

Kirja-arvio:

Linehanin hoitomallista ruotsalaisittain

Anna Kåver & Åsa Nilsonne: Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaa persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita 2004.

Nils Holmberg

Tukholmalaisessa Karolinska institutetissa on vuodesta 1995 ollut käynnissä tutkimusprojekti koskien itsetuhoisia, epävakaa persoonallisuushäiriön diagnoosin saaneita naispotilaita. Projektin tarkoituksena on vertailla kohta erilaista psykoterapiamuotoa. Toinen näistä on dialektinen käyttäytymisterapia (DKT), jonka on kehittänyt Marsha M. Linehan, joka työskentelee Washingtonin osavaltion yliopistossa Seattlessa, USA:n länsirannikolla. Toinen on Otto Kernbergin objektisuhdeterapia (Kernberg on taas itärannikolla, New Yorkissa). Linehan ja hänen tutkimusryhmänsä seurasivat 80- ja 90-luvun taitteessa terapiaistunnoista kuvattuja videonauhoituksia ja pyrkivät tunnistamaan sellaisia hänen hoitotyylinsä piirteitä ja kognitiivisten menetelmien muunnoksia, jotka näyttivät toimivan. Hoito standardoitiin hoitomanuaaliksi 90-luvun alussa ja se on osoittautunut satunnaistetuissa, kontrolloiduissa tulostutkimuksissa toimivaksi (ks. www.behavioraltech.com). Nyt arvioitavan ruotsalaisen Linehan -kirjan tekijät kuuluvat pioneeriryhmään, joka 90-luvulla matkusti Seattleen oppimaan dialektisen käyttäytymisterapian perusteita suoraan Linehanilta. He ovat tämän jälkeen toimineet edellä mainitussa projektissa tutkijoina, työnohjaajina ja terapeutteina. Anna Kåver, psykologi ja kognitiivinen psykoterapeutti, on aiemmin julkaissut kirjan ”Social fobi – att känna sig granskad och bortgjord”. Åsa Nilsonne on psykiatri, kognitiivinen psykoterapeutti ja myös palkittu dekkarikirjailija. ”Smärtbäraren” on hänen viimeisin romaaninsa (suomeksi on tänä vuonna ilmestynyt ”Kaikessa hiljaisuudessa” ja vuonna 2002 ”Pisara punaista verta”). Ruotsissa DKT:tä edistäviä ohjelmia ja hankkeita on käynnistetty eri puolilla maata, Tukholman ohella muun muassa Södertäljessä, Lundissa ja Växjössä. Suomessa hoito-ohjelman kokeilut ovat tätä kirjoitettaessa vasta alkutekijöissä – Järvenpään sosiaalisairaalassa käynnistettiin hoitomallin sovelluksen kokeilu naisten huumehoidon yhteydessä v. 2001.

Terapiamenetelmän on tekijöiden mukaan toimittava kulttuurallisessa kontekstissään ja he ovat tämän vuoksi nähneet tärkeäksi kirjoittaa ruotsalaisen kirjan DKT:stä. Epävakaan persoonallisuushäiriön omaavat naispotilaat ovat niin Ruotsissa kuin Suomessa pitkään olleet hoitokoneiston ”murheenkryynejä”. Potilaat kokevat suurta epätoivoa ja henkilökunta taas suurta avuttomuutta yrityksissään auttaa potilaita, joiden mieliala ja käyttäytyminen vaihtelee tiuhaan ja yhtäkkiä muuttuu ulkopuolisen katsojan silmin käsittämättömällä tavalla. Potilaiden voimakkaat tunteet ja itsetuhokäyttäytyminen koetaan sekä provosoivana että hämmäntävänä. DKT:n merkittävimpiä innovaatioita on ollut tapa, jolla malli yhdistää hyväksymis- ja muutostrattegioita. Ensiksi mainittuja tarvitaan varsinkin alkuvaiheessa edistämään potilaan sitoutumista terapiaan. Monet epävakaat potilaat ovat törmänneet niin kasvu ympäristön kuin aikuisiän lähiomaisten taholta invalidoiviin reaktioihin, ja he ennakoivat samaa invalidointia terapiaan tullessaan. Tämä transaktiosarja invalidoivan ympäristön ja potilaan emotionaalisen virhesäätelyn välillä onkin se, mikä Linehanin mielestä ylläpitää epävakaaksi persoonallisuudeksi kutsuttua häiriötä. Kirjan tekijät puhuvat ICD-10 -tautiluokituksen mukaisesti *epävakaasta persoonallisuushäiriöstä* rajatilahäiriön sijasta; jälkimmäinen nimitys on heidän mielestään saanut potilaita halventavan merkityksen – lisäksi oletus, että epävakaa potilas olisi psykoosin rajamailla, on virheellinen. Häiriölle on pikemmin tunnusomaista emotionaalinen epävakaisuus ja haavoittuvuus. Tämä emotionaalinen virhesäätely on primaari ongelma, mikä vaikuttaa kaikkeen muuhun – toisin kuin Kernbergin mallissa, vihan tunteella ei ole erityis- asemaa, emotionaalisen säätelyn vaikeus koskee kaikkea emotioita, myös positiivisia. Sinänsä synnynnäinen emotionaalinen haavoittuvuus ei ole patologista. Mutta kun emotionaalisesti yliherkkä lapsi kasvaa invalidoivassa ympäristössä, joka mitätöi, rankaisee tai asettaa kyseenalaiseksi hänen emotionaalisia reaktioitaan, on suuri riski, että hän ei voi käyttää niitä niinä tiennäyttäjinä ja toimintavihjeinä, joiksi ne on alun perin tarkoitettu.

DKT on monimuotoinen terapiamuoto, jonka kulmakiviä ovat oppimisteoria / käyttäytymisterapia, kognitiivinen terapia sekä feministinen, dialektinen ja zenbuddistinen filosofia. DKT on kiinnostava myös siksi, että se kuuluu ns. kolmannen aallon integratiivisiin psykoterapiamalleihin, jotka yhdistelevät hyväksymis- ja muutostrattegioita. Muita ovat MBCT – mindfulnessiin pohjautuva depression ehkäisyterapia (2002), McCulloughin kroonisen depression hoitomalli CBASP (2000) sekä Steven Hayes’in hyväksymis- ja omistautumisterapia ACT (1999). Nämä kaikkihan ovat osoittautuneet tuloksellisiksi erinäisissä kontrolloiduissa hoitotutkimuksissa.

Invalidoivassa kasvuympäristössä kasvanut tyttö ei kykene aikuisena luottamaan tunteisiinsa ja kokee vierautta suhteessa itseensä. Ympäristö ei myöskään ole auttanut häntä käsittelemään tunteita, vuorovaikutussuhteita ja aikuiseen elämään liittyvää kuormitusta ja stressiä. Näin hän tulee hyvin riippuvaiseksi muiden mielipiteistä. Epävakaa potilas kuuntelee ympäristöään eikä sisintään, mikä merkitsee, että hänestä tulee hyvin herkkä muiden reaktioille. Hän kokee usein olevansa hämmentynyt tai ”pyörällä päästään”, kun eri ihmiset ovat eri mieltä tai sama ihminen on eri mieltä eri tilanteissa. Linehanin mallin perustaito on siksi ”mindfulness” eli tietois- sen läsnäolon taito, jonka avulla potilas oppii havainnoimaan, kuvaamaan ja osallistumaan – muita hoidon aikana opittavia taitoja ovat vuorovaikutus-, tunteiden säätelyn ja ahdingon sie- tämisen taidot (näitä harjoitellaan ryhmissä). Itsetuhokäyttäytyminen nähdään ylivoimaisten emootioiden säätely-yrityksenä – epävakaa potilas on oppinut, että vain dramaattisella käyt- täytymisellä hän saa itselleen jotakin. Näin ollen terapiassa on oltava valpas sille, ettei lähde huomaamattaan vahvistamaan dysfunktionaalista käyttäytymistä, vaikka ”luonnollinen reak- tio” olisi nimenomaan se (esim. tarjota palkitsevaa vuorovaikutusta välittömästi itsetuho- tai muun haitallisen käyttäytymisen jälkeen).

Käver & Nilsonne korostavat, että epävakaa persoonallisuushäiriö on yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa, mikä saa heidät pohtimaan, ovatko diagnoosikriteerit sukupuolineutraa- leja. Määrittelevätkö kriteerit naisten yleisiä ongelmia eikä patologiaa, he pohtivat. Kulttuu- rimme pyrkii invalidoimaan, mitätöimään yliherkän naisen. On kulttuureja, joissa päälle pari- kymppisen naisen ei annettaisi asua yksin kaupungissa – ei siksi, etteikö hän pärjäisi, vaan siksi, että sitä pidettäisiin julmana ja hylkäävänä. Itsenäisyys nähdään kulttuurissamme ter- veysihanteena riippuvuuden ja sensitiivisyyden kustannuksella. Monet epävakaat potilaat ovat lapsuudessaan joutuneet hyväksikäytetyksi (Zanarini, 1997), tytöt joutuvat useammin hyväk- sikäytetyksi kuin pojat – ja seksuaalista hyväksikäyttöä voidaan pitää mitätöinnin, invalidoin- nin törkeimpänä muotona. Osittain epävakaata persoonallisuushäiriötä voidaankin pitää pitkit- tyneenä traumaperäisenä stressireaktiona.

Itsetuhokäyttäytymisen adaptiivinen funktio onkin siinä, että se auttaa monia epävakaita poti- laita jatkamaan risaista ja kuormittavaa elämäänsä. Esimerkiksi viiltely ja itsensä polttaminen rauhoittaa hetkeksi, mutta tarjoaa tietysti pitkällä tähtäimellä enemmän ongelmia kuin mitä se ratkaisee. Dialektisesta filosofiasta Linehan löysi metateoreettisen viitekehysten, jonka avulla hän pystyi tekemään epävakaan käyttäytymisen heiluriliikkeet ymmärrettäviksi. Kun elämi-

seen kuuluu vastakohtia ja ristiriitaisuuksia, epävakalla potilaalla on suuria vaikeuksia selvittää jatkuvassa muutoksen, toistuvien separaatiokokemusten virrassa. Voimakas ahdistuneisuus heikentää vielä potilaan kognitiivista prosessointia ja ajattelusta tulee jäykkää ja mustavalkoista, kun sen muuttuvissa elinympäristöissä tulisi olla joustavaa ja vastakohtia sallivaa. DKT:n ylä tavoitteena on siksi kehittää potilaan puutteellista emotionaalista säätelyä ja opettaa hänelle itse-validointia ja uusia selviytymisen taitoja. Sekä potilaan että terapeutin dialektinen dilemma on siksi auttaa potilasta hyväksymään itsensä juuri siinä missä hän on ja samalla auttaa häntä muuttumaan. Terapeutti pyrkii tämän vuoksi liikkumaan validoivan, vastavuoroisen ja konfrontatiivisen, suorasukaisen kommunikaation välillä.

Monet epävakaan potilaan ongelmat johtuvat siitä, ettei hän ongelmallisessa tapahtumasarjassa riittävän ajoissa kiinnitä huomiota siihen mitä hänessä ja/tai hänen ympärillään tapahtuu (vaan pyrkii ohittamaan sen merkityksettömänä) ja ajautuu ikään kuin ”sokeana” eteenpäin. Näin hän päätyy pikkuhiljaa tilanteisiin, joissa on vielä vaikeampi selvittää ilman suuria ponnistuksia, kun ketjun aiemmassa vaiheessa olisi voinut korjata jonkun asian paljon vähemmällä vaivalla. Esimerkkinä naispotilas, joka aloitti sairaalassa lenkillä käymisen toisen osaston miespotilaan kanssa. Kun häneltä kysyttiin mistä on kyse, hän totesi heidän olevan vain kavereita, kunnes hän parin kuukauden kuluttua oli keskellä mustasukkaisuusdraamaa ihmetellen ”miksi mulle aina käy näin”. Tärkeäksi tulee näin ollen haitallista käyttäytymistä ylläpitävien, usein ”näkymättömien” vahvistussuhteiden selvittely. Kenelle tahansa on vaikea ylläpitää muutosta ja muutoshalukkuutta ympäristössä, joka palkitsee itsetuhokäyttäytymistä ja vetäytyy tai reagoi viileästi toimivan, rakentavan käyttäytymisen ensiaskeliin. Tämä on tärkeä muistaa myös yksilöterapiassa, jotta epävakaa potilas ei törmäisi siellä vahvistussuhteisiin, jotka edistävät terapiasuhteen lopettamista.

Dialektiseen hoitomalliin kuuluu työskentely monella tasolla. Mallin struktuuri muodostuu yksilö- ja ryhmäkeskusteluista, puhelinkonsultaatioista sekä konsultaatiotiimin käytöstä. Yksilöterapia on näin vain yksi neljästä hoidollisesta kanavasta, joita käytetään rinnakkain. Hoito etenee vaiheittain: ensimmäisessä vaiheessa pyritään minimoimaan potilaan itsetuho- ja terapiaa häiritsevää käyttäytymistä. Terapiaa häiritsevän käyttäytymisen muokkaaminen on toiseksi tärkein tavoite heti itsetuhokäyttäytymisen jälkeen, koska enemmistöllä epävakasta potilaista esiintyy poissaoloja terapiaistunnoista, välitehtävien laiminlyöntejä jne. Tämän jälkeen on mahdollista siirtyä seuraavaan vaihteeseen käsittelemään taustaan liittyviä traumaattisia tapahtumia. Joskus voi aloittaa tästä vaiheesta, mutta silloin terapeutin on oltava selvillä

siitä, että potilaalla voi olla suuria vaikeuksia tuoda esille miten vaikeaa hänellä on. Kirjoittajien oppimisteoreettinen kliinisten ilmiöiden käsittely on varsin vakuuttava, siitä puuttuu epävakaa problematiikan mystifointi tai sen vähättely. Ketjuanalyysien avulla terapeutti ja potilas pyrkivät tunnistamaan solmukohtia käyttäytymissekvensseissä, jotka ovat johtaneet itsetuhokäyttäytymiseen. Nämä voivat olla nopeasti mieleen vilahtavia mielikuvia, pikaisia johtopäätöksiä (”se on aivan sama mitä minä teen!”) tai sinänsä adaptiivisesta primaaritunteesta seurannutta ongelmallista sekundaaritunnetta (esim. potilas tuntee itsensä avuttomaksi ja joutuu raivon valtaan ja toimii siitä käsin sen sijaan, että pyytäisi apua). Ketjuanalyysien tehtävänä on auttaa potilaita tunnistamaan kriittisiä hetkiä ja niissä ilmeneviä taitovajeita, jonka jälkeen voi pohtia mitä muuta ratkaisua olisi voinut kokeilla ko. tilanteessa. Potilaan ahdistus kasvaa usein niin suureksi terapiatuntien välissä, ettei hän voi odottaa seuraavaan terapiatuntiin. Kun itsetuhokäyttäytymisen riski on akuutti, on mahdollista soittaa terapeutille, jolloin puhelimesta käydään läpi mitä on tapahtunut ja mitä taitoa voi soveltaa siinä tilanteessa. Joskus potilas yllättyy siitä, miten hän on ollut sokea varsinaiselle ongelmalle ja ollut kuin yliväsäynyt lapsi perhepiknikillä – mikään ei onnistu, koska ainoa keino joka auttaa on lepääminen. Yksilöterapian ylätavoite on lisätä potilaan itsekunnioitusta ja uskoa omaan pystyvyyteen – ellei jälkimmäisessä tapahdu muutoksia, potilas ei välttämättä sovelta terapiassa oppimiaan taitoja, koska ei usko niiden toimivan hänen kohdalla.

Validointi on terapeutin apuväline, jota käytetään enemmän tai vähemmän kaikissa toimivissa terapioissa. Sen avulla todennetaan potilaan kokemuksia, sekä tehdään niistä ymmärrettäviä. Moni epävakaa potilas hellii käsitystä itsestään ”hulluna”, koska ei ole koskaan pysähtynyt pohtimaan toisen ihmisen kanssa miksi reagoi niin kuin reagoi. Sen sijaan hän on jäänyt itselleen vieraaksi, kun on kasvanut ja toiminut ”puhelinvastaajien” seurassa (jotka eivät ole opettaneet vähemmän tuomitsevaa suhtautumista itseän). Ilman toisen ihmisen taholta tulevaa validointia potilas ei opi validoimaan itseään, mikä on edellytys sille, että hän voisi tiukan paikan tullen tunnistaa ja hyväksyä mitä hänessä oikein tapahtuu ja käyttää sitä ohjenuorana henkilökohtaisissa valinnoissaan. Terapeutti pyrkii löytämään potilaan kokemuksesta hetkitäisen ”totuuden siemenen”, onhan niinkin, että näillä potilailla on monesti taustansa vuoksi kyky nähdä asioita, joita emme halua heidän näkevän (ja vastaavasti kyky olla näkemättä asioita, joita haluamme heidän näkevän).

Mutta validointi ei yksin riitä. Jotta potilas voisi ottaa elämänsä hallintaan, hänen tulee oppia ja harjoitella uusia taitoja. Taitojen harjoittelu tapahtuu ryhmässä. Näissä ryhmissä ei käsitellä

henkilökohtaisia kokemuksia itsetuhokäyttäytymisestä, vaan yleisiä taitoja, joita potilas voi myöhemmin soveltaa eteen tulevissa ongelmatilanteissa. Linehanin mielestä on tärkeää siirtää henkilökohtaiset kysymykset yksilökeskusteluihin, jotta ahdistus ryhmässä ei kasvaisi liian suureksi. Taitojen harjoittelun kivijalkana on *tietoisen läsnäolon* eli mindfulness'in opiskelu. Tämä taito kytkeytyy zen-buddistiseen perinteeseen ja auttaa potilasta pysähtymään ja hyväksymään mitä tapahtuu, jotta hän voisi käyttää tätä hyväksyntää muutostyön perustana. Muutostyö on ehkä monesti lähtenyt puutteellisesti havaitusta ja kuvatusta kokonaistilanteesta, joten ei ole ihme, että potilas kuvaa aiempaa muutostyötä epätoivoisena yrittämisenä, joka ei koskaan onnistu. Potilaalta on edellytetty taitoa, jota hänellä ei vielä ole. Vaihtoehto pakonomaiselle yrittämiselle on se, että uskaltaa katsoa ja hyväksyä mitä tapahtuu, jotta voisi nähdä ja kuvata mitkä tekijät ylläpitävät ongelmallista elämäntilannetta. Sen sijaan että sanoisi ”minulla ei saa olla näin” tai ”olen aivan hullu, ei tästä mitään tule, kun teen hulluja” potilas oppii havainnoimaan ei-arvioivasti omaa käyttäytymistään mindfulness-harjoitusten myötä.

Tekijät painottavat useaan otteeseen, että Linehanin hoitomallista ei voida puhua, ellei työkentelyyn kuulu puhelinkonsultaatioiden mahdollisuus ja konsultaatiotiimin käyttö. Jälkimmäinen on se hoidollinen kanava, joka validoi terapeuttia ja ryhmänohjaajia ja auttaa heitä käsittelemään omaa turhautumistaan ja viemään muutostyötä eteenpäin. Kirjan lopussa kaksi potilasta kuvaavat kokemuksiaan DKT:sta ja sen merkityksestä heidän elämässään. Kirjaan sisältyy myös varsin selkeä tapausesimerkki validoinnin käytöstä yksilöterapiassa.

Yhteenvetona voisi todeta, että kirja sisältää teoreettisesti hyvin perusteltuja näkökulmia usein toivottomina pidettyjen epävakaiden potilaiden hoitoon. Verrattuna Linehanin alkuperäiseen ”tiiliskiveen” vuodelta 1993 (”Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder”), Kåver & Nilssonin kirja on hyvä, tiivis yleisesitys hoitomallista, joka ansaitsee suurempaa huomiota maassamme. Joitakin pieniä ongelmia liittyy suomennokseen: yleisessä käytössä olevia kognitiivisen psykoterapian käsitteiden suomennoksia on jätetty käyttämättä (puhutaan esim. ”ydinuskomuksista”, kun useimmat suomalaiset psykoterapeutit puhuvat ”perususkomuksista”; samoin puhutaan ”automaattisista ajatuksista”, vaikka voisi puhua suomeksi ”välittömistä ajatuksista”; kotitehtävä-sanaa on nykyään monesti korvattu ”välitehtävä”-sanalla) tai sitten jotkut Linehan-käsitteet on käännetty liian suoraan (kuten ”invalidating”, josta on tullut ”epävalidoiva” – olisiko ”mitätöivä” mahdollinen suomennos?), tai on jätetty käyttämättä jo olemassa olevia, toimivia käännöksiä näistä (”interpersonal effectiveness skills” on nyt suomennettu ”ihmissuhdetaidoiksi”, vaikka täsmällisempi käännös voisi olla

”vuorovaikutustaidot”). Tässä olisi ehkä voitu tehdä enemmän yhteistyötä ja hioa käänös- ja vuorovaikutustaitoja eri yhdistyksissä olevien kognitiivisten psykoterapeuttien kesken. Nämä ovat kuitenkin tyylillisiä pikkuasioita, jotka eivät vähennä kirjan arvoa: sitä sopii suositella kurssikirjaksi sekä kognitiivista psykoterapiaa ja/tai käyttäytymisterapiaa opiskeleville että myös kaikille, jotka kokevat tarvitsevansa lisää ymmärrystä ja monipuolisempia hoidollisia strategioita epävakaiden potilaiden hoitoon.