoa. Tämän materiaalin perusteella tehdyn meta-analyysin mukaan KKT-ryhmässä todettiin 14 potilaalla traumaperäinen stressihäiriö (ryhmässä oli yhteensä 57 potilasta), kun tukikeskusteluryhmässä vastaava luku oli 29 potilasta (ryhmässä oli yhteensä 48 potilasta).
- ITT-analyysissä suhteellinen riski sairastua traumaperäiseen stressihäiriöön on hoidon jälkeen tilastollisesti merkitsevästi alhaisempi KKT-ryhmässä: RR 0.39, 95 % CI 0.23–0.68). Löydös pysyi tilastollisesti merkitseväenä myös kuuden kuukauden seurannan jälkeen: RR 0.51, 0.32–0.80.

208

Tutkimus 3: Akuutin stressin hoito: randomisoitu kontrolloitu tutkimus

- N = 90
- Akuutti stressiperäinen häiriö
 - liikenneonnettomuuden tai olleet väkivallan uhrin
- Hoito aloitettiin keskimäärin kolmen viikon kuluttua tapahtumasta
- Henkilöt satunnaistettiin
 1. altistusryhmä (n = 30)
 2. kognitiivisen uudelleenmuotoilun ryhmä (n = 30)
 3. verrokkiryhmä (n = 30)
- Hoitoryhmissä toteutettiin viisi viikottaista tapaamiskertaa ja neuvottiin tekemään myös kotona tehtäviä harjoituksia.
- Altistuksena käytettiin sekä mielikuva- että in vivo –altistusta.

209

Tutkimus 3: Akuutin stressin hoito: randomisoitu kontrolloitu tutkimus

- Sokkoutettu seuranta toteutettiin puolen vuoden kuluttua, jolloin arvioitiin traumaperäisen stressihäiriön masennusoireilun ja ahdistuneisuuden esiintyminen.
- Altistusryhmässä olleilla esiintyi tilastollisesti merkitsevästi vähemmän traumaperäistä stressihäiriötä kun muissa ryhmissä (altistusryhmä: 33 %, kognitiivinen uudelleenmuotoilu: 63 %, verrokkiryhmä: 77 %).
- Myös masennus- ja ahdistuneisuusoireita oli merkitsevästi vähemmän altistusryhmässä.
- Tutkijat päättelivät, että altistusta tulisi käyttää varhaisena interventiona henkilöille, joilla on riski kehittää traumaperäinen stressihäiriö.

210