



KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA

NUMERO 17

SYKSY 2020

DELLINGER, LAURA

TF-CBT -mallin käyttö osana
traumatisoituneen lapsen hoitoa sijaishuollossa

SIHVONEN, JANNE

Laaja-alaiset oppimisvaikeudet kognitiivisessa psykoterapiassa

WILENIUS, TAINA

Kehon tuntemuksiin fokusointi ja kehollinen
peilaaminen refleksiivisyyden tukemisessa

KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA
vertaisarvioitu tieteellinen ammattilehti

ISSN1795-3308

Päätoimittaja Risto Valjakka

Lehteä julkaisee Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry

Luettavissa www.kognitiivinenpsykoterapia.fi

Ohjeita kirjoittajille <http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/dokumentit/verkkolehti/kirjoitusohjeet-kognitiivinen-psykoterapia.pdf>

Mistä tiedämme, mikä hoidon aikana muuttui?

RISTO VALJAKKA
päätoimittaja

Otsikon kysymys on yksinkertainen, mutta siihen on monimutkaista vastata. Kun puhumme muutoksesta, mitä tarkoitamme sillä - mikä muuttuu, missä määrin ja miten sitä arvioidaan?

Muutoksen laadun tavallisin erottelu on jako uudenlaiseen kokemukseen ja uudenlaiseen toimintaan. Uudenlainen kokemus voi liittyä kokemukseen itsestä, muista, muista suhteessa itseen tai maailmaan, kun taas uudenlainen toiminta voi tarkoittaa psykologisten esteiden purkautumista tai uudenlaisten kykyjen tai taitojen kehittymistä. Haastattelututkimuksien mukaan oireisiin ja toimintaan suuntautuviissa psykoterapioissa käyneet potilaat kuvaavat itselleen tärkeimpinä hyötyinä toimintakykyyn ja elämänhallintaan liittyviä muutoksia, ja itseymmärrykseen suuntautuviissa psykoterapioissa käyneet itsetuntemukseen ja itsehavainnointikykyyn liittyviä muutoksia. Vastaavasti psykoterapiaansa tyytymättömät olisivat toivoneet edistyvänsä niillä alueilla, jotka eivät olleet heidän saamansa psykoterapian keskiössä. Suuntauksesta riippumatta potilaille keskeisintä kuitenkin oli itsensä arvostamisen ja hyväksymisen lisääntymisen sekä kipeän tunnetilan helpottuminen.

Muutoksen määrässä on eroteltavissa laajuus, syvyys ja arviointimenetelmät. Laajuus käsittää sen, onko kyse yksittäisen asian muutoksesta vai psyykkisestä hyvinvoinnista kokonaisuudessaan, ja muuttuuko ongelmallisen kokemuksen, oireen tai toiminnan voimakkuus vai esiintymistiheys.

Ajatus muutoksen syvyydestä sisältää oletuksen psyyken hierarkkisesta rakentumisesta niin, että on olemassa syvempiä ja pinnallisempia tasoja, ja kärsimyksen lievittyminen ei ole kovin pysyvä ilman näiden syvempien tasojen muutosta. Syvätason muutoksessa kärsimystä tai ongelmaa voimistavien tai ylläpitävien tekijöiden vaikutus vähenee, esimerkiksi niin että oireita vahvistavien ehdollisten uskomusten taustalla olevat ydinuskomukset muuttuvat. Psyyken dynaamisuuden vuoksi oire- tai pintatason muutos johtaa kuitenkin muutokseen myös syvätasolla - ainakaan psykoterapiasuuntausten välillä ei tutkimusten mukaan ole eroa muutoksissa potilaiden oireissa tai itseymmärryksessä, riippumatta siitä kumpaa suuntauksessa painotetaan.

Muutosta arvioidaan määrällisessä psykoterapiatutkimuksessa yleensä kyselylomakkeilla, ja laadullisessa tutkimuksessa potilashaastattelujen tai järjestelmällisen havainnoinnin avulla. Tapaustutkimuksissa käytetään näistä kaikkia, riippuen siitä mitä aineistolta halutaan kysyä.

Tämän Kognitiivinen psykoterapia -lehden numeron artikkeleissa muutosta lähestytään erilaisista kulmista. Taija Wileniuksen artikkelissa sitä hahmotetaan potilaan kyvyn tarkastella itseään kautta, mikä edustaa ”syvätason” muutosta - oletuksena on, että vaikeudet itsehavainnoinnissa pitävät monenlaisia ongelmia yllä. Janne Sihvosen ja Laura Dellingerin artikkeleissa muutosta hahmotetaan sekä oirepistemäärien että tavoitellun toiminnan muutoksen kautta, mikä edustaa ”pintatason” muutosta - oletuksena on, että nämä heijastelevat psykologisia muutoksia. Wileniuksella arvion tekee tutkija, Sihvosella potilas itse ja Dellingerillä potilas ja tämän vanhemmat. Kaikki kirjoittajat laajentavat käsittelyä ansiokkaasti päälinjauksistaan tulososioissa vinjeteillä psykoterapiakeskustelusta ja haastatteluilla, ja pohdinnoissa erittelemällä sitä, mitä muutos tarkoitti ja mistä se voisi johtua. Lähestymiskulmat on valittu perustellusti tutkittavan ilmiön mukaan, mikä alleviivaa sitä ettei ole yhtä oikeaa tapaa määritellä muutosta, vaan alaa eteenpäin vie moninäkökulmaisuus.

Kehon tuntemuksiin fokuointi ja kehollinen peilaaminen refleksiivisyyden tukemisessa

- tapaustutkimus yhden kognitiivisen psykoterapian vuorovaikutuskatkelmista

TAIJA WILENIUS

Artikkelissa tarkastellaan refleksiivisyyden kehittymistä prosessina ja selvitetään voivatko kehon tuntemuksiin fokuointi ja kehollinen peilaaminen olla psykoterapiassa hyödyllisiä menetelmiä refleksiivisyyden tukemisessa. Aineistona on yhden psykoterapian litteroituja vuorovaikutuskatkelmia. Katkelmat on valittu tilanteista, joissa potilas oli reaktiivisessa positiossa. Kehon tuntemuksiin fokuointi ja kehollinen peilaaminen auttoivat tarkastelluissa tilanteissa potilasta siirtymään reaktiivisesta positioista kohti refleksiivisyyttä. Koska refleksiivisyyden pohja on varhaislapsuuden kehollisissa kokemuksissa, voidaan kehoon suuntautumalla päästä työskentelemään reflektiokyvyn vaikeuksista kärsivän potilaan kanssa hänelle sopivalla refleksiivisyyden tasolla. Kehollinen työskentely voi myös auttaa terapeutin tavoittamaan potilaan kokemuksia silloin, kun potilaan on vaikea sanoittaa tunteitaan.

Tässä työssä tutkin laadullisen tapaustutkimuksen menetelmin sitä, voidaanko kehoon fokuoimalla ja kehollisella peilaamisella auttaa potilasta terapatapaamisen aikana siirtymään reaktiivisesta positioista refleksiivisyyteen. Tarkastelen yhden psykoterapiaprosessin aikana tapahtuneita vuorovaikutuksen katkelmia, pyrkien arvioimaan tapahtuuko näiden aikana siirtymistä refleksiivisyyden tasolta toiselle. Kiinnostukseni aihetta kohtaan on herännyt, kun olen psykologin ja psykoterapeutin työssäni kokenut kehollisten menetelmien käytön hyödylliseksi sellaisten potilaiden kanssa, joiden varhaiset kiintymyssuhteet eivät ole tukeneet refleksiivisyyden kehittymistä. Tämän tyyppisten potilaiden kanssa sanalliseen ilmaisuun

keskittyvän psykoterapian hyödyntämisen mahdollisuudet ovat rajallisia. Varhaisen vuorovaikutuksen ei-sanallisten rytmien merkitys reflektiokyvyn kehityksessä on suuri ja psykoterapiassa esiverbaalisiin skeemoihin kohdistuvia korjaavia kokemuksia voidaan luoda kehollisen vuorovaikutuksen kautta. Kehollinen työskentely psykoterapiassa liittyy paljon psykoterapeutin läsnäoloon ja toimimiseen vuorovaikutuksellisenä peilinä, eli psykoterapeutin sisäiseen, sanattomaan työskentelyyn terapisuhteessa. Tässä kirjoituksessa keskityn kuitenkin tutkimaan kehon tuntemuksiin fokuointia ja peilaamista yhden potilaan kanssa eksplisiittisesti jaettuina työtapoina osana kognitiivista psykoterapiaa.

Refleksiivisyys ja reflektiokyky

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että ihminen suuntautuu omaan itseensä ja tulee tietoiseksi omista mielensisäisistä toiminnoistaan, esimerkiksi ollessaan tiedostavasti kontaktissa todellisiin tunteisiinsa ja sisäisiin kokemuksiinsa. Refleksiivisyys on tietoinen prosessi, joka vaatii reflektiokykyä ja metakognitiivisia taitoja, muun muassa tarkkaavaisuuden suuntaamista kehon tuntemuksiin, ajatuksiin ja tunteisiin sekä kykyä tunnistaa, tulkita ja symbolisoida näitä kokemuksia (Hakanen, 2008). Reflektiokyky vaihtelee ihmisestä toiseen, mutta myös jokaisella ihmisellä tilanteesta toiseen. Se liittyy läheisesti esimerkiksi metakognitiiviseen kykyyn (Semerari, Garcione, Dimaggio, Nicolò & Procacci, 2007), tunteidensäätelykykyyn, mielentämis- eli mentalisaatiokykyyn (Bateman & Fonagy, 2016) ja tietoisuustaitoihin (Germer, Siegel & Fulton, 2005). Käsitteinä näitä käytetäänkin osittain kuvaamaan samantyyppisiä toimintoja.

Toskala ja Hartikainen (2005) korostavat refleksiivisyyttä prosessina, joka sisältää seuraavanlaisia vaiheita: tarkkaavaisuuden suuntaaminen välittömään kokemukseen, kokemuksen tunnistaminen, kokemuksen symbolointi ja tulkinta, uudenlaisen asenteen ja merkityksen luominen suhteessa kokemukseen, kokemuksen ”omistaminen” ja integrointi minuuteen sekä pyrkimys luoda säätelevä eli agenttinen suhde kokemukseen. Tämä prosessi on yleensä nopea ja automaattinen, mutta psykoterapiassa kuhunkin vaiheeseen voidaan pyrkiä keskittymään tietoisesti ja suuntaamaan työskentely siihen refleksiivisyyden kehittämisen vaiheeseen, johon potilaan refleksiiviset prosessit ovat kehityksen kuluessa jumiutuneet.

Reflektiokyvyn perusta: kehollinen vuorovaikutus ja peilaaminen

Reflektiokyky kehittyy varhaisesta vuorovaikutuksesta alkaen ihmissuhteissa.

Pienen vauvan kokemukset ovat eriytymättömiä kehollisia aistimuksia, ja lapsen hoivaaja auttaa lasta jäsentämään näitä kokemuksiaan näkemällä lapsen sellaisena kuin hän on, soinnuttamalla oman toimintansa rytmit ja kosketukset lapsen kokemusmaailmaa heijasteleviksi ja toistuvasti vastaamalla lapsen tarpeisiin riittävän hyvin (Martin, Seppä, Lehtinen & Törö, 2014; Stern, 1985; Winnicott, 1971). Vanhemman kehollinen mielentämiskyky (parental embodied mentalizing) vaikuttaa siihen, miten hyvin hän pystyy implisiittisesti ymmärtämään lapsen mielentiloja lapsen kokonaisvaltaisista kehollis-kinesteettisistä ilmaisuista sekä mukauttamaan omat kinesteettiset ilmaisunsa näihin sopiviksi ja lapsen ilmaisua täydentäviksi (Shai & Belsky, 2011a). Hoitaja toimii lapselle ikään kuin peilinä, joka suotuisassa tapauksessa heijastaa lapsen kokemuksen tälle hieman organisoidummassa ja symbolisemmassa muodossa (Toskala & Hartikainen, 2005). Kun vauva näkee vanhempiansa peilaavan hänen omaa mielentilaansa esimerkiksi äänensävyillä, rytmillä, asennoilla, tai ilmeillä, hän kykenee luomaan ensimmäisiä representaatioita itsestään. Merkattu peilaaminen tarkoittaa sitä, ettei vanhempi suoraan kopioi vauvan ilmaisua, vaan usein esimerkiksi luonnostaan liioittelee ilmaisujaan (esim. lepertelevä ”vauvapuhe”), tai muuttaa sen muotoa jollain muulla tavalla merkatakseen sen, ettei kysymys ole hänen omasta tunnetilastaan, vaan nimenomaan peilauksesta vauvan tunteisiin. Näin lapsi samanaikaisesti kykenee näkemään itsensä hoitajassaan, mutta myös kehittämään erillisyyden tunnettaan (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Tämä varhaisen vuorovaikutuksen kinesteettinen dialogi on vauvan minäkäsityksen ja samalla koko elinikäisen identiteetin perusta (Fotopoulou & Tsakris, 2017; Martin ym., 2014; Stern, 1985).

Mikäli hoitaja ei onnistu soinnuttamaan omaa olemustaan lapsen olotilaa heijastelevaksi, esimerkiksi oman masennuksensa tai tunteiden kieltämisensä vuoksi, lapsen kyky ymmärtää omia mielentilojaan jää puutteelliseksi ja hänen

on vaikea muodostaa yhtenäistä representaatiota kehomielestään. Jotkut lapsen tunteet tai osat itsestä jäävät kokonaan kielletyiksi tai integroitumatta eikä hänelle synny tunnetta itsestä aktiivisena toimijana (Shai & Belsky, 2011b; Fonagy ym., 2002; Hakanen, 2008; van der Kolk, 2014). Jos taas vanhempi ei onnistu merkätun peilaamisen avulla riittävästi osoittamaan, että hänen oma mielentilansa on erillinen, vaan esimerkiksi imeytyy liikaa lapsen mielentilaan, eivät lapsen erillisuus ja tunteidensäätelykyky pääse kehittymään. Lapsi joutuu tulevaisuudessakin helposti omien tunnetilojensa valtaamaksi (Wallin, 2007).

Vuorovaikutuksen pohjalta kehittyvä tietoisuus sensorimotorisista ja emotionaalista tiloista on kyky, jota tarvitaan tunteiden tunnistamiseen ja säätelyyn, tunteeseen itsestä toimijana sekä kykyyn erottaa itse ja toinen (Fogel, 2011; Fotopoulou & Tsarkis, 2017). Refleksiivisyyden mahdollistava tietoisuus omasta itsestä on siis pohjimmiltaan ensin kehollista ja yksilöiden välistä eli interpersonallista. Vasta lapsen kielellisen kehityksen myötä tietoisuus omasta itsestä kehittyy myös kielelliseksi (Fotopoulou & Tsarkis, 2017; Slade, 2005). Lopulta elinympäristössä opitut kielellis-käsitteelliset vastineet omille kokemuksille antavat mahdollisuuden muotoilla, järjestää ja jakaa omaa itseä koskevia tietoja ja tarinoita toisten kanssa. Kokemusten selittäminen sanallisesti luo omalta osaltaan johdonmukaisuutta ja merkitystä tapahtumille ja auttaa pitämään yllä itsen jatkuvuuden ja samuuden tunnetta sekä eheää identiteettikokemusta (Hakanen, 2008).

Reflektiivisen puutteet ja psykoterapia

Reflektiivisen toiminnan vastakohtana on reaktiivinen toiminta, jolloin ihminen menettää toimijuuden kokemuksensa eikä koe pystyvänsä säätelämään sisäistä maailmaansa (Hakanen, 2008). Tällöin ihminen on objektipositiivisessa suhteessa ongelmaansa eli kokee asioiden ”vain tapahtuvan”. Hän saattaa pyrkiä suojautumaan ongelmallisilta asioilta tai kokemuksilta

esimerkiksi puolustus- ja välttelymekanismien avulla (Leiman, 2014). Siltaa aistihavainnosta ajatukseksi ei synny, jolloin tunteille ja kehon tuntemuksille ei jäsenny sanoihin sitoutunutta hahmoa. Jos kyky kuunnella sitä, mitä omassa kehossa ja mielessä tapahtuu, on heikko, ahdistus- jännitys- ja kipukokemukset saavat vallan (Martin ym., 2014). Kehotietoisuuden ja reflektiivisyyden puutteet altistavatkin somaattisille tai psyykkisille terveysongelmille (Fogel, 2011; Fotopoulou & Tsakiris, 2017; Semerari ym., 2014; Toskala & Hartikainen, 2005). Psykoterapiasuuntauksesta riippumatta refleksiivisyyden lisääminen on yksi keskeisistä psykoterapian tavoitteista (Koivisto, 2017; Leiman, 2014; Toskala & Hartikainen, 2005). Reflektiivisyyden vaikeuksien tunnistaminen ja arvioiminen ovat tärkeitä näkökulmia psykoterapeuttisen hoidon suunnittelussa, sillä nämä vaikeudet näyttäytyvät eri häiriöryhmissä eri metakognition osa-alueilla (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolò & Procacci, 2007; Semerari ym., 2014). Esimerkiksi persoonallisuushäiriöissä metakognitiivisten puutteiden laajuus kytkeytyy myös häiriön vaikeustasoon (Semerari ym., 2014) ja reflektiivisyyden vaikeudet merkitsevät useimmiten tarvetta kestoalasta pidempään ja supportiivisempaan työskentelyyn (Laaksonen, 2014).

Psykoterapiassa työskentelyn on tapahduttava potilaan lähikehityksen vyöhykkeellä. Terapeutti siis auttaa potilasta jatkamaan kehityksellistä matkaa siitä kohdasta, johon potilas on aiemmassa kehityksessään päätenyt (Vygotsky, 1978; Leiman, 2014; Toskala & Hartikainen, 2005). Jos potilaan reflektiivisessä kyvyssä on suuria puutteita, on kognitiivisten perusmenetelmien käyttö melko rajallista, sillä useimmiten nämä perustuvat siihen, että potilas kykenee sanoittamaan sisäistä maailmaansa jollakin tavalla. Etenkin vaikeissa häiriöissä on välttämätöntä, että terapeutti tarjoaa potilaalle ikään kuin suotuisamman kasvuympäristön, jossa uudenlaisen kiintymyssuhdemallin kautta potilaan minuuden ja identiteetin rakenteet voivat vahvistua (Hakanen, 2008; Wallin, 2007). Koska reflektiivisyyden perusta on kehollinen, on

psykoterapiassakin mahdollista rakentaa refleksiivisyyttä ja identiteettiä kehollisuuden kautta: ensin kyvystä aistia ja tunnistaa kehon tuntemuksia ja sitten pyrkimyksestä alkaa löytämään sanoja affekteille (Rothschild, 2000; Van der Kolk, 2014). Primaaritunteiden tunnistamista helpottaa terapeutin empaattisen kiinnostunut ei-tietävä suhtautumistapa siihen mitä potilaan kehossa tapahtuu vuorovaikutuksessa. Tämä lempeä uteliaisuus kehotuntemuksia kohtaan alkaa hiljalleen sisäistyä myös potilaan omaksi suhtautumistavaksi (Greenberg, 2007). Näin potilas kykenee siirtymään reaktiivisesta positioista kohti observeerivaa työskentelyä, ja pohja itsetietoisuuden, symbolisaatiokyvyn ja itsearvostuksen kehittymiselle alkaa rakentua (Toskala & Hartikainen, 2005; Wallin, 2007). Kehon kautta voidaan myös aktivoida ja muuttaa sellaisia maladaptiivisia primaaritunteita ja skeemoja, joihin ei välttämättä ole pääsyä sanallisesti (Blum, 2015; Greenberg, 2007; Koivisto, 2017; Van der Kolk, 2014).

Kehoon fokusointi ja pelaaminen työtapoina

Refleksiivisyyttä tukevan kehotietoisuuden vahvistamiseksi voidaan käyttää hyvin monenlaisia kehollisia lähestymistapoja, kuten erilaisia liikuntamuotoja tai tietoisuustaitomenetelmiä. Tässä tutkielmassa olen valinnut tarkastelun kohteeksi kaksi työtapaa, joita kognitiivisen psykoterapeutin on mahdollista yhdistää muuhun kognitiivisesta viitekehystä lähtöisin olevaan työskentelyyn: kehon tuntemuksiin fokusoinnin ja kehollisen pelaamisen. Näissä työtavoissa terapeutti suuntaa aktiivisesti huomiota sekä potilaan kehoon että omiin kehotuntemuksiinsa. Potilaan kehossa hän pyrkii havaitsemaan merkkejä niin sanotuista ”mikroprosesseista”, eli potilaan nonverbaalisessa ilmaisussa (kasvonilmeissä, asennoissa ja äänensävyissä) tapahtuvista muutoksista, ja tuomaan näitä jaetun tarkastelun kohteeksi tässä-ja-nyt (Elliot, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). Kun esimerkiksi esikielellisessä

vaiheessa kehittynyt maladaptiivinen skeema aktivoituu, henkilön mieleen tulvii tunteita ja kehon tuntemuksia, mutta hän ei pysty liittämään näitä integroimattomia kokemuksia menneisyyden tapahtumiin. Terapeutin tehtävä on auttaa potilasta jäsentämään näitä mielikuvia olemalla läsnä sekä potilaan kehossa tapahtuville muutoksille että oman kehon kautta välittyville vastatunneille. Nämä voivat toimia väylinä niihin tunteisiin, joille potilaalla ei ole vielä symboleja tai jotka ovat torjuttuja tietoisuudesta (Young, Klosko & Weishaar, 2003; Wallin, 2007). Terapeutin oma kehotietoisuuden ylläpitäminen on tässä työtavassa tärkeää. Terapeutin on pyrittävä riittävän herkästi aistimaan omassa kehossaan vuorovaikutuksen hienovaraisia muutoksia ja kuitenkin säätelemään etäisyyttä, jotta ei tule imaistuksi liikaa potilaan affekteihin menettäen omaa reflektiokykyään.

Kehon tuntemuksiin fokusointi systemaattisena terapeutin toimintatapana

Jos potilaan on vaikea tunnistaa tai kuvailla tunteitaan, on kysymys ”miltä sinusta tuntuu” lähes mahdoton. Tällöin terapeutin tunteisiin fokusoivat reflektiot voivat tuntua potilaasta hämmentäviltä, sillä ne eivät asetu hänen lähikehityksen vyöhykkeelleen (Toskala & Hartikainen, 2005). Jos terapeutti pystyy joustavasti siirtymään abstraktilta kielelliseltä tasolta kehon tuntemusten huomioimiseen, voi potilas oppia vähitellen kuulostelemaan ja havainnoimaan sitä, miten kehon tuntemukset vaihtelevat hetkestä toiseen ja ovat yhteydessä mielentiloihin (Kristmannsdóttir, 2014).

Yksinkertaisimmillaan kehoon fokusoiva työskentely tarkoittaa sitä, että terapeutti kysyy potilaalta ”Mitä huomaat kehossasi nyt?”, tai ”Miltä sinun kehossasi tuntui silloin?”, tai ”Mitä haluaisit tehdä kehollasi nyt?”. Jos potilaan kehotietoisuus on heikko, on hyödyllistä pyytää häntä tekemään huomioita hengityksestä ja eri kehon osista keskittämällä huomion yhteen alueeseen kerrallaan. Potilasta siis autetaan reaktiivisesta positioista havainnoivaan positioon.

Välittömien kokemusten äärelle voidaan asettua pitkäksiin aikaa, mutta psykoterapiassa pyritään useimmiten lopulta siihen, että sanattomat kokemukset tunnistetaan, symboloidaan ja tulkitaan, jolloin kokemusten integrointi minuuteen mahdollistuu ja toimijuus vahvistuu. Refleksiivisyyden vahvistamisessa voidaan keskustelun lisäksi hyödyntää edelleen kehoa ja liikettä siten, että potilas siirtyy terapiahuoneessa konkreettisesti sivuun ja mielikuvissaan havainnoi itseään edellisessä positiossa tutkien samalla uuden näkökulman herättämiä kehon tuntemuksia, ajatuksia, tunteita tai mielikuvia. Työskentely voi auttaa potilasta tunnistamaan tiedostamattomia tarpeita tai tunteita ja rakentamaan uudenlaista näkökulmaa suhteessa kokemuksiinsa (Greenberg, 2007; Koivisto, 2017).

Kehollinen peilaaminen refleksiivisyyden tukemisessa

Terapeutti ja potilas soinnuttavat luontaisesti rytmejään eri tavoin (äänenkäyttö, katse, kehon asennot) joka hetki. Terapeutti voi myös tietoisesti työskennellä joko soinnuttaakseen potilaan rytmiä mahdollisimman tarkasti taikka muokataakseen rytmiä hienovaraisesti johonkin suuntaan (Blum, 2015). Peilaamistyöskentely voi olla terapeutin sanaton sisäistä työskentelyä tai sitä voidaan käyttää terapeutin ja potilaan yhteisenä eksplisiittisesti jaettuna työtapana.

Jaetussa peilaamistyöskentelyssä terapeutti voi pyytää potilaalta lupaa peilata hänen asentoaan tai liikekieltään mahdollisimman tarkasti pyrkiäkseen syvemmin ymmärtämään potilaan kokemusta. Terapeutin löydettyä mielestään potilaan kehoa vastaavan asennon tai liikkeen omassa kehossaan, hän voi vielä pyytää potilasta korjaamaan asentoa siten, että se vastaisi mahdollisimman hyvin potilaan kokemusta. Näin potilaan kokemus tulee validoiduksi, ja samalla tunne erillisyydestä ja toimijuudesta vahvistuu. Tämän jälkeen terapeutin peilaamista voidaan pysähtyä yhdessä tutkimaan ja

ihmettelemään. Potilas voi pyrkiä sanoittamaan ”terapeuttisessa peilissä” näkemäänsä ja sen herättämiä tunteita, jolloin hän automaattisesti asettuu refleksiiviseen positioon suhteessa omaan kokemukseensa. Myös terapeutti voi kuvata omia peilaamisen herättämiä tunteitaan, mielikuviaan ja impulssejaan, joita sitten potilas ja terapeutti voivat yhdessä reflektoiden jäsentää (Blum, 2015). Empaattinen ymmärtäminen kohdistuu tehokkaimmillaan juuri tietoisuuden rajalla olevaan, vielä tiedostamattomaan ja sanoittamattomaan kokemukseen (Kuusinen & Wahlström, 2014). Terapeutti voi kehollisen peilaamisen avulla tavoittaa vastatunteissaan helpommin jotain tällä rajapinnalla sijaitsevaa, jolle voidaan kehon kertoman tarinan kautta löytää yhdessä sanoja. Potilas saa peilaamistyöskentelyssä myös kokemuksen siitä, että omaa sisäistä maailmaa on mahdollista jakaa sanojen puuttuessa, ja että terapeutti haluaa ja on kiinnostunut eläytymään mahdollisimman syvällä tasolla hänen kokemuksiinsa (Blum, 2015; Greenberg, 2007).

Peilaamista voidaan hyödyntää myös tunteiden säätelyssä ja vireystilaan liittyvän sietoikkunan laajentamisessa (Siegel, 1999). Vaikeista tunnesäätelyn ongelmista kärsivien potilaiden kanssa terapeutin on tietoisesti säädeltävä omia tunteitaan välttääkseen joutumasta liiaksi potilaan voimakkaiden affektien imuun ja säilyttääkseen oman mielentämiskykynsä. Terapeutti voi säädellä omaa olotilaansa esimerkiksi säätelemällä omaa hengityksen rytmiään tai hakeutumalla eri asentoon kuin yli- tai alivireä potilas. Potilaan peilisolu-järjestelmä rekisteröi terapeutin kehossa tapahtuvat muutokset ja muutos mahdollistuu terapeutin sanattoman työn tukemana: ahdistuneen potilaan keho voi reagoida terapeutin rauhallisuuteen rauhoittumalla tai lamaantunut potilas voi tuntea elävöityvänsä terapeutin säädellessä tunteitaan energisyyden suuntaan (Greenberg, 2007). Terapeutti voi siis peilaamisen avulla ikään kuin ”hakea” potilaan sietoikkunan ulkopuolelta viestittäen soinnuttamisen avulla empatiaa ja samanaikaisesti merkatun peilaamisen avulla auttaa potilasta

takaisin sietoikkunan sisäpuolelle, jossa refleksiivisyyteen siirtyminen on mahdollista (Beebe, 2005). Voimistaessaan peilaamisen avulla jotakin tunnetta (esim. ilo ja viha) terapeutti voi myös auttaa potilasta saamaan kosketuksen uudentyyntä tavoista olla ja ilmaista tunteita (Blum, 2015; Martin ym., 2014)

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Sarin psykoterapia refleksiivisyyden näkökulmasta

Tutkimuksen aineisto koostuu litteroiduista vuorovaikutuskatkelmista, jotka ovat yhden psykoterapian eri tapaamiskertojen nauhoitteista valittuja. Potilas Sari on noin 30-vuotias korkeakoulussa opiskeleva nainen, joka tuli potilaakseni masennuksen ja ahdistuneisuuden vuoksi. Psykoterapia toteutui kognitiiviseen psykoterapeuttikoulutukseen liittyneenä koulutuspsykoterapiana, joka kesti yhteensä 3,5 vuotta ja sisälsi 190 tapaamiskertaa. Hoidon alkuvaiheessa kognitiivisista perusmenetelmistä ei ollut apua, sillä Sarille esimerkiksi kysymykset ”miltä sinusta tuntuu” tai ”mitä ajatuksia mielessäsi oli silloin” olivat täysin mahdottomia vastattaviksi. Hänen oli hyvin vaikea tunnistaa tai sanoittaa tunteitaan. Tunteisiin suuntautuvista interventioyrityksistäni Sari ahdistui voimakkaasti näyttämällä kehollisesti jämmettyneeltä ja kykenemättömältä puhumaan mitään. Refleksiivisyyden vaikeudet näkyivät hyvin konkreettisesti joka istunnolla esimerkiksi siinä, miten hän useimmiten kertoi viikon varrella tapahtuneista asioista kolmannessa persoonassa tai passiivissa (”ei tullut mentyä luennolle”) ja koki ikään kuin asioiden ”vain tapahtuvan” kykenemättä tutkimaan tapahtumien yhteyttä mielensisäiseen.

Taustastaan Sari kertoi perustietoja, mutta hänen oli vaikea kuvailla elämänsä historiaansa koherenttina ja omakohtaisesti koettuna tarinana, jossa mielikuvat menneisyydestä olisivat voineet sanojen välityksellä siirtyä eläviksi

kuulijan mieleen. Sarin kasvuolosuhteet kuulostivat vakailta, vaikkakin äitinsä hän kertoi kärsineen ahdistuneisuudesta. Sari kertoi jännittämisoireilunsa alkaneen ala-asteen loppupuolella, ja hankalimmat ahdistusoireet liittyivät erillistymiskehitykseen kytkeytyviin tilanteisiin. Sarin elämämpiiri oli kapea, välttämiskäyttäytymistä oli paljon, ja korkeakouluopinnot olivat viivästyneet useilla vuosilla psyykkisen oireilun vuoksi. Nuoruusiässä Sari oli ollut 5 vuoden ajan nuorisopsykiatrian poliklinikalla hoitosuhteessa. Terapian alkuvaiheessa Sari oli suurimman osan terapia-ajasta reaktiivisessa positiossa ja erittäin jännittynyt kehollisesti. Tästä syystä pyrin fokuoimaan usein työskentelyä tässä-ja-nyt -tilanteeseen ja tein paljon tietoista työskentelyä soinnuttamisen ja itseni rauhoittelun kautta. Koska tunteisiin tai ajatuksiin fokuointi ei onnistunut, aloin kysyä systemaattisesti hänen kehon tuntemuksistaan kun arvelin Sarin olemuksen tai omien vastatunteideni perusteella jonkin tunnekokemuksen aktivoituneen.

Aineiston keruu ja analysointi

Tapaustutkimuksen aineistona ovat äänitallenteet terapiatapaamisista sekä terapiaa koskevat omat muistiinpanoni. Ensimmäisessä vaiheessa valitsin aineistosta sellaiset terapiatapaamiset, joissa muistiinpanojeni mukaan olimme työskennelleet kehoon fokuoimisen tai kehollisen peilaamisen parissa. Kuuntelin näiden tapaamisten nauhoitteet ja valitsin litteroitavaksi ja analysoitavaksi ne terapiatapaamisten katkelmat, jotka täyttivät parhaiten seuraavat kaksi kriteeriä: (1) potilas kuvasi ensin jotakin ongelmallista kokemustaan ollen reaktiivisessa positiossa, eikä hän auttaviksi tarkoitettuista kysymyksistäni huolimatta kyennyt tarkastelemaan tilannettaan refleksiivisesti esimerkiksi sanoittamalla tilanteeseen liittyviä ajatuksiaan tai tunteitaan ja (2) terapeutina ohjasin työskentelyn joko kehon tuntemusten huomioimiseen tai keholliseen peilaamiseen. Litteroitavaksi ja analysoitavaksi valikoitui lopulta neljä katkelmaa eri vaiheista

terapiaprosessia. Litteroinnin jälkeen lisäksi katkelmiin muistinvaraisesti kuvailuja potilaan ja terapeutin kehollisista ilmaisuista käyttäen apuna omia terapiamuistiinpanojani.

Jotta voitaisiin arvioida millä refleksiivisyyden tasolla katkelmien aikana liikuttiin, muodostin 6-portaisen jaottelun refleksiivisyyden tasoista (taulukko 1). Jaottelussa ja kuvailussa käytin pohjana Toskalan ja Hartikaisen (2005) teoriaa refleksiivisen prosessin vaiheista sekä tämän teorian pohjalta tehtyä Keltasen ja Räsäsen Pro gradu -tutkimusta (2007), jossa sisällönanalyysia varten oli muodostettu kuvaukset refleksiivisyyden tasoista. Alimmalla tasolla (T0) potilaan puheesta välittyy reaktiivisessa positiossa oleminen, kun taas ylimmällä tasolla (T5) puheesta käy ilmi, että potilas on muodostanut kokemukseensa agenttisen suhteen ja kykenee

integroimaan kokemuksen minuuteensa. Arviot refleksiivisyyden tasoista esitetään tekstissä taulukon 1 mukaisina lyhenteinä (T0-T5) potilaan vuorosanojen yhteydessä. Omien vuorosanojeni yhteyteen olen lisännyt sulkeisiin selvennyksiä interventioyrityksen luonteesta.

Tulokset

Refleksiivisyyden tason muutokset kehoon fokusoimisen ja peilaamisen yhteydessä

Seuraavassa on ote terapiatunnilta 6, jolloin Sari oli kuvannut vaikeuttaan lähteä kouluun. Hän kuvaili tapahtumia epämääräisesti passiivimuodossa, eikä kyennyt integroimaan

Taulukko 1. Refleksiivisyyden tasot ja niihin liittyvien prosessien kuvailu.

Lyhenne	Refleksiivisyyden taso	Prosessin kuvailu
T0	Reaktiivinen positio	Kokemus rakentuu kokijan tietoisuuden ulkopuolella, toimiminen välittömän kokemuksen ohjaamana.
T1	Tarkkaavaisuuden suuntaaminen välittömään kokemukseen	Pyrkimys saada kosketus ongelmalliseen kokemukseen elämyksenä tai kehollisena tuntemuksena.
T2	Tunnistava työskentely	Ongelmalliseen kokemukseen liittyvien automaattisten ajatusten, tunteiden, reagoititapojen ja tuntemusten tunnistaminen.
T3	Kokemuksen symbolointi ja tulkinta	Ongelmalliseen kokemukseen liittyvien ydintunteiden tai ydinajatusten nimeäminen, kokemuksen tai tilanteen rakentumisen ymmärtäminen.
T4	Uudenlaisen asenteen ja merkityksen luominen suhteessa kokemukseen	Hyväksyvä ja salliva suhde ongelmalliseen ydinkokemukseen, sisäisen säätelyn mahdollisuuden näkeminen.
T5	Kokemuksen integrointi ja agenttisen suhteen muodostaminen	Ongelmallisen kokemuksen omistaminen, integrointi minuuteen, ja säätelevä vastuuta ottava suhde omaan kokemukseen.

kertomukseensa mitään kuvailua lähtövaikkeuksien taustalla olevista tunteista tai ajatuksista näihin ohjaavista kysymyksistäni huolimatta (T0). Minun oli vaikea muodostaa mielikuvaa tilanteesta ja tavoittaa Sarin tilanteeseen liittyvää sisäistä maailmaa. Pyysin Saria mielikuvissaan palaamaan siihen hetkeen, jolloin edellisenä iltana sängyssä maataessaan hän oli tehnyt päätöksen jäädä seuraavana päivänä kotiin, ja ohjasin häntä elävöittämään muistikuvaa kuin kokisi sen nyt. Hän sai muodostettua tilanteesta mielikuvan, mutta ei kyennyt avustavista kysymyksistäni huolimatta kuvailemaan tilanteessa syntyneitä automaattisia ajatuksiaan tai tunteitaan (T0). Tämän jälkeen siirsin fokuksen kehon tuntemuksiin.

Terapeutti: Huomaaksä jotain tuntemuksii... ke- kehossa? (kehoon fokusointi)

Potilas: (Hiljaisuus 10 sek.) No kyl sitä sit tulee semmonen jännittynyt, tai sillee...(T1)

T: Missä kohdassa sä huomaat sen jännityksen kehossa?

P: (Hiljaisuus 12 sek.) Niinno, kyl se... kyl se sillee keskivartalo, rintakehä...(T1)

T: Joo... rintakehä tuntuu jännittyneelt. Saaksä nyt sen tunteen kans niinku tähän?

P: Mmm... joo.

T: Et täs hetkes saat vähän kiinni siit kans?

P: Jonkun verran joo. (T1)

T: (Havaitsen potilaan hyvin jännittyneen näköiset hartiat) Entä hartiat?

P: Mmmm... niin kyl joo...

T: Mmm...Tunneksä kasvoilla jotai?

P: No, kyllähä se on sillee niinku... jotenki.... (koskee otsaan ja leukaan)

T: Mmm... otsaan sä koskit ja leukaa...(peilaan potilaan liikkeen) (peilaamistyöskentely)

P: Mmm...

Tämän jälkeen kyselin vielä Sarin huomioita eri kehon osista yksi osa kerrallaan, ja hän havaitsi myös nielua kiristävän palan tunteen kurkussa, hengityksen pinnallisuuden ja tiukasti yhteen puristuneet jalkansa. (T1) Peilasimme näitä sanattomia ilmaisuja parhaani mukaan.

T: Okei, hyvä! Eli nyt sä tunnistat näin paljon

näit kehon tuntemuksii.... Ja sit jos sä nyt taas vahvistat sitä mielikuvaa et sä oot sunnuntai-iltana siel omassa sängyssä, ja kello on yli 12... Mikä sun tunne siin sit mahtais olla?...(tauko 5 sek.) Ei ainakaan niinku kauheen rentoutuneen kuulonen noitten kehon tuntemusten perusteel. (tunteiden tunnistaminen)

P: Mmm... joo, ei sillee ja just.... ja...just semmonen vähän... vähän pyöriskelevä ja, ja sit tota... mä yleensä mä sit jotain ... s-saatan ruve-ruveta siin viel lu-lueskelemaan, ja, niinku... semmotti sit niinku... viel sen jälkee, ku sit on niinku... olis niinku... muka jo laittanu... laittanu niinku valot pois ja... menny nukkumaan, mut sit sit jos...jos on vaan sit semmonen niinku et... tuntuu ettei saa nukuttua vielä, ni... (T0)

T: Mmm...onks siin niinku, jos ajattelee et mikä tunne se ois, ni oisko se sitte... mul tulee mielee ehkä niinku ahdistus... tai jännitys? (symbolointi ja tulkinta)

P: Nii joo... kyl siin niinku... pikkasen sit kans niinku jännitystäki, semmone vaa niinku yleisepämukava. (T2)

T: Mm-m... joo. Et se on jotenki ehkä vaikee saada kiinni siit mikä se tunne on? ...mut ei ainakaa rentoutunu?

P: Ei. (T1)

Katkelmassa kehon tuntemusten kautta löytyi väylä, josta Sari kykeni siirtymään pois reaktiivisesta positioista (T0) välittömien kokemusten havainnointiin (T1). Tunnistavaan työskentelyyn (T2) hän ei kyennyt itsenäisesti, mutta tarjoamieni tulkintojen avustuksella orastavaa tunteiden tunnistamistakin virisi keskustelussa (T2). Vasta Sarin kuvaamien kehon tuntemusten perusteella sain muodostettua hänen kokemastaan hankalasta tilanteesta jonkinlaisen mielikuvan, joka herätti itsessäni myös tunteita. Koin tällä tavalla saavani yhteyden hänen sisäiseen maailmaansa. Tilanne tuli jaetuksi ja validoiduksi kehojen kautta, vaikka sanojen avulla se ei ollut vielä mahdollista. Yritykseni edetä pidemmälle refleksiivisyyteen eivät tuottaneet tulosta, sillä ne eivät asettuneet Sarin lähikehityksen vyöhykkeelle, eivätkä vieneet terapiaprosessia eteenpäin.

Seuraavassa katkelmassa käynniltä 18 Sari oli kertonut hankalasta tilanteesta ollen reaktiivisessa positiossa. Hän ei kyennyt

nimeämään tilanteeseen liittyviä tunteita tähän suuntaavista kysymyksistä huolimatta.

P: Jotenki tuntuu semmoselt niinku... kauheesti pitäis niinku hoitaa asioita, tai semmotti. (puhe katkonaista, hengitys haukkovaa) (T0)

T: Mmm... nyt ku sä sanot noi kaikki ni milt sust just nyt tuntuu? (välittömään kokemukseen suuntautuminen)

P: (Tauko 10 sek.).... No emmätie... kyl se semmonen niinko....(tauko 9 sek) No... Tulee vähä semmone... semmone niinku...(haukkoo henkeä) huh... (T1)

T: Mmm... milt sun kehossa tuntuu? (kehoon fokusointi)

P: ... No semmone, semmone niinku jännittyny... (T1)

T: Mmm... missä kohdassa?

P: Noemmä tie... ehkä ylä-.... jotenki kokonaan kyl. (T1)

T: Mmm... kädet, milt sun kädet tuntuu?

P: Emmää... emmää... painavilta (hyvin hiljaisella äänellä) (T1)

T: Entä hengitys?

P: No varmaa se niinku... normaali pinnallisempaa sitte...(T1)

T: Huomaaksää nielussa tai kurkussa nyt jotai? (tunnen omassa kurkussani palan)

P: No... joo kyl niinku... tulee just sillee niinku... (näyttää kädellä nielun kohdalla puristavaa tunnetta) ku nielasee. (T1)

T: Onkse semmonen palan tunne kurkus mitä sä usein sanot et sul tulee jotenki et jos on niinku jotai semmost ahdistavaa ni tulee se pala kurkkuu? (symbolointi ja tulkinta)

P: Mmm.

T: Joo...mmm... joo...sä täs jotenki ku sä kerroit ni.... (peilaan potilaan asennon ja näytän potilaan hengityksen muutosta, haukkovaa hengitystä)... kuulostit niinku et sä teit yhtäkkii tavallaa niinku sillai et sä haukoit, niinku hengitit kauhee voimakkait sisäänhengityksii. (peilaamistyöskentely)

P: Mmm (8 sek)

T: Et joku semmonen niinku... onkse sit, mikä se on se ku sä sanoit et se tunne on niinku huh-huh... et onkse sit joku semmonen jännittyneisyys, ahdistuneisuus... jotain semmost se tunne? (symbolointi ja tulkinta)

P: Nii jotain semmost ahdistusta... (T2)

T: Joo.

P: Sillee et tuntuu et niinku... sitä sun tätä ja toiki pitäis hoitaa ja ei oo sillee selkeetä ja rauhallista oloo. (T1)

T: Mmm...ei oo selkeetä ja rauhallista, vaan on semmonen olo, et on sitä sun tätä ja...

P: Mmmm...

T: Totanoi... minkäläist sul on olla niinku tälläsen, niinku... nyt ku me oikee niinku täs pysähdytää ja tutkitaa ja tarkastellaa sitä oloo, et mitä sä huomaat ja milt se nyt tuntuu, ni millast se on olla sen olon kanssa? Millast täs on olla ku mä oikeen niinku kyselen? (välittömään kokemukseen suuntautuminen)

P: No, sillee niinku, vähän hankalaa saada siihe...niiku kiinni sillee... et niinku, miltä sit niinku... tuntuu... mut emmänyt tie, ei nyt niinku ssss...semmotti niinku ylipääsemättömän kauhea, et ei vois niinku olla, et tietty sillee niinku vähän niinku epämiellyttävä...(T1)

Katkelmassa kyselin Sarilta kehon tuntemuksia sekä hänen kehossa näkemieni, että omassa kehossa tuntuneiden muutosten pohjalta. Lisäksi peilasini Sarin hengityksen muutosta ja yritin luoda jatkuvuuden tunnetta myös käsillä olevasta tilanteesta aiempiin terapiatunneilla tapahtuneisiin vastaavan tyyppisiin tilanteisiin kehon tuntemusten kautta. Esimerkkitalanteessa Sari kykeni kehollisen fokuksen kautta siirtymään pois reaktiivisesta positioista (T0->T1/T2).

Käynnillä 82 Sari kertoi, miten oli onnistunut vastustamaan halua vetäytyä lepäämään ja tehnyt opiskelutehtäviä. Kertoessaan tästä, hän kykenee tuomaan esiin sen, että oli kokenut jonkinlaista hankaluutta tehtävien aloittamisessa, mutta ei löytänyt sanoja tunteelleen.

T: Et mikä se oli se olo? Millä tavalla epämiellyttävä? Oisko sil joku sana sil äölh (peilaan potilaan äsken ilmaisemaa inhon ilmettä kasvoilla ja jännitystä kehossa)? (tunnistava työskentely ja peilaamistyöskentely)

P: No... en tie sillee et... (tauko 7 sek.) ainaki oli sillee ...väsyny et olis niiku, valvonu emmm, halunnu mennä huilaamaa, ja...(T1)

T: Väsyny...mmm... (tauko 8 sek.)

P: Entie... semmonen olo vaa et... entie yhtää (naurahtaa hermostuneesti)... (T0)

T: Mmm... (tauko 15 sek.)

T: No ainaki sit jotenki et sellane olo et ei jaksais...(tunnistava työskentely)

P: Mmm (hiljaisuus)

T: Et joskus mun mielest sul on... en tie olik se tos tilantees mut., et joskus sä oot mun mielest kuvannu sitä sillee et siin tulee jonkullaine semmone... ahdistus rupee tavallaa niinku hiipimää ensin, ja sit sielt tulee sit äkkii se tavallaa se peitto (suojautujamoodi), joka voi tavallaa olla sit semmonen joka tekee sen väsymyksen siihen jotenki sit päälle, mut mä en tie sit et olik sit tos jotain sellasta...(tunnistava työskentely)

P: Kyllähä siin voi olla et oli vähän niinku sellast ahdistusta kans et nyt niinkun pitäis...(T2)

T: Jotenki tää (peilaan potilaan ilmaisemaa jännittynyttä asentoa)... jotenki täst vaan tulee mielee et ei se ollu pelkästää niinku alun perin sitä et ohhohhojaa (näytän väsyneeltä), vaa siin sun asennos oli ensi joku sellanen.. tällänen (n jännittynyttä asentoa) (peilaamistyöskentely)

P: Mmmm....nii-i...

T: Ohhh... (n jännittynyttä asentoa)... täst niinku ku sä teet näin, ni täst niinku tulee sellanen et...öööh... (n kehollaan jännittynyttä asentoa) niinku tää ei näytä väsyneelt...

P: Mmm... nii (naurahtaa)

T: Niinku (jatkan jännittyneen asennon ylläpitoa ja katkonaista hengitystä)

P: Kyl se niinku joo.... Jotenki tietty...niinku ahdistunu just siitä, että nyt pitäis tehdä jotain...(T3)

T: Mmm... joo...

Katkelmassa tapahtuneen peilaamisen myötä arvelin, että Sarin kuvaamassa tilanteessa oli aktivoituneena aiemmin nimeämämme ahdistuksen ja hädän tunteilta suojaava ”peitto”. Peilaamiseni auttoi Saria tunnistamaan väsymyksen takana olevan primaaritunteen. Tunnustelimme ja nimesimme näitä olotiloja vielä tarkemmin katkelman jälkeen jatkuneessa vuorovaihtuksessa etsien tunnetiloja kuvaavia asentoja ja liikkeitä ja tutkien näitä peilaamisen avulla.

Välittömien olotilojen tarkastelusta position vaihtoon

Noin 100 terapiatapaamisen jälkeen aloimme tunnistavan työskentelyn lisäksi tutkia Sarin olotiloja tarkastelemalla asentoja ja liikkeitä myös ”toisesta positiosta käsin” tilan käytön avulla. Esimerkiksi käynnillä 140 huomasin Sarin kehossa muutoksen kommentoidessani sitä, että elämässä voi tulla eteen yllätyksiä. Pysähdyimme tähän, ja lopulta päädyimme seuraavankaltaiseen työskentelyyn:

T: Millane olo sul nyt on? (tunnistava työskentely)

P: (Tauko 12 sek.) En tie, jotenki tulee sellane... sellanen jotenki... ääk (keho jännittyy, hartiat nousevat, kädet tulevat eteen)... ja surullinen jotenki... sit ku niinku, sillee et... uuuuhh...valintoja... ja kun se tuntuu nii usein nii inhottavalt. (T1/T2)

T: Joo... mä huomasin ku mä täs niinku juttelin, ni sun ilme muuttu, et sul tuli jotenki niinku sellanen... onkse ääk niinku joku sellanen ahdistunu olo, tuli jostai mitä mä sanoin tai...? (symbolointi ja tulkinta)

P: Joo, jotenki niinku... jotenki just siitä niinku...siitä kun sit mikään ei oo niinku sillee varmaa (itkee) (T2)

T: Nii, et se tuntu jotenkin niinku... ääk (peilaan jännittynyttä asentoa) (peilaamistyöskentely)

P: (itkee)

T: Tauko 10 sek. (huokaisen pitkän uloshengityksen nojautuen taakse) Milt se tuntuu sun kehossa, milt sun kehossa tuntuu nytte? (välittömiin kehon tuntemuksiin fokusointi)

P: (Tauko 15 sek) emmätie... semmone vähän niinku pistelevä olo (heiluttelee sormiaan)... ja sillee niinku.... vähän jumiin taas niinku varsinki (näyttää käsillä hartioita)...sit niinku... se ääk-olo. (T1)

T: Joo, yläkroppa jumis...ja onkse niinku... sä näytit sormil tällai (peilaan sormien heilutuksen) (peilaamistyöskentely)

P: Mmm, jotenki semmonen niinku pistelevä olo. (T1)

T: Joo. Mmmm. Onks sul joku, joku niinkun asento joka tavallaa niinku, mikä vois kuvata tätä sun olo... jos sä niinku näyttäisit jollai asennol sen, että mikä on se... sellanen niinku... asento tai liike joka jotenki kuvastais

tätä olo...sä voit nousta ylös, sä voit mennä vaik ihan mihin kohtaan tahansa täs huonees... mikä ois sellanen... jos sun pitäis vaiks tehdä patsas tai joku, niinku videoteos täst tunteest mikä sul tuli ni milt se näyttäis? (symbolointi)

P: No jotenki menis niinku kokoon ja johonki nurkkaan niinku, sillee... (käpertyy) (T3)

T: No mee, koita! Mikä tuntuis semmoselt sopivalt mikä ois niinku...

P: No emmätie jotenki, jotenki semmonen niinku (menee huoneen nurkkaan pienelle kippuralle, menen seisomaan huoneen keskelle)

T: Joo, eli sinne sä menit ku. ku mä sanoin et elämäs on kaikkii valintoja kuitenkin... ja tavallaa niinku... sit ku astuu jostai ovest ja ööö... se voi ensi näyttää iha hyvältäki, mut sit periaattees siit ei voi koskaa tietää... ni sit sul tuli joku tunne, joka...on nyt semmonen, joka on niinku...

P: Mmmm...

T: ...siellä.

P: Joo, se menee niinku... sellanen pieni niinku...(puhuu hädin tuskin kuultavissa olevalla äänellä) (T3)

T: Joo. (kyykistyn) Milt sust tuntuu siel olla? Sä oot joku pieni jossai kaukana siel...(pienellä äänellä) (peilaamistyöskentely)

P: Mmm.

T: Helpottaakse, niinku onksul parempi olo nyt? (havaitsen potilaan rentoutuvan) (välittömään kokemukseen suuntautuminen)

P: No emmätie, niinku... toisaalta ku sai jotenki niinku... täs o aika hyvä nurkka niinku sillee...

T: Nii, nii... joo... sä näytät silt et sä et kauhee mielellää sielt lähtis nyt mihinkää tekemää mitää valintoja.

P: Mmm. Nii.

T: Mitä sul tapahtuu jos sun pitäis niinku sielt käsin lähtee tekemään jotain... valintoja.

P: Mmmmm...no kyl se aika äääh olis... ja sit ne...kaikki just olis sillee niinku... semmosia...(käpertyy enemmän nurkkaan ja kääntää pään pois minusta)

T: Käpertyisiksä enemmän sinne?

P: Mmm.

T: Jotenki pelokkaalt sä näytät siel...(symbolointi ja tulkinta)

P: Mmm.

T: Tuus tänne... (Sari siirtyy viereeni huoneen keskelle)

T: Ollaas täs ja katotaan nyt totanoinni... katos tonne nurkkaan... ja totanoinni... kuvittele mielessäs nyt se puoli sinusta joka oli nyt iha ääk ja joka oli tuol nurkassa ja...ja niinku ihan käpertyneenä... pystyksä jotenki kuvittelee sen? (uudenlaisen asenteen luominen)

P: Joo-o.

T: Miten se, millaseks sä mielessäs sen kuvittelet? Milt se näyttää täst katottuna?

P: Ennyt tie...pieneltä...sillee pieneltä (sanoo hyvin myötätuntoisella äänellä kuin puhuisi jostain hyvin pienestä suloisesta lapsesta)

T: Mmm... mitäs muuta?(oma äänensävyini pehmentyy leperteleväksi) (peilaaminen)

P: Tosi... liikuttavalta (hyvin hiljaisella äänellä, kyynelten noustessa silmiin) (T4)

T: Mmm... (10 sek tauko, huokaisen kuuluvasti pitkän uloshengityksen). Nii, tuleeha, ku sä sanoit tos äske et tulee vähä surullinen olo, ni mul tulee nyt ehkä tietyl taval täs ku niinku mieltii, ni ehkä vähän niinku surullinenki olo... et...(symbolointi ja tulkinta)

P: Nii.

T: Et tollanen nurkkaan käpertyny pieni, pelokas...

P: Mmm.

T: Miten sä ajattelisit et miten sä voisit tavallaa niinku... auttaa tota... (agenttisen suhteen luominen)

P: (Tauko 18 sek.) No en tie, sillee jotenki, sillee varovasti vois niinkun houkutella, silleen ettei se ois ihan niinku, niin käpertyny ja uskaltais ainaki vähän sielt nurkasta, nurkasta niinku vilkuilla sillee...(T4)

Tässä työskentelyssä olotilan symbolointi kehon asennon kautta auttoi löytämään ymmärrystä tilanteen rakentumiselle ja siihen liittyville primaaritunteille. Position vaihto edisti refleksiivisyyden prosessia edelleen mahdollistaen uudenlaisen, myötätuntoisemman näkökulman rakentumisen potilaan mieleen. Edellä kuvatun työskentelyn jälkeen otimme vielä kolmannen position, josta käsin katselimme äskeistä näkymää, eli "pienää pelokasta" nurkassa, sekä häntä tarkastelevaa "aikuista minää". Pyysin potilasta miettimään miten tilanne voisi jatkua. Hän keksi, että vahva aikuinen voisi mennä pienen pelokkaan viereen istumaan ja selittää

varovasti hänelle asioita, olla kaverina, ja houkutella turvan ja leikkisyyden avulla ”pienstä ja pelokasta” kohti maailmaa. Tässä työskentelyssä aktivoitui vielä lisää myötätuntoista näkökulmaa, sekä ajatuksia eteenpäinmenosta (T4/T5).

Yhteenvedo ja pohdinta

Tässä tapaustutkimuksessa havaittiin, että kehon tuntemuksiin fokuksionnin ja kehollisen peilaamisen avulla voitiin auttaa potilasta terapiaistuntojen aikana reaktiivisesta positiosta kohti refleksiivisyyttä. Tapaustutkimuksen kohteeksi valitun Sarin reflektiokyvyn puutteet olivat huomattavat ja hänen kokemuksensa omasta toimijuudestaan oli hyvin hauras. Sanalliset yritykseni auttaa Saria kuvailemaan sisäistä maailmaansa eivät olleet tuottaneet tulosta, sillä ne eivät osuneet hänen lähikehityksensä vyöhykkeelle. Kehon tuntemuksiin suuntautumalla löytyi reitti, jota kautta Sari pystyi siirtymään reaktiivisuudesta kokemustensa havainnointiin ja tunnistavaan työskentelyyn, eli Toskalan ja Hartikaisen (2005) nimeämille refleksiivisen prosessin ensimmäisille vaiheille. Peilaamis- ja soinnuttamistyöskentelyn avulla pyrin paremmin ymmärtämään Sarin sisäistä maailmaa ja auttamaan häntä tunnesäätelyssä. Ajoittain myös kuvailin Sarille omia peilauksen liittyviä kehon tuntemuksiani tai näytin niitä kehollani hänelle. Näin hänen oli helpompi tunnistaa kehon tuntemuksiinsa liittyviä tunteita nähdessään ne minun kehossani tai kasvoillani. Kehollisen työskentelyn kautta pääsimme jatkamaan vuorovaikutusta ja herättelemään Sarin kykyä havaita yhteyksiä kehon tuntemusten, ajatusten, tunteiden ja ulkoisen maailman tapahtumien välillä. Tunnistava työskentely Sarin kanssa johti toistuessaan siihen, että pikku hiljaa tunteille alkoi jäsentyä mielikuvallisia ja sanallisia symboleja. Sari sai kokemuksia siitä, että hankalien tunteiden kanssa voi olla, niitä voi jakaa, ja niihin voi vaikuttaa esimerkiksi erilaisen liikkeen tai asentomuutosten kautta. Havainnoiva suhde vaikeisiin kokemuksiin

alkoi muodostua. Joissakin tutkimuksen kohteena olleissa katkelmissa edettiin myös orastavaan uudenlaisen asenteen löytämiseen suhteessa kokemukseen, kun kehoon fokuksiontia jatkettiin position vaihtoa hyödyntäen.

Tutkimuksessa ei käytetty ulkopuolista tahoa arvioimaan refleksiivisyyden muutoksia, joten tulokset ovat vahvasti tulkinnallisia. Laajasta 190 terapiatapaamisen aineistosta valittiin analysoitavaksi menetelmäosiossa kuvattujen kriteerien perustella vain muutama istunto ja tarkastelun kohteena oli ainoastaan kulloisenkin katkelman aikana syntynyt muutos. Vastaavan tyyppinen aineisto ja analyysimenetelmä mahdollistaisivat muutosprosessin tutkimisen laajemmin koko terapian ajalta ja tällainen tutkimus voisi lisätä tietoa kehollisten menetelmien käytön hyödyistä reflektiokyvyn kehittämisessä. Arvioni mukaan Sarin reflektiokyvyssä tapahtui psykoterapian aikana huomattavaa kehittymistä ja hänen arjen toimintakykyään vaikeuttanut epämääräinen päivittäinen ahdistuneisuus lievittyi. Muutos oli hidasta ja terapiaprosessin päätyttyä Sarilla oli edelleen esimerkiksi sosiaalisiin tilanteisiin ja valintatilanteisiin liittyvää vaikeaa ahdistuneisuutta, jota hän kuitenkin pystyi tunnistamaan ja kuvailemaan huomattavasti paremmin kuin terapian alkutilanteessa. Kehollisen työskentelyn lisäksi myös muut tekijät ovat voineet vaikuttaa refleksiivisyyden rakentumiseen. Myös kuvallinen työskentely (piirtäminen) osoittautui terapiassa väyläksi tavoittaa ja symboloida Sarin kokemuksia, joita hänen oli vaikea sanallistaa.

Koska kyse on tapaustutkimuksesta, ei tämän pohjalta voida päätellä kehollisen työskentelyn toimivan kaikkien reflektiokyvyn puutteista kärsivien potilaiden kohdalla. Tapaustutkimus kuitenkin tukee useiden eri terapiasuuntausten edustajien kuten Greenbergin (2007), Kristmannsdóttirin (2014), Van der Kolkin (2014) ja Fonagyn ym. (2002) näkemystä siitä, että keholliset kokemukset ovat tärkeä osa psykoterapiaa, sillä ne ovat primaaritunteiden tunnistamisen, ehjän minäkokemuksen saavut-

tamisen ja refleksiivisyyden kehittymisen edellytys. Kehoon fokuusoimalla potilasta voidaan auttaa tunnistamaan jotain sellaista, jota hän ei ole voinut integroida omaksi kokemuksekseen, mutta jonka terapeutti voi tunnistaa omassa kehossaan. Terapeutin on kuitenkin tarkoin säädeltävä sitä, missä vaiheessa terapiaa potilas on valmis esimerkiksi luopumaan jostain kehollisesta defenssistä, jonka takaa voi astua tietoisuuteen jotakin aiemmin torjuttua. Esimerkiksi häpeäherkkien potilaiden kanssa peilaustyöskentely on hyvä aloittaa varovaisen ja ei-tietävän tutkimisen avulla, sillä kehon peilaamisen kautta nähdyksi tuleminen voi olla kokemuksena joskus hyvin voimallinen. Kehotyöskentelyn haasteena saattaa ajoittain olla myös terapeutin vaikeus ylläpitää omaa kehotietoisuuttaan esimerkiksi kuormittuneisuuden tai väsymyksen vuoksi. Terapeutin oma säännöllinen tietoisuustaitoharjoittelu lisää kokemusteni mukaan herkkyyttä aistia hienovaraisia muutoksia omassa kehossa ja hyödyntää omia kehotuntemuksia vuorovaikutustilanteissa viriävien tunteiden tunnistamisessa ja säätelyssä.

Lähteet

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J. & Sorter, D. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. New York: Other Press.
- Blum, M.C. (2015). Embodied mirroring: a relational, body-to-body technique promoting movement in therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, (2), 115-127.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G. & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders. Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. London: Routledge.
- Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2004). *Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change*. Washington: American Psychological Association.
- Fogel, A. (2011). Embodied awareness: neither implicit nor explicit, and not necessarily nonverbal. *Child Development Perspectives*, 5 (3), 183-186.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of self*. New York: Other Press.
- Fotopoulou, A. & Tsakiris, M. (2017). Mentalizing homeostasis: The social origins of interoceptive inference. *Neuropsychoanalysis*, 19 (1), 3-28.
- Germer, C.K., Siegel, R., & Fulton, P.R. (toim.) (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. (2007). Emotion in the therapeutic relationship. Teoksessa P.Gilbert & R.L. Leahy (toim.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (s. 43-62). New York: Routledge.
- Hakanen, A. (2008). Konstruktivistinen näkökulma. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 461-493). Helsinki: Duodecim.

- Keltanen, J. & Räsänen, E. (2007). Psykoterapeuttisen muutoksen rakentuminen väkivaltaisten miesten ryhmäterapiassa: Refleksiivisyyden näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Haettu sivulta https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/11118/1/URN_NBN_fi_jyu-2007361.pdf
- Koivisto, M. (2017). Body Staging – menetelmä itsereflektion edistäjänä. Teoksessa I. Karila, M. Koivisto & K. Räsänen (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia tänään. Kognitiivisen psykoterapian yhdistyksen 40-v. Juhlajulkaisu* (s. 49-72). Kuopio: Kevama.
- Kristmannsdóttir, G. (2014). Kehon ja liikkeen merkitys keskusteluterapiassa. Teoksessa S. Eronen & P. Lahti-Nuuttila (toim.), *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita* (s. 322-345). Helsinki: Edita.
- Kuusinen, K-L., & Wahlström, J. (2014). Terapiasuhde –muutosprosessin perusta. Teoksessa S. Eronen & P. Lahti-Nuuttila (toim.), *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita* (s. 91-113). Helsinki: Edita.
- Laaksonen, M. (2014). Patient suitability for short-term and long-term psychotherapy. Väitöskirja, THL:n tutkimussarja. Haettu osoitteesta <http://www.julkari.fi/handle/10024/125321>
- Leiman, M. (2014). Psykoterapioiden yhteinen perusprosessi. Teoksessa S. Eronen & P. Lahti-Nuuttila (toim.), *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita* (s. 71-90). Helsinki: Edita.
- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. (2014). Hengitys itsesätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G. & Procacci, M. (2007). Understanding minds: different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 17 (1), 106-119.
- Semerari, A., Colle, L., Pallecchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M. & Pedone, R. (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: correlations with disorder severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders*, 28 (6), 751-766.
- Shai, D. & Belsky, J. (2011a). When words just won't do: introducing parental embodied mentalizing. *Child Development Perspectives*, 5 (3), 173-180.
- Shai, D. & Belsky, J. (2011b). Parental embodied mentalizing: let's be explicit about what we mean by implicit. *Child Development Perspectives*, 5 (3), 187-188.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York: The Guilford Press.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, 7, (3), 269-281.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Toskala A. & Hartikainen K. (2005). *Minuuden rakentuminen. Psykkinen kehitys ja kognitiivis-konstruktivistinen psykoterapia*. Keuruu: Otava.
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. New York: Viking Books.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York: Psychology.
- Young, J. E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford.

Laaja-alaiset oppimisvaikeudet kognitiivisessa psykoterapiassa - tapaustutkimus

JANNE SIHVONEN

Tässä tapaustutkimuksessa tarkastellaan kognitiivista psykoterapiaa, jossa potilaana on masentunut aikuinen, jolla on keskimääräistä heikompi älyllinen taso ja laaja-alaisia oppimisvaikeuksia. Kirjallisuuden perusteella henkilöillä, joilla on laaja-alaisia oppimisvaikeuksia, on tavanomaista enemmän tarvetta psykoterapeuttisiin palveluihin. Heillä on arvioitu myös olevan kykyä hyötyä erityisesti kognitiivisen psykoterapian muodoista. Laaja-alaiset oppimisvaikeudet voidaan ottaa huomioon kognitiivisen psykoterapian prosesseissa. Tutkimuksessa tarkasteltavassa psykoterapiassa käytettiin CBT-mallia, joka on kehitetty erityisesti henkilöille, joiden kognitiivinen taso on tavanomaista alhaisempi. Mallin mukaisen psykoterapian tehokkuutta masennuksen hoidossa mitattiin VAS- ja BDI-II -menetelmillä ja potilasta haastateltiin hänen kokemuksistaan. Psykoterapia osoittautui tehokkaaksi hoitokeinoksi potilaan masennukseen. Myös potilaan ja terapeutin kokemukset olivat rohkaisevia. Kognitiivisella psykoterapialla voidaan kohentaa psyykkistä hyvinvointia, vaikka potilaalla on laaja-alaisia oppimisvaikeuksia. Aiheen tutkiminen jatkossa laajemmin on tärkeää.

Laaja-alaisille oppimisvaikeuksille ei ole olemassa yhtä selvää sovittua määritelmää. Yleisesti niillä tarkoitetaan epämääräisiä ja vaikeasti määriteltävissä olevia kasautuneita oppimisvaikeuksia, toimintakyvyn puutteita ja kognitiivista heikkoutta. Kognitiivinen suoriutuminen on pääsääntöisesti monella osa-alueella heikkoa. Laaja-alaisissa oppimisvaikeuksissa kyse on erityisiä oppimisvaikeuksia laajemmista oppimisen ongelmista. Tutkimusta laaja-alaisista oppimisvaikeuksista on maailmanlaajuisesti ollut rajallisesti. (Kuikka, Närhi & Seppälä, 2010; Peltopuro, Närhi, Kaartinen & Ahonen, 2010). Tieto on kuitenkin lisääntyvää, kun aihepiiri on alkanut nousta huomion kohteeksi. Se, mitä omista vaikeuksista ajatellaan

ja miten niihin suhtaudutaan, on oleellista. Esimerkiksi masennusoireet liittyvän usein henkilön omiin käsityksiin vaikeuksistaan. Aiemmin koetut vaikeudet voivat lisätä ahdistusta, epävarmuuden tunnetta ja herkistää kielteiselle palautteelle. Ympäristön palautteet ja sisäistetty kriittinen suhtautuminen omaan toimintaan altistavat matalan itsetunnon kehittymiselle. (Nikkanen ym., 2005; Lackaye, Margalit, Ziv & Ziman, 2006; Korhonen, 2010; Seppälä, 2010).

On arvioitu, että kognitiiviset terapiat ja etenkin kognitiivinen käyttäytymisterapia soveltuvat kyseiselle kohdejoukolle, jos erityispiirteet huomioidaan (Taylor, Lindsay & Willner, 2008;

Willner, 2009; Henderson-Laidlaw & Hall, 2020). Henkilöt, joilla on oppimisvaikeuksia, voivat hyötyä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta, joka lisää heidän osallistumistaan, tarjoaa vaihtoehtoja ja kanavan oman itsen ilmaisuun (Stenfert Kroese & Rose, 2011; Cosden, Patz & Smith, 2009). Terapiaa saaneiden kokemus on ollut, että se on ollut hyödyllistä. Toisaalta omat vaikeudet ovat näyttäneet kokemuksellisesti myös terapiassa ja näitä ovat olleet mm. vaikeus kielellistää omia ajatuksia terapeutille, kotitehtävien ja istuntojen unohtaminen, mielensisäisen prosessoinnin hitaus ja vaikeus eritellä psykologisia ongelmia muista ongelmista. (Cosden ym., 2009). Monet interventiot ovat aiemmin korostaneet behavioraalista, käyttäytymisessä havaittavaa muutosta, ei niinkään kognitiivista, ajattelussa tapahtuvaa muutosta. McGillivrayn ja Kershawn (2013) tutkimuksen mukaan käyttäytymisen muovaamisen strategioihin perustuva, kognitiiviseen työskentelyyn perustuva tai molempia hyödyntävä terapia olivat yhtä tehokkaita masennuksen hoidossa henkilöillä, joilla oli lievä kognitiivisen tason heikkous. Automaattiset negatiiviset ajatukset vähenivät merkittävästi enemmän yhdistelmähoitolla. Samoin Hartleyn ym. (2015) tutkimuksessa henkilöt, joilla oli lievästi alentunut kognitiivinen taso, hyötyivät masennuksen psykoterapiassa sekä kognitiivisista että behavioraalisista tekijöistä.

Pert ym. (2013) tutkivat kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta hyötymistä henkilöillä, joilla oli lievä kognitiivinen heikkous. Tuloksissa selvisi, että osallistujat olivat pitäneet tärkeänä mahdollisuutta puhua ongelmistaan terapeutin kanssa ja että terapiasuhde oli ollut tärkeä empatian ja validoinnin kannalta. Hyvä passiivinen sanavarasto eli sanojen ymmärryskyky ennustaa Samsin, Collinsin ja Reynoldsin (2006) tutkimuksen mukaan kykyä tunnistaa erilaisia tunteita ja tuntemuksia sekä kykyä eritellä ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen välisiä yhteyksiä terapiassa. Tämä viittaa kykyyn työskennellä kognitiivisen mallin pohjalta. Cooney, Tunney ja O'Reilly (2018) tuovat katsauksessaan ilmi niitä kognitiivisesta

käyttäytymisterapiasta hyötymiseen liittyviä kykyjä, joita on arvioitu henkilöillä, joilla on oppimisvaikeuksia. Niitä ovat useimmiten olleet kyky erotella ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistä toisistaan, kyky tunnistaa tunteita, kognitiivinen prosessointi sekä tapahtumien ja tunteiden linkittäminen. Tutkimuksia, joissa kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta hyötymistä olisi arvioitu aidossa kliinisessä käytännössä, löytyi vähän. Kognitiivista terapiaa oli kylläkin tutkittu sellaisilla henkilöillä, joilla ei ollut samanaikaista psyykkistä oirehdintaa. Yhteenvedona tutkijat esittävät, että kognitiivisten kykyjen tason arvioinnin sinänsä ei tulisi olla oleellisessa osassa arvioitaessa soveltuvuutta kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, koska vaarana on, että terapiasta hyötymiskykyä aliarvioidaan.

Stottin, Charlesworthin ja Sciorin (2017) systemaattisen katsauksen mukaan tähän asti käytetyt arviointimenetelmät kognitiivisesti keskimääräistä heikompien henkilöiden sopivuudesta kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan vaativat lisäkehittämistä. James (2017) toteaa katsaustutkimuksessaan, että kognitiivista käyttäytymisterapiaa on tarpeen edelleen tutkia oppimisvaikeuksiin liittyvän masennuksen hoidossa, mutta että olemassa olevan tiedon perusteella arvioituna se voi olla hyödyksi masennuksen hoidossa. Tutkimusasetelmien metodologiset haasteet ovat vähentäneet tiedon varmuutta toistaiseksi.

On näyttöä siitä, että oppimisvaikeudet eivät ole kategorinen este psykoterapialle, ja että siten ei ole perusteita sulkea psykoterapian ulkopuolelle henkilöitä, joilla niitä on (Taylor, 2010; Lewis, Lewis & Davies, 2016). Kognitiivisten terapeuttien on tärkeää tiedostaa kyseisen potilasjoukon olemassaolo ja heidän yksilölliset tarpeensa, jotta tarjottava terapiatyöskentely voidaan muokata soveltuvaksi. Ongelmana on ollut, että soveltuvaa terapiaa ei ole ollut kovin helposti saatavilla (mm. Marwood, Chinn, Gannon & Scior, 2018). Aihe on ajankohtainen, sillä laaja-alaisen oppimisvaikeuksien kanssa samanaikaisesti esiintyvää psyykkisen tuen ja hoidon tarvetta on alettu tunnistaa ja tiedostaa

aiempaa paremmin. Kognitiivisten psykoterapioiden käyttöä on tärkeää tuoda esille ja tutkia erilaisten spesifien terapiamallien hyödyttävyyttä kyseiselle kohdejoukolle.

Laaja-alaiset oppimisvaikeudet ja psyykkinen hyvinvointi

Laaja-alaisille oppimisvaikeuksille ei ole omaa luokkaansa kansainvälisessä tautiluokituksessa, joten diagnoosit tämän suhteen voivat vaihdella. Laaja-alaisen oppimisvaikeuksien yhteydessä saatetaan käyttää monimuotoisten kehityshäiriöiden diagnoosia. Toisaalta laaja-alaisia oppimisvaikeuksia omaavalla henkilöllä voi olla useampia eri diagnooseja. (Nukari, 2010). Laaja-alaisia oppimisvaikeuksia voidaan luonnehtia siten, että yleinen älykkyystaso on kehitysvammaisuuden tason yläpuolella, mutta kuitenkin keskimääräisen suoriutumisen alapuolella. (Kuikka, Närhi & Seppälä, 2010). Tällaista kognitiivista heikkoutta kokevilla henkilöillä ei välttämättä oleriittävä äymmärrystä omista kognitiivisista vaikeuksistaan, joten he eivät esimerkiksi erilaisia psykososiaalisia palveluja hakiessaan kykene itse kertomaan niiden olemassaolosta.

Poikkeava keskushermoston kehitys ja toiminta lisäävät riskiä sille, että henkilölle tulee jossain kehityksensä vaiheessa tavanomaista enemmän tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä. Oppimisvaikeuksien ja psyykkisen hyvinvoinnin ongelmien on todettu esiintyvän usein yhdessä. Riski psyykkisille häiriöille on jopa 3-7 kertaa suurempi kuin tavanomaisesti kehittyvillä lapsilla ja nuorilla. (Korhonen, 2010). Psyykkisen hyvinvoinnin ongelmat vaikuttavat aloitekykyyn, keskittymiseen, muistiin ja päättelykykyyn. Täten ne voivat voimistaa oppimiseen liittyviä vaikeuksia. Aina ei ole helppoa selvittää syy-seuraussuhdetta (Korkeamäki, 2010; Arthur, 2003). Erilaisten sisäisten ja ulkoisten stressitekijöiden käsittely on haastavaa henkilöille, joilla on lievää kognitiivisen tason heikkoutta. Kognitiivinen heikkous heikentää mahdollisuuksia tulla toimeen muutosten edessä. Emotionaaliset jännitteet ja sopeutumisen

haasteet altistavat psyykkiselle kuormittumiselle. (Hassiotis & Turk, 2012; Masi, Marcheschi & Pfanner, 1998). Psyykkisen hyvinvoinnin ongelmat voivat korostaa oppimisvaikeuksien merkitystä toteutuvalle toimintakyvyille.

Oppimisvaikeuksiin liittyy useita psyykkisen hyvinvoinnin häiriöille altistavia tekijöitä. Tyypillisiä ovat erilaisuuden tuntemukset, sosiaaliset vaikeudet ja matala itsetunto. Riskitekijänä on myös vaikeus ilmaista mielenpiteitä ja tunteita kielellisesti. Vaikeat tilanteet, toistuvat turhautumiset ja pettymykset yrittämisestä huolimatta vaikuttavat itsetuntoon, mielialaan ja motivoitumiseen. Mieliala voi vaikuttaa siihen, pidetäänkö jatkossa ulkoisia vaatimuksia haasteina vai uhkina. Jos ne koetaan uhkina, niitä voidaan alkaa vältellä. Kun usko omaan osaamiseen on vähäinen, henkilö asettaa tavoitteensa varovaisesti. Keskittymisvaikeudet, jännitys, epävarmuus ja vetäytyminen voivat osin juontaa oppimiseen liittyvään ahdistuneisuuteen. (Korhonen, 2010; Seppälä, 2004; Biswas & Furniss, 2009; Evans & Allez, 2018).

Ahdistuneisuus synnyttää helposti noidankehän, jolloin omat vaikeudet tuntuvat entistäkin suuremmilta. Tällöin ratkaisukeinojen löytyminen omin voimin voi olla erityisen hankalaa. Sosiaaliset ja emotionaaliset vaikeudet, erilaisuuden tunteet, turhautuminen, epäonnistumisen pelko, häpeän tunne ja välttely lisäävät psyykkistä taakkaa. (Biswas & Furniss, 2009; Giraud-Saunders, 2011; Evans & Allez, 2018). Voidaan arvioida, että edellä kuvatut kokemukset tallentuvat muistiin emotionaalisina kokemuksina ja nousevat potentiaalisesti mieleen uusissa tilanteissa eli ne toimivat emotionaalisten traumojen tavoin (Azam, Sinai & Hassiotis, 2009; Stenfert Kroese ym., 2016).

Masennuksen riski nuorilla heikkotasoisilla henkilöillä on todettu kaksin- tai kolminkertaiseksi verrattuna muihin. Muita lievää kognitiivisen heikkouden yhteydessä esiintyviä häiriöitä voivat ovat mm. ahdistuneisuus, pelot, muut neuroottiset häiriöt sekä käytös- ja persoonallisuushäiriöt. (Garaigordobil & Perez, 2007). Alkoholin päihde-

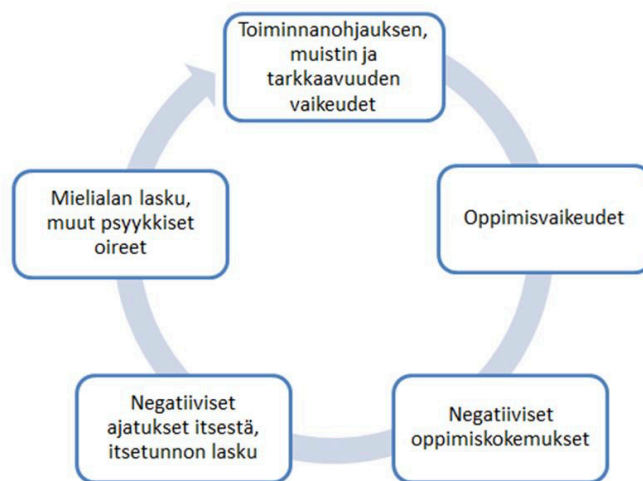
käytön yleisyydestä on ristiriitaisia tuloksia, sillä luvut ovat vaihdelleet 2,5-22,5 % välillä. Päihdekäyttö ei välttämättä ole yleisempää kuin muussa väestössä, vaikka usein oletetaan oppimisvaikeuksien tai kognitiivisen heikkouden olevan yhteydessä päihteiden käyttöön. (Kouimtsidis ym., 2017). Psykoositasoisia sairauksia esiintyy, mutta niiden yleisyys ei näyttäisi poikkeavan muusta väestöstä. On myös tuotu ilmi, että tavanomaisten diagnostisten menetelmien käytössä on osaltaan haasteellisuutta, joten tulokset voivat olla epävarmoja. (Moss ym., 2000; Haddock, Lobban, Hatton & Carson, 2004).

Lammi-Hiltusen (2010) laaja-alaisia oppimisvaikeuksia koskevan tutkimuksen aineistossa 62 % tutkimukseen osallistuneista arvioitiin haastatteluissa sellaisiksi, joilla ei ollut erityisiä psyykkisiä oireita. Lieviä psyykkisiä oireita oli tutkimushetkellä 22 %:lla ja 16 %:lla oli oireita, joilla oli jonkin verran merkitystä työkyvyn kannalta. Psykiatriset diagnoosit, joita henkilöille oli asetettu, olivat masennus, ahdistus, sosiaalisten tilanteiden pelko ja estynyt persoonallisuus. Psykoositasoisia diagnooseja ei ollut kenelläkään. Tutkittavat raportoivat oirekyselyllä huomattavasti enemmän ongelmia kuin mitä asetetut diagnoosit ilmensivät. Eniten raportoitiin erilaisia pelkoja, alemmuuden ja

riittämättömyyden tunteita, psykosomaattisia oireita sekä mielialan alavireisyyttä. Tutkittavat kuvasivat syiksi ajankohtaisen tilanteen ja tulevaisuuden epäselvyyden. Tutkimuaineistossa neljäsosalla oli tai oli ollut psykiatrinen hoitokontakti.

Psyykkisen hyvinvoinnin häiriöt vaikuttavat kognitiivisiin, motivationaalisiin, emotionaalisiin ja sosiaalisiin valmiuksiin (Moss ym., 2000). Syntyneisiin ongelmiin liittyy häpeän ja syyllisyyden tunteita, jotka hankaloittavat sosiaalista vuorovaikutusta entisestään. Psyykinen energia kuluu näiden asioiden intrapsyykkiseen prosessointiin. (Lackaye ym., 2006; Azam, Sinai & Hassiotis, 2009). Jos luottamus itsen tai omaan oppimiseen on heikkoa, henkilö ei saa kaikkea potentiaalista osaamistaan esiin. Itsetunnon tilaa voidaan tarkastella kuuntelemalla ja tarkastelemalla sitä, miten henkilö omista suorituksistaan ja kyvyistään puhuu. Kognitiivisesti keskimääräistä heikompien nuorten minäkäsityksellä on erityisen keskeinen osuus pystyvyyden ja emotionaalisen itsenäisyyden kannalta (Majorano, Brondino, Morelli & Maes, 2017).

Kuvaajaan 1 on laadittu kliinisten kokemusten ja olemassa olevan teoria- ja tutkimustiedon pohjalta kehämalli siitä, miten oppimisvaikeudet



Kuvaaja 1. Oppimisvaikeuksien ja psyykkisten oireiden kehämalli.

ja niiden taustatekijät johtavat psyykkisiin oireisiin. Psyykkiset oireet osaltaan voimistavat oppimisvaikeuksien taustatekijöiden vaikutusta, esimerkiksi toiminnanohjauksen vaikeutumisen kautta. Oppimiseen liittyvät toistuvat epäonnistumisen kokemukset aiheuttavat helposti itsetunto-ongelmia ja johtavat negatiiviseen käsitykseen itsestä oppijana. Tästä aiheutuu siten huomattava este kaikelle myöhemmällekin oppimiselle elämän aikana.

Cosdenin, Patzin ja Smithin (2009) tutkimuksen aineiston mukaan psykoterapiaa saaneista oppimisvaikeuksia omaavista henkilöistä 38 % oli saanut terapiaa masennuksen, 56 % ahdistuneisuuden, 50 % perheeseen liittyvien pulmien ja 69 % opiskeluvaikeuksien johdosta. Oleellista näiden henkilöiden psykoterapian onnistumiselle on, että kykenee puhumaan vaikeuksistaan ja tekemään päätelmiä omasta toiminnastaan, sen tehokkuudesta ja tehotuomuksesta, jolloin omien ajatteluprosessin arviointi on mahdollista. Joitakin erityisiä näkökohtia kuitenkin on syytä huomioida. Puheen tuottamiseen tai ymmärtämiseen saattaa liittyä erityisvaikeuksia, jotka on syytä ottaa huomioon. Terapiaa ohjaavat ongelmien tunnistaminen, käsitteellistäminen ja reformulaatio, kuten muutoinkin kognitiivisessa terapiassa. (Willner, 2009). Terapeuttisia interventioita voivat olla esimerkiksi tunteiden tunnistaminen ja nimeäminen, rooliharjoitukset, päiväkirjatyöskentely, itsearviointi ja kotitehtävät (Jahoda, Dagnan, Jarvie & Kerr, 2006). Terapiassa vahvistetaan itsereflektiota, uudenlaisia toimintatapoja ja vaihtoehtoisten merkitysten antamista (Evans & Allez, 2018). Haddockin ja Jonesin (2006) mukaan vain harvat kognitiiviset psykoterapeutit ovat antaneet terapiaa henkilöille, joilla on laajoja oppimisvaikeuksia. Taustalla voi toisinaan olla tiedon puute tai väärä käsitys. Osasyynä voi olla myös, että kyseiseen kohdejoukkoon kuuluvia ohjataan psykoterapiaan harvemmin kuin muita. Terapiaa ei kuitenkaan ole välttämättä tarpeen muuttaa huomattavan paljoa, jotta se soveltuisi kyseessä olevalle kohdejoukolle (Taylor, Lindsay & Willner, 2008; Oathamshaw & Haddock, 2006).

Tässä tapaustutkimuksessa tarkastellaan kognitiiviselta tasoltaan keskimääräistä heikomman jäsenteen aikuisen kognitiivista psykoterapiaa, jossa työskentelyä ohjaavana runkona toimii CBT-malli (Hassiotis, Serfaty, Azam, Martin, Strydom & King, 2012), joka huomioi kognitiivisen heikkouden ja oppimisen haasteet.

Tämän tutkimuksen kysymyksenasettelut ovat seuraavat:

1. Millainen on käytetyn CBT-mallin vaikuttavuus masennuksen oireisiin?
2. Millaisia ovat potilaan kokemukset psykoterapiasta?
3. Millaista työskentely mallin mukaan on terapeuttin näkökulmasta?

Tavoitteena on tuottaa sisällöllistä tietoa aihepiiristä, lisätä ymmärrystä aiheesta ja tuoda psykoterapeuttisen tuen erilaisia näkökulmia esille sekä tarkastella tulosten kautta mahdollisuuksia kognitiivisen psykoterapian ja kyseisen mallin hyödyntämiseen jatkossa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto koostuu yhden potilaan psykoterapian istuntojenteista, lomakkeista ja kyselyjen tuloksista sekä haastattelusta. Tapauksena tässä tutkimuksessa on noin 35-vuotias mies, jolla on laaja-alaisia oppimisvaikeuksia. Potilaskertomusmerkinnöissä mainitaan aiemmin käytössä ollut älykkyyden luokituksen termi *heikkolahjaisuus*, joka tarkoittaa älykkyydosamäärää 68-85. Tarkempaa tietoa potilaan älyllisen suoriutumisen tasosta ei ollut saatavilla. Tutkimuspotilas antoi kirjallisen luvan käyttää terapiaistuntojen materiaalia tässä tutkimuksessa ja artikkelissa. Kaikki terapiaistunnot äänitallennettiin. Terapiaan ohjaavan lääkärin mukaan potilaalla oli mielen päällä asioita, jotka olivat altistaneet masennukselle. Potilaalla oli käytössään

mielialalääke, jota on käyttänyt jo yli vuoden. Potilas oli alle kouluikäisenä joutunut auto-onnettomuuteen ja tämän johdosta hänen kognitiivinen kehityksensä ei ole edennyt normaalisti. Potilas oli käynyt koulun erityiskoulussa ja saanut aikuistuttuaan työkyvyttömyyseläkkeen. Potilaan isä oli kuollut äkillisesti potilaan ollessa noin 10-vuotias ja potilas oli mennyt sen jälkeen sijaisperheeseen äidin sairastaessa vaikeaa psyykkistä sairautta. Äiti oli kuollut vuotta ennen potilaan psykoterapian alkamista. Potilas ei ollut aiemmin saanut psykoterapiaa.

Istuntoja oli 20 mukaan lukien ensimmäinen tutustumisistunto, jossa sovittiin terapian alkamisesta ja viimeinen, joka oli seurantakäynti kolme kuukautta tiiviiden käyntien päätyttyä. Ennen varsinaisen psykoterapian aloittamista tutustumiskäynnillä terapeutin luona potilas sai BDI-II -masennuskyselyssä (Beck, Steer & Brown, 2004) 21 pistettä. Korkeimmat pisteet tulivat unettomuudesta ja depressiivisestä ajatusten sisällöstä. Potilaalla oli ollut enenevästi ajatuksia omasta tyhmyydestä ja kognitiivisen suorituskyvyn heikkoudesta. Ilmeni, että potilaalla oli kasautunut erilaisia asioita, joita oli hautonut mielessään. Kyky omin voimin käsitellä asioita oli ilmeisen rajallinen. Potilas oli alkanut eristäytyä ja ihmiskontaktit olivat vähentyneet aiemmasta. Suru ja apeus olivat vaikuttaneet toimintatarmoon. Siten myös voimavaroja lisäävät asiat, kuten harrastaminen, olivat jääneet. Käsitelmä itsestä oli muuttunut negatiivisemmaksi. Oiretasolla potilas kuvasi mielialan laskun oireina itkeskelyä ja itkuherkkyyttä, aikaansaamisen alenemaa, väsymystä, lepäämisen lisääntymistä. Potilas täytti BDI-II -kyselyn vielä neljään otteeseen psykoterapian aikana. Sen on todettu kykenevän luotettavasti erottelemaan kliinisesti masentuneet henkilöt ei-masentuneista (Beck ym., 2004). Mittari on yksi yleisimmin käytetyistä menetelmistä masennuksen seulonnassa.

Tutustumiskäynnillä käytettiin myös VAS-menetelmää (Visual Analogue Scale), joka pyrkii mittaamaan potilaan subjektiivista kokemusta

helpolla ja yksinkertaisella tavalla. Potilas merkitsi paperilla olevaan horisontaaliseen 10cm pituiseen janaan kohdan, johon hän itsensä sijoitti. Toisessa päässä janaa oli yksinkertaistettuna graafiset surulliset kasvat ja toisessa iloiset kasvat. Kysymys, joka esitettiin, oli: ”Millainen olotila sinulla on tänään?” Janan toisen pään kerrottiin kuvaavan huonointa mahdollista ja toisen pään parasta mahdollista tilannetta, ja että vastauksen saa merkitä mihin tahansa kohtaan janaalla. Tutustumiskäynnillä tulos oli 4,5. VAS-janaa käytettiin myöhemmin psykoterapiassa joka istunnon yhteydessä.

Psykoterapiassa käytettiin Hassiotisin ym. (2012) Lontoossa (University College London, UCL) kehittämää CBT-mallia. Kyseessä on psykoterapiamalli masennuksen ja/tai ahdistuksen hoitoon ja siinä pyritään huomioimaan keskimääräistä heikompi älyllinen suoriutuminen, ei vain yksittäisiä erityisiä oppimisvaikeuksia. Malli ja sen oheismateriaaleja suomennettiin tarvittavilta osiltaan tätä kyseistä tutkimusta ja sen psykoterapiatapausta varten. Tutkija itse teki käännöksen. Hassiotisin työryhmä on laatinut käsikirjan ja siihen liittyvää materiaalia, kuten psykoedukatiivisia esitteitä ja lomakkeita terapiatyöskentelyyn. Mallissa sisältöinä ovat mm. kommunikointi, psykoedukaatio, ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen linkittäminen sekä kognitiiviset ja behavioraaliset menetelmät. Lisäksi työryhmä on laatinut lyhyen omaisten ja hoitajien oppaan.

Kyseinen malli jakaantuu ohjeelliseen kolmeen vaiheeseen, jotka ovat alkuvaiheen istunnot (1-4), keskivaiheen istunnot (5-14) ja loppuvaiheen istunnot (15-18). Psykoterapian alkuvaiheeseen lukeutuvat mm. psykoedukaatio, tavoitteiden määrittely ja potilaan toivomien aihepiirien kartoitus. Keskivaiheen työskentelyssä käsitellään mm. ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen linkittymistä, tunnistetaan omia tunteita ja tarkastellaan tavoitteiden saavuttamisen edellyttämää muutosta ajattelussa.

Loppuvaiheessa keskitytään tavoitteiden arviointiin ja työskentelyn päättämiseen.

Käsikirjan aineisto ja lomakkeet ovat tekijänoikeussuojattuja. Lomakkeet ovat mukana tulevalla CD-ROM -levyllä pdf-muodossa. Itse käsikirjassa ne esitetään pikkukuvina. Aineiston hyödyntäminen omassa käytössä on luvallista, mikäli terapeutti tai hänen organisaationsa on hankkinut aineiston käyttöönsä. Niiden julkinen levittäminen aika- ja paikallisen käyttöä ei ole luvallista.

Tutkimuksessa toteutetussa psykoterapiassa hyödynnettiin taulukon 1 mukaisia kyseiseen malliin kehitettyjä apulomakkeita ja materiaaleja.

Hassiotisin ym. (2012) mukaan yksilöllinen soveltuneisuusymmärtämisen tason, itseilmaisun tason ja itsesätelyn keinojen suhteen on syytä huomioida mallia toteutettaessa. Kaikki menetelmät eivät välttämättä sovellu kaikille ja tässä on siten noudatettava harkintaa. Terapian alkuvaiheessa potilaan ominaisuuksiin on perehdyttävä. Mallin kehittäjät suosittelivat kohtalaisen käytännönläheistä lähestymistä aluksi. Terapeuttin on syytä edetä siten, että uudet asiat ja termit opetetaan tutustumalla niihin ensin. Toiset potilaat saattavat tarvita visuaalisia apukeinoja. Terapiassa voidaan edetä myös tavanomaista hitaammalla tahdilla, rauhassa ja asioita useampaan kertaan läpi

käyden ja toistaen. Annettava psykoedukaatio on tarpeen mukauttaa potilaan tarpeisiin soveltuvaksi. Nämä seikat huomioitiin tässä tapaustutkimuksessa.

Kyseisen CBT-mallin käsikirjassa tuodaan esille myös hyvän terapeutin ominaisuuksia, kuten lämpö, kontaktin laatuun panostaminen, terapeuttisen allianssin muodostuminen, aito kiinnostuneisuus, empaattisuus ja herkkyyys kulttuurisille ilmiöille. Kommunikoinnissa potilaan kanssa tulee huomioida heidän erityistarpeensa. Joillakin voi olla kielellisen tuottamisen tai ymmärtämisen hankaluuksia. Prosessoinnin hitaus haittaa joskus kommunikointia. Abstraktien termien ymmärtäminen on todennäköisesti pulmallista. Usein tämän kohdejoukon henkilöt ovat elämänsä varrella oppineet peittämään ymmärtämisen vaikeutensa kommunikaatiotilanteissa. Tämä voi tapahtua käyttämällä joitakin ulkoa opittuja ja tilanteeseen näennäisesti sopivia lauseita tai ilmaisuja, jotka luovat muille vaikutelman ymmärtämisestä. Jotta terapia voisi olla tuloksellista ja toimia potilaalle oppimiskokemuksena, on tarpeellista tunnistaa kommunikaation pulmakohdia ja varmistaa potilaan aitoa ymmärtämistä. Psykoedukaatiossa ja kognitiivisen mallin

Taulukko 1. Psykoterapiassa käytetyt lomakkeet ja materiaalit.

<i>Suomennettu nimi</i>	<i>Alkuperäinen nimi</i>
Tavoitteeni	My goal
Mistä haluan puhua	I want to talk about
Mitä on masennus	What is depression
Hyvät ja huonot asiat elämässäni	Good things in my life/Things I am not happy about
Tilanne josta pidin	Good times (One situation I really enjoyed)
Tilanne joka oli hankala	Bad times (One situation I found hard)
Tunteet	Feelings
Uusi ajattelutapa	A different way of thinking
Ajatukset, tunteet ja toiminta	Linking thoughts, feelings and behaviours
Tärkeät ihmiset	Important people in my life
Mitä opin	Things I learned in CBT

esittelyssä potilaalle saattaa olla tarpeen opettaa uusia käsitteitä niihin riittävästi perehtyen ja asiaa myös toistaen, jotta ne toimivat terapiatyöskentelyn pohjana. (Hassiotis ym., 2012). Kontaktin laatuun potilaan kanssa pyrittiin panostamaan tämän tutkimuksen psykoterapiatyöskentelyssä. Asioita käytiin toistaen läpi ja varmistettiin, että potilas on ymmärtänyt.

Psykoterapiassa toteutui rauhallinen etenemisen tahti. Potilas kykeni itsenäisesti kommunikoimaan ja puhe oli selkeää. Hänen vireystilansa oli kaikilla istunnoilla riittävä ja hän oli kiinnostunut työskentelystä. Käsikirjan mukaan terapeutin ja potilaan keskinäistä ymmärtämistä voidaan tehostaa ja jos terapeutti ei ole ymmärtänyt, mitä potilas sanoo, terapeutin ei ole syytä esittää ymmärtäneensä. Asian voi esittää potilaalle siten, että potilas ei tule syyllistetyksi ja koe itseään huonoksi. Terapeutti voi esimerkiksi todeta, että hänen itsensä on joskus vaikea ymmärtää mitä potilaat sanovat, ja sitten pyytää potilasta sanomaan asian uudelleen. Terapeutin on hyvä antaa potilaalle riittävästi aikaa vastauksen muodostamiseen. Terapeutin on tarpeen kuunnella erityisen tarkkaavaisesti ja katsoa potilaaseen luontevasti aina kun hän puhuu. Jos kommunikaation ja ymmärtämisen vaikeudet ovat huomattavan suuria, on mahdollista hyödyntää jonkin sellaisen henkilön apua, joka jo on tottunut kommunikoimaan potilaan kanssa. Myös potilaan yleinen vireystaso ja ajankohtainen kiinnostuneisuus keskusteluun huomioidaan. Terapian edetessä terapeutti oppii tuntemaan kyseisen potilaan yksilölliset piirteet, puhutavan, tyypilliset ilmaisut, nonverbaalisen kommunikaation ja kykenee näiden pohjalta sopeuttamaan kommunikaatiota sopivan tasoiseksi. (Hassiotis ym., 2012).

Työskentelyssä kanssa hyödynnettiin kognitiivisia menetelmiä virheiden tunnistamiseksi omassa ajattelutavassa ja etsittiin keinoja niiden korjaamiseen. Tunnettyöskentelyssä psykoterapiamallissa on etupäässä tunteiden tunnistamista ja nimeämistä sekä niiden esiintymisen tunnistamista eri tilanteissa. Tunnettyöskentelyn

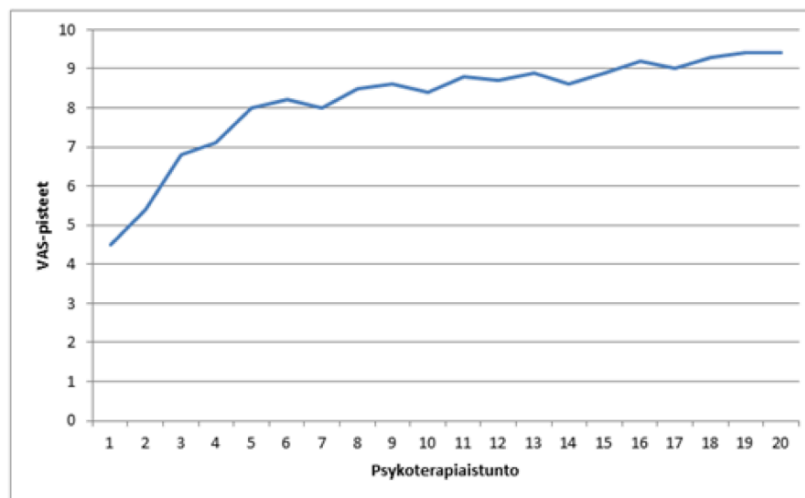
peruslomakkeena toimi Tunteet-lomake, jossa eri tunteita on esitetty realistisina kasvokuvina ja sanallisesti nimettyinä. Ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen suhteiden tarkastelua tulee Hassiotisin ym. (2012) mukaan hyödyntää oleellisena osana terapiaa. Kognitiivinen malli toteutui tämän tutkimuksen psykoterapiassa.

Loppuvaihetta kohden potilasta valmisteltiin terapiajakson päättämiseen. Eri tavoin tehtiin yhteenvetoa tapahtuneesta muutoksesta ja terapiatyöskentelystä yleensä. Potilaan omaksumia asioita kerrattiin yhdessä. Tunteet huomioitiin kartoittamalla terapian päättämiseen liittyviä tunteita. Jatkoa ajatellen laadittiin suunnitelma relapsien varalle. Psykoterapian loppupuolen istunnoilla 18 ja 19 potilasta haastateltiin hänen kokemuksistaan psykoterapiasta, siinä tapahtuneesta työskentelystä ja omista havainnoista tapahtuneesta muutoksesta.

Tulokset

Käytettyjen mittareiden perusteella terapia oli tuloksellista. VAS-menetelmää käytettiin joka kerralla istunnon alkupuolella. Kuvaajasta 2 huomataan, että potilas alkoi jo varhain alkuvaiheessa kokea olonsa paremmaksi, vaikkakin lähtötilanne oli alle keskitason.

BDI-II -pisteet olivat lähtötasossa koholla siten, että normien mukaan ne viittasivat masennustilaan. Pisteet laskivat kuitenkin seurannan mittaan huomattavasti, kuten kuvaajasta 3 havaitaan. Tilanteessa tapahtui nopeaa oirehelvotusta. Lopulta pisteet olivat jopa hyvinkin alhaiset eli vain yksi pistettä. Potilas on kykenevä lukemaan, joten lukutaidolla ei pitäisi tässä yhteydessä olla merkitystä. On mahdollista, että kyselylomakkeen kohdalla jokin vastaustendenssi on ohjannut potilaan vastaamista. Ei ole poissuljettua, että hän ei ole täysin kaikkia kohtia ymmärtänyt. Varsinkin kun hän saattoi samalla istunnolla, jolloin hän oli täyttänyt kyselyn pienillä pistemäärillä,



Kuvaaja 2. VAS-pisteet (Visual Analogue Scale 0-10) psykoterapiaistunnoilla.

kertoa asioista, jotka viestivät alakuloisuutta tai ovat yleensä ihmisille ei-toivottuja. Sinänsä VAS- ja BDI-II-tulokset tukevat kuitenkin toisiaan. Oppimisvaikeuksia kokevien henkilöiden mielialan tutkimiseen tulisi jatkossa kehittää menetelmiä. Seurantakäynnillä (istunto 20), joka oli kolme kuukautta edellisestä käynnistä, ilmeni, että potilaan psyykinen vointi oli säilynyt ennallaan.

Potilaan kokemukset psykoterapiasta olivat positiivisia haastattelun perusteella. Tämä myös tukee mittareiden tuloksia. Tärkeäksi seikaksi terapiassa hän nosti mahdollisuuden puhumiseen.

Tämän lisäksi hän kykeni havaitsemaan muutoksen ajattelussa tai ajattelutavassa. Osan työskentelystä hän oli kokenut vaikeaksi, osan helpoksi.

Seuraavassa katkelma potilaan haastattelusta istunnolla 19 hänen kokemuksistaan terapiasta.

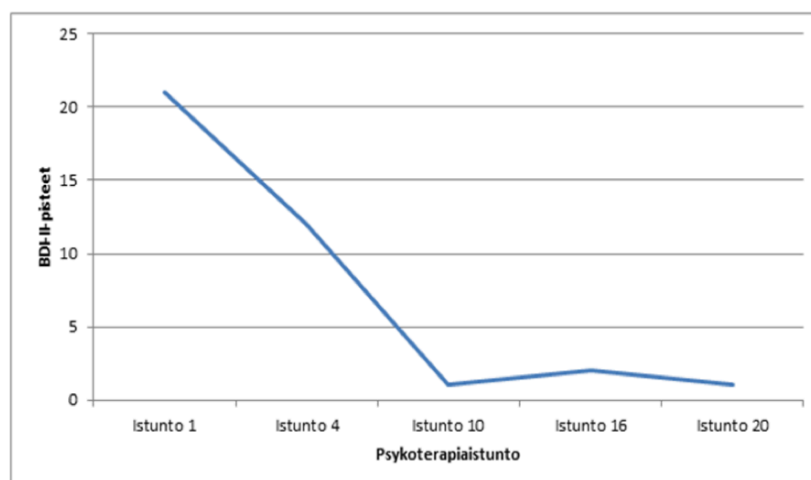
Terapeutti: Millaista on ollut käydä täällä terapiassa?

Potilas: Ihan kivaa.

Terapeutti: Onko tästä ollut hyötyä?

Potilas: On.

Terapeutti: Joo. Mikä sulle on ollut eniten



Kuvaaja 3. BDI-II-pisteet viidellä psykoterapiaistunnolla.

avuksi?

Potilas: Varmaan se kun on saanut puhua asioista.

Terapeutti: Puhuminen on tuntunut auttavalta. Usein se onkin tärkeää että saa terapiassa puhua mieltä painavista asioista. Mitä muuta hyvää terapiassa on ollut?

Potilas: En nyt oikein osaa sanoa

Terapeutti: Onko joku muu kuin puhuminen ollut hyödyksi tai avuksi tilanteessasi... jos mietit sitä tilannetta kun tulit, niin miten asiat silloin olivat?

Potilas: No en oo ennen osannu ajatella niitä asioita silleen mitä täällä on käyty läpi.

Terapeutti: Siinähan olemme käyttäneet apuna näitä joitakin lomakkeita, mitä ollaan sitten täytelty ja osa on ollut sulla kotona tehtävänä ensin. Osaatko sanoa onko jokin näistä ollut sinulle erityisen paljon avuksi tai hyödyksi?

Potilas: Mitä niitä nyt olikaan?

Terapeutti: Tässä pöydällä on nää kaikki, voit katsoa niitä.

Potilas: Varmaan niistä kaikista on jotain hyötyä ollut, ei sitä pysty tarkemmin sanomaan.

Terapeutti: Onko ne ollu helppoja vai vaikeita?

Potilas: Osa helppoja.

Terapeutti: Mutta ei kaikki?

Potilas: No osaan en osannu ite laittaa mitään jos se oli mulla kotona.

Terapeutti: Mutta sitten kun ollaan täällä yhdessä katsottu niin olet saanut niihin kaikkiin jotain laitettua. Se on tosi hienoa. Mitä tuumit, onko tästä terapiassa käymisestä ollut jotain haittaa?

Potilas: Ei ole.

(Istunto 19)

Terapian tavoitteet määriteltiin Tavoitteeni-lomakkeen avulla tavoitekeskustelun yhteydessä taulukon 2 osoittamalla tavalla.

Loppuvaiheessa käytiin keskustelu tavoitteista seuraavasti.

Terapeutti: Katsotaan vielä tätä tavoitelomaketta, johon määrittelit tavoitettasi terapialle. (Terapeutti kertaa lomakkeen tiedot kohta kohdalta)

Terapeutti: Tavoitteesi oli siis parempi olotila. Onko tämä tavoite toteutunut?

Potilas: On se.

Terapeutti: Mistä huomaat sen?

Potilas: Ei tuu semmosta itkusta oloa enää.

Taulukko 2. Potilaan tavoitetta koskevat merkinnät tavoitekeskustelun jälkeen

<i>Tavoitteeni: On parempi olotila</i>	
Mitä teen muutoksen hyväksi:	Lakata ajattelemasta painavia ajatuksia Voisin liikkua enemmän Ajattelen jotain muuta Pyydän vaimoa olemaan kertomatta anopin puheista
Kuinka tärkeä tavoitteeni on:	Tärkein (monivalintakysymys)
Tiedän saavuttaneeni tavoitteeni kun:	Olen iloisempi En ajattele vanhoja asioita niin paljon En olisi niin hermostunut Kävisin ihmisten luona

Terapeutti: Oletko käynyt ihmisten luona enemmän?

Potilas: Olen.

Terapeutti: Entä tämä vanhojen asioiden ajatteleminen... onko tässä asiassa tapahtunut jotain muutosta?

Potilas: No ei tule enää mietittyä kaikkia menneitä.

Terapeutti: Miten olet tässä onnistunut?

Potilas: Hyvin.

Terapeutti: Joo eli mikä on auttanut siihen, ettei enää tule niin mietittyä kaikkia vanhoja asioita?

Potilas: Se kun on saanut täällä puhua.

Terapeutti: Muutoksen hyväksi ajattelit myös, että pyydät vaimoa olemaan kertomatta anopin puheluista ja että ajattelet muita asioita. Ovatko nämä onnistuneet?

Potilas: Juu.

Terapeutti: Mites tuo liikkuminen, onko se lisääntynyt?

Potilas: On se. Olen käynyt pyöräilemässä ja kävelen kanssa joka päivä.

(Istunto 18)

Tavoite, jonka potilas asetti itselleen, toteutui. Potilas oli valmis tekemään määrittelemiään asioita tavoitteen saavuttamiseksi. Hän keskusteli vaimonsa kanssa, kävi kalastamassa ja liikkumassa ja oli enemmän ihmisten kanssa tekemisissä.

Terapeutin kokemuksen mukaan malli toi psykoterapiatyöskentelylle hyvän pohjan, jonka varassa edetä. Kognitiivisten tekniikoiden hyödyntämiselle malli antoi myös rohkeutta huolimatta potilaan vaikeuksista. Terapeutin kokemukset psykoterapiatyöskentelystä olivat positiivisia. Apulomakkeita on käsikirjan materiaaleissa runsaasti ja terapiassa niitä voitiin hyödyntää soveltuvien osien. Osaa voidaan myös korvata jo olemassa olevalla materiaalilla, kuten esimerkiksi masennuksen psykoedukaatiossa. Tässä terapiassa potilaalle annettiin täydennyksenä valmis selkoesite masennuksesta.

Tässä psykoterapiaprosessissa toteutui rauhallinen eteneminen ja siinä korostuivat selkeys ja struktuuri. Tilaa tarjottiin pitkin terapian kulkua myös spontaanille puheelle,

mikä oli potilaalle tärkeää ja tarpeellista. Samoista aiheista oli tarpeen puhua uudelleenkin. Potilas koki tärkeänä, että sai puhua asioista, jotka mieltä painoivat. Lopulta potilas koki saaneensa puhua tarpeeksi. Psykoterapian alkuvaiheessa potilaalle annettiin kotitehtävänä lomake, johon hän sai kirjoittaa tai piirtää asiat, joista halusi terapiassa puhua.

Terapeutti: Sait viimeksi sen kotitehtävän, sen lomakkeen mukaasi. Muistatko?

Potilas: Juu-u.

Terapeutti: Muistitko täyttää sitä kotona?

Potilas: Emmää siihen saanu mitään keksittyä.

Terapeutti: Oliko se vaikea?

Potilas: No emmää tiedä, emmää oikee tienny mitä siihen niinku laittas ja sit se unohtuki.

Terapeutti: Ei se haittaa. Voimme katsoa sitä nyt tässä yhdessä vielä. Onks sulla se mukana nyt?

Potilas: Juu tässä se on. (kaivaa taskusta paperin ja antaa terapeutille)

Terapeutti: (asettaa lomakkeen pöydälle molempien nähtäväksi) Eli tässä on tämä kysymys, mistä asioista haluaisit näillä käynneillä puhua. Nyt kun mietit tätä tässä, niin mitä sinulle tulee mieleen?

Potilas: No oisko vaikka sisko.

Terapeutti: Joo. Eli siskosta haluisit puhua. Kirjoitatko sen vaikka itse tuohon kohtaan? Tossa on sulle kynä.

Terapeutti: Onko vielä jotain asioita, joista haluaisit täällä puhua?

Potilas: Sitte se äidin kuolema varmaanki.

Terapeutti: Äidin kuolemasta haluisit puhua. Voit laittaa senkin sinne näkyviin.

Terapeutti: Tuleeko vielä jotain mieleen?

Potilas: Se anoppi kans.

Terapeutti: No niin. Anopista haluat puhua myös. Kirjoita sekin sinne vielä.

Terapeutti: Voit vielä miettiä, jos tulee jotain lisää.

Potilas: Ei tuu nyt mieleen.

Terapeutti: Se on ok. Eli katsotaanpa vielä yhdessä mitä tänne lomakkeeseen tuli merkittyä. Eli täällä on nämä, että haluat puhua siskosta, äidin kuolemasta ja anopista.

(Istunto 3)

Nämä olivat esillä keskustelussa usealla kerralla ja osin myös tehtävien yhteydessä lomakkeita hyödynnettäessä. Loppuvaiheessa potilas kertoo:

Potilas: Ei niistä varmaan enää oo mitää puhumista. Äidin kuolemasta on jo kulunut silleen aikaakin, ettei se enää oo mielessä. Siskosta ei kanssa oot nyt ollut mitään uutta.

Terapeutti: Oletko mielestäsi saanut puhua näistä tarpeeksi?

Potilas: Juu.

Terapeutti: Entä anopista?

Potilas: Ei se enää oo ollu oikeen mielessä. Jääny jotenki silleen taka-alalle

(Istunto 19).

Puhuessaan istunnoilla itselleen tärkeiksi tai kiintoisiksi kokemistaan asioista potilas puhui pidemmin lausein ja kertovaa puhetta oli enemmän. Muutoin vastatessaan kysymyksiin hän oli yleensä lyhytsanaisempi. Voidaan arvioida, että potilaalla oli jonkinlaisia kielellistämisen haasteita. Näitä voitiin psykoterapiassa huomioida mm. Tunteet-apulomakkeella, jossa myös visuaalisuus on mukana. Psykoterapiaprosessille oli alusta asti eduksi, että potilas oli motivoitunut kyseisenkaltaiseen hoitoon. Tässä osavaikuttimena oli, että hänet oli psykoterapiaan suosittaneen lääkärin toimesta ohjattu ja ohjeistettu tulemaan nimenomaan kognitiiviseen työskentelyyn. Kontaktin laatu potilaan kanssa kehittyi hyväksi ja myös terapiasuhte, joka syntyi, oli toimiva, luottamuksellinen ja sisälsi lämpöä ja empatiaa.

Pohdinta

Tässä tapaustutkimuksessa osallistujana oli potilas, jolla oli laaja-alaisia oppimisvaikeuksia ja masennusta. Näiden esiintyminen yhdessä on aiemman tiedon perusteella varsin tyypillistä. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että toteutetussa psykoterapiassa käytetty CBT-malli oli tehokas tämän potilaan masennuksen hoidossa. Käytetyt mittarit ilmensivät potilaan masennuksen lievittymistä, mielialan normalisoitumista ja koetun psyykkisen voimien kohentumista.

Potilaalla oli käytössään psykoterapian kuluessa mielialalääke, joka oli jo ollut pidempiaikainen ja johon ei myöskään tehty muutoksia terapian aikana. Elämäntilanteessa ei myöskään tapahtunut muutoksia, jotka selittäisivät hyvinvoinnin kohenemistä. Nämä seikat viittaavat psykoterapian olleen ilmeinen vaikuttava tekijä tapahtuneessa muutoksessa. Potilaan haastattelussa hänen kokemuksistaan psykoterapiasta ilmeni, että puhuminen oli ollut hänestä hyödyllistä ja lisäksi hän oli saanut omaan ajatteluunsa uusia näkökulmia, jotka hän oli kokenut eduksi itselleen. Psykoterapiassa saavutettiin sekä käyttäytymisessä että ajattelussa ilmenevä muutos. Terapiasuhteen osuutta psykoterapian tuloksellisuudessa ei ole tässä tutkimuksessa erikseen eritelty. Vaikka CBT-malleissa työskentelyn pääpaino ei ole terapiasuhteessa ja sen ilmiöiden tarkastelussa, on sen syntyminen väistämätöntä ja sillä on oma osuutensa tuloksellisuuteen. Terapiasuhte on aiemmin todettu tärkeäksi empatian ja validoinnin kannalta kyseisellä kohdejoukolla myös kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa.

Kognitiivinen malli eli ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen välisten yhteyksien tarkastelu toteutui sekä keskustelussa että lomaketyöskentelyssä, jossa käytettiin tiettyä, konkreettista sattunutta tilannetta esimerkkinä. Potilas kykeni etenkin tuettuna erottamaan, että ajatukset ja tunteet ovat eriäviä, että niillä on yhteyksiä keskenään ja että käyttäytyminen ja toiminta liittyvät tähän kokonaisuuteen. Tuettuna tarkoittaa tässä sitä, että kognitiivisen mallin läpikäyntiin ja opettamiseen käytettiin ensin runsaasti aikaa ja mallin kanssa työskenneltäessä oli tarpeen käyttää täsmentäviä apukysymyksiä ja toistoja. Keskustelussa palattiin toistuvasti niihin asioihin, joita lomakkeella työstiin.

Potilaan suhtautuminen omaan kognitiiviseen heikkouteensa muuttui myös osaltaan. Terapian tulon tutustumiskäynnillä häneltä kysyttiin, mitä hänen mielestään älylliset vaikeudet tarkoittavat hänen elämässään. Hän vastasi, että ”Ei sillee tajuu kaikkee niinku muut”. Terapiaprosessin seurantakäynnillä hän vastasi

samaan kysymykseen, että ”Joidenkin asioiden hoitamisessa tarviin jotain apua”. Ilmaukset ovat erilaiset, vaikka kertovat samasta realistisesta asiasta, eli potilas ei ole alkanut kieltää ongelmiaan. Oman koetun heikkouden toteavasta ilmauksesta hän on siirtynyt ilmaisemaan tarpeitaan. Voidaan olettaa, että potilaan merkityksenannoissa omiin pulmiinsa on tapahtunut muutoksia. Potilas sai uuden näkökulman omiin haasteisiinsa ja tällä on voinut olla osuus hänen voimavaraistumisessaan psykoterapian myötä.

Koska kyseisessä psykoterapiassa etenemistahti oli hitaampi ja asioita voitiin käydä toistaenkin läpi, oli tarpeen rajata käsiteltäviä aiheita joihinkin tiettyihin, jotta istuntojen määrä riittäisi. Käytännössä havaittiin, että potilaan toivomat keskustelun aiheet, tavoitteet, tunteiden tunnistaminen ja kognitiivisen mallin läpikäyminen oli eduksi kytkeä muutamaan samaan teemaan. Tällöin eri osat myös tukivat toiston myötä psykoterapian tuloksellisuutta ja auttoivat potilasta asioiden jäsentämisessä.

Terapeutin kokemukset olivat rohkaisevia. Psykoterapiatyöskentely sujui hyvin ja malli ja sen apukeinot toivat työskentelyyn sellaisia kognitiivisia elementtejä, jotka olisivat saattaneet jäädä ilman mallia ja sen antamaa tukea pienempään rooliin. Malli rohkaisee kognitiiviseen työskentelyyn myös kyseisen potilasryhmän osalta. Terapeutin havainnot tästä psykoterapiasta vahvistavat mm. aiempia Taylorin (2010) ajatuksia siitä, että kyky psykoterapiaan on usein riittävä ja että lievämuotoinen kognitiivinen heikkous ja siihen liittyvät oppimisen vaikeudet eivät ole kategorinen este psykoterapialle. Itsereflektiivisten taitojen haasteet voidaan huomioida terapiassa. Tämän tapaustutkimuksen potilas kykeni puhumaan ajatuksistaan, toiveistaan ja ongelmistaan. Hän kykeni terapiatyöskentelyssä tekemään tuettuna päätelmiä omasta toiminnastaan, tulkinnoistaan ja niiden tarkoituksenmukaisuudesta eli arvioimaan ajatteluprosessejaan. Kognitiivista psykoterapiaa voidaan harkita hoitomuodoksi myös silloin,

kun potilaan itsereflektiivisissä metakognitiivisissa toiminnoissa on puutteita. Näissä toiminnoissa tapahtuu kehittymistä psykoterapiaprosessin aikana yleensä myös silloin, kun se ei ole ollut terapian tietoinen tavoite. Masennusoireet näyttävät liittyvän enemmän henkilön omiin käsityksiin vaikeuksista kuin mitattavissa oleviin vaikeuksiin sellaisenaan.

Kognitiivisesti keskimääräistä heikompien henkilöiden erityiset tarpeet huomioivaa psykoterapiatyöskentelyä tarvitaan siitä syystä, että tavanomainen kognitiivinen terapia ja sen mukaiset terapiatyöskentelyn vaatimukset ja käytettävät materiaalit voivat olla heille liian vaikeita ja haasteellisia. Erilaisia terapiamalleja ja materiaaleja voidaan soveltaen räätälöidä yksilöllisiin tarpeisiin eli psykoterapiaan voidaan poimia vaikutteita ja aineksia eri lähteistä ja huomioida samalla laaja-alaisen oppimisvaikeuksien asettamat rajoitteet. Tämä edellyttää kuitenkin tietämystä erityispiirteistä, jotta terapian sopeuttaminen onnistuu.

Aiemman tutkimustiedon pohjalta on tiedossa, että laaja-alaisiin oppimisvaikeuksiin liittyviä psyykkisen hyvinvoinnin uhkatekijöitä ovat negatiivinen palaute, matala itsetunto, erilaisuuden tuntemukset, kiusaaminen ja yleinen psyykinen kuormittuminen. Psyykkiset ongelmat puolestaan voivat korostaa oppimisvaikeuksia. Psykososiaalisen tuen ja myös psykoterapiakeinojen kehittäminen, tutkiminen ja ennen kaikkea käyttöönotto ovat tärkeitä. Masi ym. (1998) totesivat, että tämän kohdejoukon kuntoutuksessa tulisi yhdistyä neuropsykologinen, kognitiivinen ja metakognitiivinen osuus. Näiden huomiointia tulisi lisätä psykoterapioissa. Tämän vuoksi yleisesti neuropsykologisen tiedon ja psykoterapeuttisen osaamisen yhdistäminen on tärkeää. Tämän tutkimuksen aihepiiri liittyy osaltaan viime vuosina esitettyyn neuropsykoterapian käsitteeseen, jossa yhdistyy neurotieteiden, neuropsykologian ja psykoterapian teoreettisia ja kliinisiä osa-alueita (Laaksonen, Koskinen, Ranta, Sarajuuri & Paavola, 2015).

Tutkimuksen tulokset ja havainnot psyykkisen hyvinvoinnin kohentumisesta osoittautuivat pysyviksi eri aikoina ja eri keinoin saadut havainnot olivat kokonaisuutena ottaen varsin yhdenmukaisia keskenään. Tämä lisää tulosten luotettavuutta. Tutkimusasetelma oli selkeä ja psykoterapiamalli on julkisesti dokumentoitu. Tutkimuskysymykset olivat selkeästi muotoiltuja ja niihin voitiin tulosten pohjalta vastata.

Koska kyseessä on yksittäinen tapaustutkimus, ovat tutkimuksen tulokset suuntaa-antavia ja yleistettävyyteen tulee suhtautua varauksella. Lisäksi on syytä huomioda, että kielenkäännöksen onnistumisesta ei ole tietoja, koska takaisinkäännöstä ei ole käytetty. Tutkijan subjektiivisuus on myös tämänkaltaisissa tutkimuksissa väistämätöntä, koska tutkijan omat kokemukset ovat osa havaintoja. Jatkossa aihetta tulisi tutkia lisää tieteellisen tutkimuksen keinoin. Mielenkiintoista olisi tutkia laajemmalla potilasjoukolla ja useamman terapeutin toteuttamana kyseistä terapiamallia.

Voidaan ajatella, että keinot kognitiivisen psykoterapian mahdollistamiseksi henkilöille, joilla on laaja-alaisia oppimisvaikeuksia, ovat löydettävissä. Psykoterapian mahdollistaminen osana psykososiaalista tukea edellyttää kuitenkin osin uutta ajattelua, kiinnostuneisuutta ilmiöön ja perustietämystä kohteena olevien henkilöiden tarpeista ja ominaisuuksista ja joiltakin osin myös työtapoja, joihin ei ehkä ole laajalti vielä totuttu. Tämän tapaustutkimuksen tulokset toimivat alustavina ja suuntaa-antavina ja toivottavasti lisäävät kiinnostusta aiheeseen.

Lähteet

- Arthur, A. R. (2003). The emotional lives of people with learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 31, 25–30.
- Azam, K., Sinai, A., & Hassiotis, A. (2009). Mental ill-health in adults with learning disabilities. *Psychiatry*, 8, 376–381.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2004). BDI II Beckin depressioasteikko. Käsikirja. Helsinki: Psykologien Kustannus Oy.
- Biswas, A. B., & Furniss, F. G. (2009). Life events and mental illness in people with learning disabilities. *Psychiatry*, 8, 445–447.
- Cooney, P., Tunney, C., & O'Reilly, G. (2018). A systematic review of the evidence regarding cognitive therapy skills that assist cognitive behavioural therapy in adults who have an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Abilities*, 31, 23–42.
- Cosden, M., Patz, S., & Smith, S. (2009). Do problems with information processing affect the process of psychotherapy for adults with learning disabilities or attention deficit/hyperactivity disorder? *Learning Disabilities Research & Practice*, 24, 165–173.
- Evans, L., & Allez, K. (2018). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem in a person with a learning disability: a case study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 12, 67–76.
- Garaigordobil, M., & Pérez, J. (2007). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in persons with intellectual disability. *Spanish Journal of Psychology*, 10, 141–50.
- Giraud-Saunders, A. (2011). *Mental health in people with learning disabilities*. London: Foundation for people with learning disabilities.
- Haddock, G., Lobban, F., Hatton, C., & Carson, R. (2004). Cognitive-behaviour therapy for people with psychosis and mild intellectual disabilities: A case series. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 282–298.

- Haddock, K., & Jones, R. S. P. (2006). Practitioner consensus in the use of cognitive behaviour therapy for individuals with a learning disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10, 221-230.
- Hartley, S. L., Esbensen, A. J., Shalev, R., Vincent, L. B., Mihaila, I., & Bussanich, P. (2015). Cognitive behavioral therapy for depressed adults with mild intellectual disability: A pilot study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8, 72-97.
- Hassiotis, A., Serfaty, M., Azam, K., Martin, S., Strydom, A., & King, M. (2012). A manual of cognitive behaviour therapy for people with learning disabilities and common mental disorders – therapist version. Camden and Islington NHS Foundation Trust and University College. London: Pavilion Publishing.
- Hassiotis, A., & Turk, J. (2012). Mental health needs in adolescents with intellectual disabilities: Cross-sectional survey of a service sample. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25, 252-261.
- Henderson-Laidlaw, M., & Hall, S. (2020). Using cognitive behavioural therapy in individuals with intellectual disability. *Learning Disability Practice*, 23(3), 40-45.
- Jahoda, A., Dagnan, D., Jarvie, P., & Kerr, W. (2006). Depression, social context and cognitive behavioural therapy for people who have intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 81-89.
- James, J. S. (2017). Cognitive-behavioral therapy for depression in individuals with intellectual disabilities: A review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 10, 17-29.
- Korhonen, T. (2010). Laaja-alaiset oppimisvaikeudet ja mielenterveyden ongelmat. Teoksessa V. Närhi, H. Seppälä & P. Kuikka (toim.). *Laaja-alaiset oppimisvaikeudet (110-120)*. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.
- Korkeamäki, J. (2010). Aikuisten oppimisvaikeudet. Näkökulmia selviytymiseen. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia 83/2010*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kouimtsidis, C., Bosco, A., Scior, K., Baio, G., Hunter, R., Pezzoni, V., Mcnamara, E., & Hassiotis, A. (2017). A feasibility randomised controlled trial of extended brief intervention for alcohol misuse in adults with mild to moderate intellectual disabilities living in the community; The EBI-LD study. *Trials*, 18, 216. DOI: 10.1186/s13063-017-1953-0
- Kuikka, P., Närhi, V., & Seppälä, H. (2010). Laaja-alaisen oppimisvaikeuksien tarkastelukulmia. Teoksessa V. Närhi, H. Seppälä & P. Kuikka (toim.). *Laaja-alaiset oppimisvaikeudet (28-39)*. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.
- Laaksonen, R., Koskinen, S., Ranta, M., Sarajuuri, J., & Paavola, L. (2015). Neuropsykoterapia. Teoksessa M. Jehkonen, T. Saunamäki, L. Paavola & J. Vilkki (toim.). *Kliininen neuropsykologia (455-464)*. Helsinki: Duodecim.
- Lackaye, T., Margalit, M., Ziv, O., & Ziman, T. (2006). Comparisons of self-efficacy, mood, effort, and hope between students with learning disabilities and their non-LD-matched peers. *Learning Disabilities Research & Practice*, 21, 111-121.
- Lammi-Hiltunen, L. (2010). Laaja-alaiset oppimisvaikeudet työrajoitteena työkliniikka-asiakkailta. Tampereen yliopisto, psykologian lisensiaattitutkimus.
- Lewis, N., Lewis, K., & Davies, B. (2016). I don't feel trapped anymore...I feel like a bird: People with learning disabilities' experience of psychological therapy. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29, 445-454.
- Majorano, M., Brondino, M., Morelli, M., & Maes, M. (2017). Quality of relationship with parents and emotional autonomy as predictors of self concept and loneliness in adolescents with learning disabilities: The moderating role of the relationship with teachers. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 690-700.
- Marwood, H., Chinn, D., Gannon, K., & Scior, K. (2018). The experiences of high intensity therapists delivering cognitive behavioural therapy to people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31, 76-86.

- Masi, G., Marcheschi, M., & Pfanner, P. (1998). Adolescents with borderline intellectual functioning: Psychopathological risk. *Adolescence*, 33, 415-424.
- McGillivray, J. A., & Kershaw, M. (2013). Do we need both cognitive and behavioural components in interventions for depressed mood in people with mild intellectual disability? *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 105-115.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C., & Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disabilities and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.
- Nikkanen, H., Numminen, H., Närhi, V., Leskelä-Ranta, A., Seppälä, H., & Ahonen, T. (2005). Laaja-alaiset oppimisvaikeudet, teoriaa ja pohdintaa. *NMI-Bulletin*, 15(3), 21-26.
- Nukari, J. (2010). Aikuisten oppimisvaikeuksien psykologinen arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 39/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Oathamshaw, S. C., & Haddock, G. (2006). Do people with intellectual disabilities and psychosis have the cognitive skills required to undertake cognitive behavioural therapy? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 35-46.
- Peltopuro, M., Närhi, V., Kaartinen, J., & Ahonen, T. (2010). Mitä tutkimuksen perusteella tiedetään laaja-alaisista oppimisvaikeuksista. Teoksessa V. Närhi, H. Seppälä & P. Kuikka (toim.). *Laaja-alaiset oppimisvaikeudet* (86-93). Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.
- Pert, C., Jahoda, A., Stenfert Kroese, B., Trower, P., Dagnan, D., & Selkirk, M. (2013). Cognitive behavioural therapy from the perspective of clients with mild intellectual disabilities: A qualitative investigation of process issues. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 359-369.
- Sams, K., Collins, S., & Reynolds, S. (2006). Cognitive therapy abilities in people with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Abilities*, 19, 25-33.
- Seppälä, H. (2004). *Se on pienestä kiinni: Lahden ja Hämeenlinnan Työhyrrä-projektien kokemuksia ja arviointia*. Lahti: Avainsäätiö.
- Seppälä, H. (2010). *Oppimisvaikeudet ja syrjäytymisen uhkakuvat*. Teoksessa V. Närhi, H. Seppälä & P. Kuikka (toim.). *Laaja-alaiset oppimisvaikeudet* (14-27). Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.
- Stenfert Kroese, B., & Rose, J. L. (2011). *Mental health services for adults with learning disabilities*. London: The Judith Trust.
- Stenfert Kroese, B., Willott, S., Taylor, F., Smith, P., Graham, R., Rutter, T., Stott, A., & Willner, P. (2016). Trauma-focussed cognitive-behaviour therapy for people with mild intellectual disabilities: Outcomes of a pilot study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10, 299-310.
- Stott, J., Charlesworth, G., & Scior, K. (2017). Measures of readiness for cognitive behavioural therapy in people with intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 60, 37-51.
- Taylor, J. L., Lindsay, W., & Willner, P. (2008). CBT for people with intellectual disabilities: Emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 36, 723-733.
- Taylor, J. (2010). Psychotherapy for people with learning disabilities: Creating possibilities and opportunities. A review of the literature. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 1(3), 15-25.
- Willner, P. (2009). Psychotherapeutic interventions in learning disability: Focus on cognitive behavioural therapy and mental health. *Psychiatry*, 8, 416-419.

TF-CBT -mallin käyttö osana traumatisoituneen lapsen hoitoa sijaishuollossa

LAURA DELLINGER

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten TF-CBT -malli sopii työskentelyyn traumatisoituneen lapsen kanssa sijaishuollossa epävakaisissa olosuhteissa. Työssä tarkasteltiin yksittäisen trauman kokeneen lapsen psykoterapiaprosessia, jossa sovellettiin TF-CBT -mallia. Hoidon alussa ja lopussa lapsen kokonaisoireilua mitattiin CDI-lomakkeella, SDQ-lomakkeella sekä UCLA PTSD Index -lomakkeella. Alku- ja loppuarvioiden pistemäärät kerättiin taulukkoon vertailemista varten. Terapiaprosessi nauhoitettiin ja litteroitiin. Lapsen biologinen vanhempi oli tiiviisti hoidossa mukana. Tämän lapsen kohdalla näytti siltä, että TF-CBT -menetelmän soveltaminen sopi erinomaisesti työskentelyyn traumatisoituneen lapsen kanssa. Hoito vähensi merkittävästi yksittäisen trauman kokeneen lapsen traumaoireita. Mallia voitiin soveltaa työskentelyyn biologisen vanhemman kanssa. Lapsen tilanteen epävakaus heijastui muuhun oireiluun, eikä pelkkä traumafokusoitu työskentely riittänyt lapsen psykoterapeuttiseksi hoidoksi. Tämä käyttökokeilu osoitti, että epävakaisissa olosuhteissa eläviä sijoitettuja lapsia tulee hoitaa psykoterapeuttisin keinoin ja tähän TF-CBT -malli tarjoaa erittäin lupaavan lähestymistavan.

”Lastensuojelu on rakentavaa, ehkäisevää työtä kuormittavissa olosuhteissa elävien lasten ja lapsiperheiden parissa. Olosuhteiden ja elämäntilanteiden kuormittavuus, raakuus tai rumuus ei vie lapsilta, heidän vanhemmiltaan ja muilta läheisiltään oikeutta hyvään elämään ja asiantuntevaan tukeen. Ihmisen arvo pitää olla kaiken toiminnan lähtökohta.” (Puustinen-Korhonen & Pösö 2010, s. 31.)

Tämä työ on syntynyt tarpeesta ymmärtää ja jäsentää sitä, mitä vakavasti traumatisoituneen lapsen mielessä tapahtuu, miten traumaoireilu näkyy lapsen arjessa, nykyisissä ihmissuhteissa ja miten auttaa paitsi lasta itseään, myös ympäristöä ymmärtämään ja tukemaan lasta paremmin. Tässä työssä sovelletaan traumakeskeistä kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy) -mallia traumatisoituneen lapsen kanssa sijaishuollossa. Työskentelymallin struktuuri, avoimuus ja ennakoitavuus palvelee ketä tahansa lasta, mutta aivan erityisesti kaoottisissa ja ennakoimattomissa oloissa eläneitä lapsia.

Psyykkiset traumat

Kaikki stressaavat elämäntapahtumat eivät ole traumoja. Trauma voidaan määritellä tapahtumaksi, jolle tunnusomaista ovat äkkinäiset ja odottamattomat tapahtumat, näiden tapahtuminen järkyttävä luonne, tapahtumiin liittyvä kuolemantapaus tai elämän tai fyysisen koskemattomuuden uhka ja/tai subjektiivinen intensiivisen kauhun, pelon tai avuttomuuden kokemus (Cohen ym., 2006). Kaikki tällaisia tapahtumia kohdanneet lapset eivät kuitenkaan kärsi traumaoireista. Yksilön selviytymiseen traumaattisista tilanteista vaikuttavat esimerkiksi geneettiseen perimään liittyvä resilienssi eli

niin sanottu selviytyvyys, lapsen ikä, aikaisemmat traumat, vanhempien reaktiot ja selviytyminen traumasta, lapsen omat selviytymiskeinot sekä lapsen saama fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen tuki (Cohen ym., 2006). Trauman kokemus ja siitä selviytyminen on siis yksilöllistä, ja siihen vaikuttavat useat eri tekijät. Toiset tuntuisivat kestävän enemmän vaikeita kokemuksia ja selviävänsuhteellisen hyvin, toiset taas nujertuvat pienempienkin vastoinkäymisten edessä.

Monet sijoitetut lapset kärsivät traumaperäisestä stressihäiriöstä. Suomessa käytössä olevan tautiluokitusjärjestelmän ICD-10:n mukaan traumaperäisen stressihäiriön eli PTSD:n kehittyminen edellyttää, että potilas on kokenut poikkeuksellisen uhkaavan tai katastrofaalisen tapahtuman, johon liittyen ilmenee jatkuvia muistikuvia, hetkellisiä voimakkaita takaumia, painajaisunia tai ahdistuneisuutta tapahtumasta muistuttavissa oloissa. Tyypillistä on myös, että potilas pyrkii välttämään tapahtumasta muistuttavia oloja. Lisäksi potilaalla esiintyy kyvyttömyyttä muistaa jotain keskeistä tapahtumasta ja/tai jatkuvia psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireita, kuten unihäiriöitä, ärtymystä tai vihanpuuksia, keskittymisvaikeuksia, lisääntyneitä valppautta ja varuillaan olemista tai liiallista säpsähtelyä. (Käypä hoito, 2014.)

PTSD:n kanssa esiintyy samanaikaisesti usein muita psyykkisiä häiriöitä kuten masentuneisuutta, eroahdistusta, erillisiä fobioita, yleistynyttä ahdistuneisuutta, sosiaalista ahdistuneisuutta sekä traumaattista surua (Smith ym., 2010). Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan PTSD voidaan diagnosoida kaikenikäisillä lapsilla, tosin tutkimustieto alle 7-vuotiaiden osalta on vähäistä. Käypä hoito -suosituksessa todetaan traumakeskeisen kognitiivisen käyttäytymispsykoterapian olevan ilmeisesti tehokas PTSD:n hoitomuoto 7 - 18 -vuotiailla trauman kokeneilla lapsilla ja nuorilla. Terapiajakson pituus ja sisältö räätälöidään lapsen kehitystason ja traumaolojen mukaan. Kliethermes & Wamser (2012) ovat pohtineet TF-CBT -hoitomallin toimivuutta myös kompleksisen trauman hoitoon

nuorilla ja todenneet sen tähän soveltuvan, kunhan mallin eri komponentteja sovelletaan potilaan tarpeiden mukaan.

TF-CBT -malli

Traumafokusoitu kognitiivis-behavioraalinen käyttäytymisterapia TF-CBT (Cohen ym., 2006) on kehitetty 3 - 17 -vuotiaille lapsille ja nuorille sekä heidän vanhemmilleen tai ensisijaisille huolenpitäjille. Mallia on menestyksellisesti käytetty lapsilla, jotka ovat altistuneet seksuaaliselle hyväksikäytölle, traumaattiselle surulle, väkivallalle, terrorismille, luonnonkatastrofeille tai toistuville traumoille (Cohen & Mannarino, 2008).

Työskentely pitää sisällään 12 - 20 kertaviikkoista tapaamista (60 - 90min) lapsen kanssa sekä vanhemman tai muun hoitajan omat tapaamiset ohella. Työskentelyn loppuvaiheessa pidetään myös yhteisiä istuntoja lapsen ja vanhemman kanssa. Vanhemman tai hoitavan henkilön tiivis osallistuminen hoitoon on suotavaa, mutta mallin on todettu auttavan lasta myös niissä tapauksissa, joissa aikuisen osallistuminen ei ole ollut mahdollista. (Cohen ym., 2006.) Työskentely on hyvä aloittaa arviointijaksolla haastattelemalla lasta ja vanhempaa, jotta saadaan kuva lapsen elämäntapahtumista ja traumaperäisen stressihäiriön oireista. Arvioinnin apuna voidaan käyttää erilaisia mittareita. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota somaattisiin oireisiin sekä vaikeuksiin kognitiivisissa toiminnoissa, ihmissuhteissa, tunne-elämässä, perhe-elämässä ja käyttäytymisessä. Traumaoireilun lisäksi lasta voidaan arvioida muilla yleisemmin toimintakykyä kuvaavilla mittareilla. (Cohen ym., 2006.)

TF-CBT -hoitomallin perusajatuksena on altistus. Lasta kannustetaan lähestymään traumaa, siihen liittyviä muistuttajia ja muistikuvia eikä välttämään niitä. TF-CBT koostuu useista eri komponenteista tai moduuleista. Mallin luojien mukaan komponentit on syytä käydä läpi tietyssä järjestyksessä, kuitenkin luovuutta käyttäen ja

huomioiden kunkin lapsen yksilölliset tarpeet. Akronyymi PRACTICE muistuttaa TF-CBT -hoitomallin eri osa-alueista, jotka käydään työssä läpi potilastapauksen yhteydessä: Psycho-education and parenting skills, Relaxation, Affective expression and modulation, Cognitive coping and processing, Trauma narrative, In vivo -mastery, Conjoint child-parent sessions, Enhancing future safety. (Cohen ym., 2006.)

TF-CBT -terapian erityispiirteitä sijahuollossa elävien lasten kanssa

Monet sijoitetut lapset oireilevat psyykkisesti ja tarvitsevat tietoa oireilustaan, sillä on ihan normaalia reagoida epänormaaleihin asioihin. Psykoedukaatiota voidaan antaa lapsille tietyistä erityisteemoista. Jos vanhempi kärsii esimerkiksi päihdeongelmasta, voidaan antaa tietoa päihhteiden käytöstä ja vaikutuksista vanhemmuuteen. Sama koskee vanhemman mielenterveysongelmia. Sijoitetut lapset hyötyvät myös tunteiden tunnistamiseen liittyvistä harjoitteista sekä rentoutumismenetelmien opettelusta ja siitä, että arkeen tuodaan mielihyvää tuottavia asioita ja aktiviteetteja. Vanhempien kanssa työskentelyssä painottuvat vanhemmuustaidot, sillä sijoitetuilla lapsilla on usein keskimääräistä enemmän käytösongelmia. TF-CBT -terapiassa olisikin syytä varhaisessa vaiheessa kiinnittää huomio positiivisen vanhemmuuden strategioihin eli kehumiseen, huomion antamiseen ja palkitsemiseen vahvistamaan toivottua positiivista käyttäytymistä. (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2012.)

Sijoitettujen lasten traumat ovat usein toistuvia ja kroonisia, joten lapset tarvitsevat siksi usein enemmän aikaa oppiakseen ja harjoitellakseen tunnesäätelyä. Kotilomat asettavat lasten tunne-elämälle haasteita. Vaikka kotiloma sujuisikin, voi kotiympäristö ihmisineen laukaista lapsen aiempaan elämänhistoriaan liittyvää traumaoireilua. Myös siirtyminen kotoa takaisin lastenkotiin tai sijaisperheeseen on lapselle psyykkisesti kuormittava kohta. Lapsi voi myös murehtia myös miten vanhempi selviää sillä

aikaa kun hän on poissa ja syyllistyä siitä kun jättää vanhemman. Mikäli kotilomat herättävät lapsessa vaikeita tunteita, voi lapsen kanssa luoda turvasuunnitelman tai selviämiserutiinin ennen ja jälkeen kotivierailun (Cohen ym., 2012).

Niiden lasten terapiassa, joiden elinympäristö altistaa edelleen jossain määrin traumatisoitumiselle, pitää turvallisuus asettaa etusijalle hoidon alkuvaiheessa ja se kulkee mukana joka osa-alueessa. Hoitoon pitäisi ottaamukaan lapselle luotettavia aikuisia, joiden avulla voidaan lisätä turvallisuutta ja vähentää riskejä ja vaaraa. Jatkuva trauma elävillä lapsilla voi olla vaikeuksia erottaa todelliset ja havaitut vaarat koska he ovat jatkuvassa ylivireystilassa. (Murray, Cohen & Mannarino, 2013.)

Harkittaessa vanhempien ottamista mukaan terapiaprosessiin on hyvä konsultoida lapsen asioista vastaavaa sosiaalityöntekijää (Cohen ym., 2012). Jos vanhempi ei ole ottanut vastuuta kaltoinkohtelusta, traumanarratiivin jakaminen ei ole mahdollista, koska tällöin vanhempi voi vahvistaa lapsen itsesyyttöksiä eikä pysty tukemaan lasta emotionaalisesti. Mikäli vanhempi pystyy kohtaamaan haasteet vanhemmuudessaan, ei hänen mukaan ottamiselle ole esteitä.

Mikäli työskentely biologisten vanhempien kanssa ei ole mahdollista, voidaan harkita ohjaajien tai sijaisvanhempien ottamista mukaan ohjelmaan. Usein trauman käsittelyä arastellaan ja kuvitellaan, että siitä keskusteleminen haittaa luottamuksen syntymistä hoitohenkilökuntaan. Tutkimusten mukaan on kuitenkin niin, että traumaista keskusteleminen tukee luottamuksen ja turvallisuuden tunteen syntymistä. Näin lapselle tulee validoiduksi, että hänen traumansa on totta ja siihen liittyvät traumaoireet pohjaavat todellisuuteen. Usein sijoitetuilla lapsilla on niin suuria traumoja, että he tulevat helposti ylivirityneiksi, ja tällöin tarvitsevat paljon tunteiden säätelyn harjoittelua ennen traumanarratiivin luomista. (Cohen ym., 2012.)

Menetelmä

TF-CBT -mallin soveltaminen sijoitetun lapsen terapiassa

Kerttu

Kertun terapiassa biologiset vanhemmat ja erityisesti äiti osallistuivat aktiivisesti työskentelyyn. Työskentelyä varten suoritettiin nettipohjaisen TF-CBT -kurssin (TF-CBT Web). Terapian tukena Kertun kanssa tehtiin suomennettua TF-CBT -työkirjaa (Hendricks, Cohen, Mannarino, & Deblinger) strukturoimaan ja tukemaan työskentelyä.

Terapian aloitushetkellä alakouluikäinen Kerttu oli sijoitettuna avohuollon toimenpiteenä. Vanhemmat olivat eronneet jo aiemmin, ja Kerttu asui äidin luona. Terapian alussa Kerttu muutti äitinsä kanssa perhekuntoutusta tarjoavaan laitokseen. Kertun elämässä oli siis tapahtunut muutoksia, mutta näitä ei katsottu esteeksi terapian aloittamiselle. Kerttu oli nähnyt tuttavaperheen lapsen hukkumisen uimarannalle ja tapahtumaan liittyi väkivaltaa Kertun vanhempaa kohtaan. Myös Kertun perheen historiassa oli lasta rasittavia tekijöitä, mutta ne eivät olleet tämän terapiajakson työskentelyn fokuksessa. Terapia toteutui siten, että Kertulla ja äidillä oli kertaviikkoiset omat terapia-tapaamiset. Isän kanssa sovittiin tapaamiset harvemmin, jotta hänkin tietäisi Kertun terapian etenemisestä. TF-CBT -työskentelyjakson aikana Kerttua tavattiin 12 kertaa, äitiä 9 kertaa, isää 4 kertaa, äitiä ja Kerttua yhdessä 4 kertaa ja isää ja Kerttua yhdessä kerran.

Esitietojenperusteella ja ensikäynnillä syntyneen vaikutelman ja arvioiden perusteella tuli pian selväksi, että Kerttu kärsi PTSD-häiriöstä liittyen hukkumistragediaan. Muistot tapahtumasta pulpahtelivat keskusteluissa esiin yhtäkkiä, ja Kerttu kuvasi tarkkaan järkyttäviä näkyjä rannalta. Kertun tunnesäätelyssä oli suuria pulmia ja hänellä oli ilmennyt kaverisuhteissaan sekä erityisesti suhteessaan äitiin aggressiivista

käyttäytymistä. Toisaalta Kertulla oli huono itsetunto ja mielialan mataluutta. Hän kuvasi myös päänsärkyjä ja vastakipuja sekä univaikeuksia. Kerttu kuvasi kärsivänsä traumaan liittyvistä painajaisunista keskimäärin kolme kertaa viikossa. Kerttu kuvasi kokevansa yksinäisyyden tunteita vaikka olisi toisten seurassa. Kerttu oli oppinut lukemaan ensimmäisellä luokalla, mutta toisen luokan alkaessa hänen lukutaitonsa taantui. Esiin tuli voimakasta välttelykäyttäytymistä ja Kerttu koki olevansa säikky ja pelästävänä helposti. Vanhemmat kertoivat koulukiusaamisesta ja muista pulmista koulussa. Terapiaa aloitettaessa Kerttu oli siirtymässä opiskelemaan sairaalakouluun.

Kerttu osoittautui herttaiseksi, kognitiivisesti taitavaksi, herkäksi ja tuotteliaaksi joskin melko omaehtoiseksi tytöksi. Terapiasuhteen luominen kävi helposti, ja Kerttu ilmaisikin pian tulevansa terapiaan mielellään. Kertun äiti oli vastaanottavainen työskentelylle, ja valmis miettimään omia toimintamallejaan ja ottamaan uusia terapiassa oppimiaan työkaluja käyttöön kotona Kertun kanssa. Myös isä tuli sovituille tapaamisille ja halusi lapselleen apua. Kertun avohuollon sosiaalityöntekijään oltiin vanhempien luvalla yhteydessä. Työskentelyn toivottiin tukevan meneillään olevia lastensuojelullisia prosesseja, kun äidin kanssa päästiin pohtimaan vanhemmuustaitoja, omasta jaksamisesta huolehtimista ja harjoittelemaan rentoutumista. Äidin hyvinvoinnin lisääntymisen ajateltiin lisäävän hänen kykyään tukea Kerttua.

Mittarit

Lapsen oireilua mitattiin ennen hoitoa ja sen jälkeen useilla lomakkeilla. Näitä olivat Lapsen vahvuuksien ja vaikeuksien kyselylomake Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ-Fin (Goodman 1997), Traumaperäisen stressihäiriön reaktioindeksi UCLA PTSD Reaction Index for DSM-V (Pynoos & Steinberg, 2013), Lapsen mielialakysely Children's Depression Inventory CDI (Kovacks 1979) sekä lisäksi käytettiin lapsen ja vanhemman haastatteluja. Kertun tapaamiset nauhoitettiin ja litteroitiin. Esimerkeissä lapsen

tunnistetiedot hämärrettiin siten, ettei häntä ole mahdollista tekstistä tunnistaa. Työskentelyyn pyydettiin ja saatiin kirjallinen lupa huoltajalta sekä lapsen asioista vastaavalta sosiaalityöntekijältä.

Tulokset

TF-CBT -mallin soveltaminen yksittäisen trauman kokeneen lapsen terapiassa – PRACTICE

Cohenin ym. (2006) mukaan traumafokusoitu työskentely aloitetaan *psykoedukaatiolla* (Psychoeducation), jota pitäisi käyttää läpi koko hoitajakson sekä lapsen että vanhemman kanssa. Psykoedukaation pääasiallinen tarkoitus on normalisoida sekä lapsen että vanhemman reaktioita traumaan ja vahvistaa oikeita kognitioita siitä, mitä tapahtui. Psykoedukaatiossa voidaan käyttää tukena erilaisia kirjallisia materiaaleja. Sekä lapselle että aikuiselle annetaan tietoa traumaattisesta tapahtumasta sekä tyyppillisistä tunne-elämään ja käyttäytymiseen liittyvistä reaktioista traumaattisessa tapahtumassa. Psykoedukaation avulla tarjotaan myös keinoja selviytyä senhetkisistä oireista. (Cohen ym., 2006.) Kertun molemmat vanhemmat saivat tekstin ”Children and trauma: information for parents and carers” (Smith ym., 2010) ja traumaoireista keskusteltiin useilla tapaamisilla. Kertun kanssa psykoedukaatiota käytiin läpi TF-CBT -työkirjan avulla.

Vanhemmuustaitoja (Parenting skills) tarvitaan erityisesti silloin, kun lapsi oireilee traumaansa aggressiivisuudella, vihanpurkauksilla ja muilla negatiivisilla tavoilla. Näihin taitoihin kuuluu kehuminen, valikoiva huomiointi, aikalisä sekä toivottua käytöstä vahvistavat taulukot (Cohen ym., 2006). Tähäntarkoitukseenkäytettiin erilaista materiaalia muun muassa ADHD-liitto ry:n julkaisusta *Arki toimimaan-vinkkejä lapsen myönteiseen tukemiseen* (2013), MLL:n tarpeeksi hyvän vanhemman tarkistuslista sekä suomentamaani TF-CBT -psykoedukaatiomateriaalia.

Rentoutumisen harjoittelu (Relaxation) on tarpeen, jotta lapsi oppisi rauhoittamaan itseään hankalien olojen aikana. Rentoutuminen vähentää stressin ja traumaperäisen stressihäiriön fysiologisia oireita. Lapsen kanssa tehdään hengitysharjoituksia sekä harjoitellaan myös asteittaista lihasrentoutusta. Nämä ovat erityisen hyödyllisiä, jos lapsella on somaattisia oireita tai univaikeuksia (Cohen ym., 2006). Kertun äidin kanssa tehtiin harjoituksia kirjasta *Mielekkäästi irti masennuksesta* (Williams, Teasdale, Segal & Kabatt-Zinn, 2007). Äiti koki harjoitukset hyviksi ja niiden yhteydessä keskusteltiin myös itsehillinnästä lapsen kiukutellessa ja keinoista rauhoittaa omaa mieltä näissä tilanteissa hengittämisen avulla. Kertun kanssa harjoiteltiin rentoutumista työkirjasta löytyvien rentoutusharjoitteiden sekä Suomen Mielenterveysseuran nettisivuilta löytyvien harjoitusten avulla ja äiti lähti kotioloissa näitä Kertun kanssa harjoittelemaan.

Traumatisoituneilla lapsilla on usein vaikeuksia tunteiden tunnistamisessa, nimeämisessä ja säätelyssä. *Tunnetyöskentely* (Affective expression and modulation) aloitetaan usein tunteiden tunnistamisesta. Lapsi voi esimerkiksi kirjoittaa kolmessa minuutissa paperille kaikki tunteet mitä keksii. Tämän jälkeen lapsi voi piirtää ihmishahmon ja värittää nämä tunteet siihen kohtaan kehoa, missä kohtaa kukin tunne hänen mielestään tuntuu (Color your life technique, O’Connor 1983 kirjassa Cohen ym., 2006). Lapsille on olemassa paljon tunteita käsittelevää kirjallisuutta, jota voi käyttää työskentelyn apuna. Työskentelyä on hyvä jatkaa kunnes lapsi pystyy tunnistamaan tunteita ja keskustelemaan niistä sopivasti eri tilanteissa (Cohen ym., 2006). Käytin tähän tarkoitukseen Katri Kirkkopellon *Molli-kirjaa* (Lasten keskus 2014). Lukemisen lisäksi Kertun kanssa katseltiin myös kirjaan liittyviä tunnekortteja ja etsittiin niiden avulla tunteille nimiä. Kerttu teki myös tunteidentunnistamiseen ja nimeämiseen liittyviä harjoituksia TF-CBT -työkirjasta. Äiti sai mukaansa luettelon kirjoista, joita lukemalla voi lapsen kanssa harjoitella tunnetaitoja. Kerttu loi myös oman turvapaikkansa, joka piirrettiin ja josta

keskusteltiin. Mietittiin myös, miten vaikeiden tunteiden kanssa voi pärjätä.

Kognitiiviset selviytymiskeinot ja prosessointi (Cognitive coping and processing) kannustaa lasta ja vanhempaa tutkimaan omia ajatuksiaan, jotta voisi tarvittaessa kyseenalaistaa niitä ja korjata vääristyneitä tai haitallisia kognitioita. Lasta ja vanhempaa opetetaan huomaamaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen väliset yhteydet (Beckin kognitiivinen triadi 1976 kirjassa Cohenym., 2006). Kertulla oli monenlaisia ajatuksia ja uskomuksia traumaattiseen tapahtumaan liittyen. Hänen kanssaan pohdittiin traumaattisten tapahtumien syitä. Oheinen pohdinta osoittaa Kertun etsineen työskentelyn alkuvaiheessa syitä uskonnosta ja hänellä vaikutti olevan käsitys, että hukkuneen tytön oma käyttäytyminen (kiroilu) liittyi onnettomuuteen.

T: Jos tapahtuu jotain pelottavaa tai hämmäntävää, niin mikähän siihen on syynä? Jos sä aattelet vaikka sitä hukkumista?

P: Syy, se ei ole paha asia, vaan se niinku auttaa ihmistä jos kuolee. Niin sit pääse kuitenkin jatkamaan jos uskoo Jeesukseen niin jatkamaan elämää.

T: Ett siinä, sä aattelet että siinä voi olla jotain hyvääkin?

P: Niin.

T: Se auttaa ihmistä jos kuolee... Mut eiks vaan oo myös niin että, sille ei välttämättä oo mitään syytä. Sellaista vaan tapahtuu joskus, onnettomuuksia tapahtuu maailmassa ja niitä vaan niinku tapahtuu.

P: Ei sillä ookkaan mitään syytä. Ei se oo Jeesuksen syy eikä Jumalan. Vaikka Jeesus ja Jumala sen tekee, niin ei se oo kuitenkaan niitten kummankaan syy. Koska... Ne haluu ettei ne enää kiroile koska se kiroili siellä, öö se kiroili siellä sellattii ett se sano siel jotain saatana.

T: Aha. Aatteleksä että se kiroilu voi vaikuttaa siihen että se kuoli?

P: En...

Työskentelyn alussa Kertulla tunnistettiin kognitiivinen vääristymä siitä, että hänessä itsessään on jotain, mikä altistaa hänet pahoille asioille. Hänen kanssaan keskusteltiin traumaattisten tapahtumientodennäköisyydestä.

T: Tapahtuuko näin monille lapsille?

P: Joo.

T: Sä aattelet että tapahtuu. Mutta toisaalta sitte täs tekstissäki sanottii että, että niitä tapahtuu vain harvoin.

P: Mut koko maailmassa, jos koko maailma lasketaan!

T: Niin tapahtuu paljon?

P: Niin.

T: Niin jos aattelee koko maailmaa. Mut jos aattelee vaikka sua, ni onkse kauheen todennäköistä että sulle tapahtuu paljon sellasia asioita?

P: On.

T: Miksä niin aattelet?

P: Nokun... mul on paljon sellasia juttuja...

T: Sul on paljon sellasia juttuja?

P: Mä en uskalla hypätä laiturilta.

Myös vastuukysymykset mietityttivät Kerttua. Alla keskustelua reaktioindeksin täytön yhteydessä kohdassa 15: ”Olen vihainen jollekulle siitä, että hän aiheutti pahan asian, ei tehnyt enempää estääkseen sitä tai ei auttanut enempää jälkikäteen.”

P: No nolla todellakin! Se oli niinku, se ei ollu mun äidin syy, mutku se oli sen vastuulla niinku, jotenkin niinku sen vastuu kuitenkin jotenkin. Ett se hukku. Eli nolla.

T: Sä aattelet ettet oo äidille vihainen?

P: No en todellakaan!

Terapian loppupuolella Kerttu jäseni asiaa eri tavalla.

T: Kuka aiheutti järkyttävän tapahtuman tai kenen syytä se oli?

P: Oma vika tai sit ei kenenkään.

T: Kumpi on todennäköisempää?

P: Ei kenenkään.

Kertulla esiintyi myös äidin menettämisen pelkoa.

P: Nii sillai, että äiti on ollut auto-onnettomuudessa ja kuollu vaikka...

T: Sun äiti?

P: Eiku jos olis...

T: Niin.

P: Onks jollai sellasta tapahtunut?

T: Ai kuollu auto-onnettomuudessa? Kyllä varmasti on.

P: Jonkun äiti?

T: Varmaan ikävä kyllä, semmosia tapahtuu maailmassa.

P: Niillä jotka on ollut täällä sun tykönä?

T: No niistä mä en tietenkään voi sulle kertoa kuten en myöskään kerro sinusta kellekään muulle, koska tää on luottamuksellista tämä työskentely. Mutta, ei semmosia kyllä kauheen usein satu. Mutta jollekin voi sattua joskus. Elämä on semmosta. Pelkääksä että sun äiti joutuis johonkin auto-onnettomuuteen ku se ajaa tolla autolla?

P: Paitsi silloin jos me ollaan tuolla Helsing-, siis kun me mennään sinne Liverpooliin tai sinne, siel on niinku vasemmanpuoleinen juttu, niin mä pelkään että se tapahtuu siellä.

T: Okei... millon te ootte menossa sinne?

P: Ja sit mun pitää jäädä sinne koko loppuelämäksi. Tosi kivaa! (häitäntyy)

T: Niin sinne Liverpooliin niitten teidän ystävien luo? Sä pelkäätkin että jos sä meet äitin kaa, äiti joutuis onnettomuuteen ja kuolis ja sä jäisit sinne loppuelämäksi?

P: Mm-m.

T: Ei se Kerttu varmaan ihan sillai menis. Et sä sinne jäis silti.

P: Millä mä pääsen pois (itku kurkussa)? Jos mä ja äiti pelkästään kahestaan mennään?

T: Pelkääksä kovasti että äidille sattuu jotain? Jos sä aattelet vaikka asteikkoja nollasta kymppiin, että kymppi on ihan että varmasti äidille sattuu jotain pahaa ja nolla no että ei todellakaan satu, niin?

P: Vitonen.

Cohenin ym. (2006) mukaan hankalien tunteiden ja ajatusten kanssa pärjäämiseksi voidaan käyttää ajatusten pysäyttämistä esimerkiksi sanallisesti tai fyysisesti vaikka kuminauhan avulla. Lasta kannustetaan keskittymään vahvuuksiinsa eikä tilanteen negatiivisiin puoliin. Lapsen turvallisuuden tunnetta, ongelmanratkaisutaitoja sekä sosiaalisia taitoja vahvistetaan. Työskentelyn tavoitteena on se, että lapsi muodostaisi työkalupakin, josta valita keinoja selviytyäkseen hankalista oloistaan (Cohen ym., 2006).

Kertun kanssa käytiin läpi ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen välistä suhdetta kognitiivisen triadin avulla. Sen avulla tutkittiin myös Kertun ajatusvääristymiä, esimerkiksi ”jos salama iskee, tulee syöpä” ja ”jos menemme Liverpooliin, äiti joutuu auto-onnettomuuteen ja kuolee ja minä jään sinne ikuisiksi ajoiksi”. Ajatusten pysäyttämistä

harjoiteltiin musiikkikappaleiden avulla, Kerttu keksi ensin laulun josta ei pidä ja harjoitteli stop-nappulan painamista ja laulun korvaamista lempilaulullaan. Kerttu kertoi käyttäneensä menetelmää myös terapian ulkopuolella. Terapiassa kuunneltiin Kertun lempilauluja ja myös äitiä kehoitettiin laulamaan Kertulle iltaisin tämän lempilaulua. TF-CBT -työkirjan avulla harjoiteltiin erottamaan ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen toisistaan, ajatusten muuttamista sekä erilaisia lopputuloksia, joihin vaihtoehtoinen ajatus voi johtaa.

Vähitellen työskentelyssä edetään *traumanarratiivin luomiseen ja prosessointiin* (Trauma narrative). Ensin kerätään ei-traumaattinen materiaali ja tähän lisätään pikkuhiljaa tunteita ja ajatuksia (Cohen ym., 2006). Tähän menee yleensä useita istuntoja. Rentoutustekniikoilla voidaan tasata työskentelyn herättämää ahdistusta. Terapeutti pyytää lasta kuvaamaan pahimman osan traumamuistoa ja se kirjataan ylös, koska lapsi jättää muuten usein tämän kertomatta. Traumatarinan luomisessa voi käyttää apuna askartelua, musiikkia, leikkiä tai muuta juuri kyseisellelapselle ominaistatapaa. Traumatarinan luomisella on kolme tarkoitusta: päästä yli traumamuistojen välttelystä, tunnistaa kognitiiviset vääristymät lapsen traumatarinassa ja oppia näkemään traumatarinan merkitys lapsenkokoelämäntarinassa (Cohen & Mannarino, 2008). Traumanarratiivi luotiin Kertun ehdotuksesta siten, että hän leikki tapahtumat läpi pienillä ihmis- ja eläinhahmoilla ja leikki videoitiin. Kerttu nimesi pahimman muiston tapahtumasta, jota terapeutti ei olisi voinut kysymättä tietää.

T: Mikä siinä oli kauhein asia, koko jutussa Kerttu?

P: Meidän piti mennä sinne sairaalaan ja äiti ei saanu ajaa autoa.

T: Kerroksä siitä vähän?

P: Se ei saanu ajaa autoa kun se oli niin pois tolaltaan, ja sitten totaa, ää, se poliisi niinku ajo meidät.

T: Mikä siinä tuntui pahalta?

P: Mä pelkäsin että äiti ei enää ikinä saa ajaa autoa.

T: Oliko huolissaan äidistä?

P: Joo-oo-oo. (nauraa ahdistuneesti)

Kerttu oli antanut tapahtumalle suuria merkityksiä koko perheen kannalta.

T: Miten se on vaikuttanut sun perheeseen?

P: Siitä lähtien kaikki on alkanut huutaa.

T: Siitä lähtien kaikki on alkanut huutaa?

P: No se on huonoin syy... Mä en jaksa tehdä tätä. Pää särkee. Se aiheutti mulle jokapäiväisen päänsäryn.

T: Ai se tapahtuma?

P: Aiheutti. Kun mulla on edelleenkin se päänsärky, joka ikinen päiviä. Pää särkee, pää pää pää pää pää särkee! Se on tosi ärsyttävää!

Traumanarratiivin luomisen yhteydessä Kerttu ilmaisi alkavansa kyllästyä tapahtuman läpikäymiseen, ”aina tästä jauhetaan”, ja äiti toi samaa esiin. Tätä pidettiin osoituksena siitä, että tapahtuma alkoi olla tarpeeksi läpityöstetty jotta tulevaisuuteen suuntautuminen olisi pian mahdollista.

Traumamuistuttajille altistus in vivo (In vivo mastery) opettaa tunnistamaan harmittomat traumamuistuttajat ja erottamaan ne oikeista turvallisuutta uhkaavista tekijöistä. Ihmisen taipumus välttää traumasta muistuttavia asioita on hyvin voimakas ja välttely vahvistaa itse itseään (Cohen ym., 2006). TF-CBT -hoitomallin perusajatuksena on altistus, joka kulkee läpi koko terapiaprosessin. Kerttu olisi halunnut kertoa koululuokalleen traumaan liittyvästä unestaan, mutta opettaja kielsi tämän. Opettajan reaktio on ymmärrettävä ja kyseisessä tilanteessa muut lapset huomioon ottaen varmasti järkevä. TF-CBT -istunnot olivat juuri niitä hetkiä ja paikkoja, jossa Kertun trauma nimenomaan haluttiin kuulla ja tätä korostettiin heti alussa. Kohtaamalla vaikeita muistoja niiden mahti pienenee.

T: Kerroksa ihan lyhyesti mitä tapahtui?

P: Ensin, mmm... Siellä rannalla kun me ei oltu menty uimaan vielä nii, äiti kerto tän. Että yks A se oli sen yks kaveri, niin se A ja se tyttö niinku riiteli yhdestä, yhdestä pyyhkeestä. Sit ne meni siihen vähän syvemmälle, mut sitte, se tyttö hukku ja ne meni sinne ettii niinku vaatteet päällä ja sitte tota, sitte tota poliisit tuli ja helikopterit tuli ja kaikki jutut tuli. Ja sit sukelijat löysi sen. Öö, mä näin vähä kun sitä elvytettiin ja sitte, tota... Sitte yhdes kohtaa ku

me oltiin siellä, mä kuulin tän, että se mies kuristi mun äitiä, sitte me mentiin toiseen huoneeseen, A:n äiti tuli sinne ja sit me mentiin miesten pukukoppiin ja sitte, sit öö ja niin. Sit siel viel ukkostiki.

Kerttu oli liittänyt hukkumistraumaan senhetkiset sääolosuhteet, sateen ja ukkosen. Tästä oli kehittynyt hänelle pelko kyseisiä säätiloja kohtaan. Erään tapaamisen aikana ulkona oli ukkosilma, jolloin pystyttiin keskustelemaan ukkosen herättämistä ajatuksista ja tunteista in vivo.

”Kerttu alkaa yhtäkkiä kertoa miltä hukkunut tyttö näytti ja kuinka tapahtunut oli heidän vastuullaan. Kerttu alkaa myös jännittää, milloin käynti loppuu kun täksi päiväksi on luvattu sadetta ja ukkosta ja hän ei halua sateella kulkea ulkona. Keskustellaan siitä, että näin traumamuistot toimivat – Kertun mielessä nämä kaksi asiaa ovat assosioituneet toisiinsa ja sade muistuttaa traumasta. Kerttu on huomattavan ahdistunut ajatuksesta, että alkaisi sataa ja tutkitaankin netistä sääennuste tunti tunnilta.”

Kertun äiti toimi intuitiivisesti viisaasti viedessään Kertun uimaan pian tapahtuman jälkeen, jottei Kertulle kehittyisi pelkoa vettä ja uimista kohtaan. Kuitenkin Kerttu toi terapian alussa esiin vahvasti pelkonsa kyseistä uimarantaa kohtaan ja ilmaisi painokkaasti, ettei ikinä aio palata sinne. Heti terapian alussa tuli mietittäväksi käyminen tapahtumapaikalla. Alla alkuarvioinnin keskustelua liittyen PTSD -reaktioindeksin kohtaan 3: ”Yritän välttää ihmisiä, paikkoja tai asioita, jotka muistuttavat tapahtuneesta.”

P: Koko ajan. Joka ikinen päivä. Mä en enää ikinä haluu enää mennä sinne uimarannalle.

T: Ooksä käyny siellä sen jälkeen?

P: Noo, en mä oo uimassa käyny mut me käytiin viemässä kukkia. Mut sit joku mies otti sen pois siit.

T: Ajatteleksä Kerttu että jos sä menisit sinne rannalle niin sulle tulis tosi paha olo?

P: No se on vaan huono muisto.

T: Joo, se on huono muisto. Voidaan miettiä sitä jatkossakin.

Alla oleva keskustelu on tilanteesta, jossa terapeutti ehdottaa Kertulle ensimmäistä kertaa menemistä uimarannalle, jossa tragedia tapahtui.

T: Tiiäks mitä Kerttu? Mä oon aatellu että jossain kohtaa kun se tuntuu hyvältä ajatukselta,

ennen kuin on syksy, ja ennen kuin tulee kylmä, tehtäis sun kans retki sinne uimarannalle.

P: -- (huokaa, silmännähdän ahdistuu, hengitys muuttuu hankalaksi)

T: Ei niinku mennä uimaan mutta mentäis sinne...

P: Kuin rannalle... miks ihmeessä? (ahdistuneena)

T: Sit kun se tuntuu hyvältä ajatukselta. Sen takia kun sä oot sanonu mulle että sä et ikinä enää halua mennä sinne. Niin mä aattelen että, jos se paikka menettää sen mahtinsa sitten kun sinne menee.

P: Itse asiassa mä oon mennyt jo parikin kertaa sinne äidin kaa...

T: Milloin sä oot viimeks menny sinne?

P: Sen jälkeen kun oli ne tapahtumat...

T: Miltä susta tuntuu mennä sinne?

P: Ihan... ookoo... ei se mikään kirottu ranta oo!

T: Niin, äiti on jutellutkin siitä että hän on sanonut että ei se mikään kirottu ranta ole. Ei semmosia kirouksia varmaan oo olemassa. Lähtisikäs joskus mun kans sinne?

P: Mm-m... (empivästi)

T: Mennään vaan! Mä en oo itse asiassa koskaan käynyt siellä rannalla. Sä pääsisit esittelemään vähän.

P: Mä näytän missä kaikki jutut tapahtui! (innostuu)

T: Niin. Se pitäis varmaan tehdä nyt aika pian...

P: Otaksä ton kameran mukaan?

T: En.

P: Otat!

T: Voitais tehdä sellanen retki sinne joku kerta.

P: Mä otan sit mun kännykän sinne mukaan. Ota sä sun kännykkä mukaan. Ota videolle, ku mä esittelen niit paikkoja. Missä kaikki tapahtu.

T: Sehän ois tosi hyvä idea.

Altistustyöskentelyssä tutkittiin myös Kertun jo aiemmin näkemiä valokuvia tapahtumapaikalta, hyödynnettiin tunnelämpömittaria Kertun tunnetilan monitorointiin ja tehtiin tarvittaessa hengitys- ja rentoutusharjoituksia.

T: Kun sä katsot näitä kuvia, mikä olo sulle tulee? Siellä on tavarat sekaisin ja tuoleja paiskottu, pystytkö kattoon?

P: -- (puistaa päätään)

T: Se on hankalaa sulle. Joo. Kerroksä vähän mikä siinä tuntuu hankalalta, tuleeko sulle paha olo?

P: Joo, kymppi.

T: Kymppi? Joo.

P: Silmät alkaa sattuu.

T: Silmät alkaa sattuu. Hengitä syvään muutamaan kertaan, sisään ulos. Ei oo hätää, me ollaan tässä, siitä tapahtumasta on yli kaks vuotta aikaa, niin melkein kolme vuotta. Eiks vaan? Kaks ja puol vuotta. Ne on pahoja muistoja.

In vivo -altistus päätettiin äidin ehdotuksesta toteuttaa siten, että Kerttu, äiti ja terapeutti tekisivät yhdessä retken kyseiselle uimarannalle. Käynti jouduttiin kuitenkin yhteisellä päätöksellä siirtämään tulevaisuuteen perheen elämässä ajankohtaisten muutosten vuoksi, jotka vaikuttivat sekä Kertun että äidin vointiin.

Työskentelylle tyypilliset yhteiset lapsen ja vanhemman istunnot (Conjoint child-parent sessions) tapahtuvat yleensä sen jälkeen kun molemmat ovat käyneet läpi lapsen traumatarinan kognitiivisen prosessoinnin yhdessä terapeutin kanssa omilla käynneillään. Yhteiset istunnot rohkaisevat avoimempaan viestintään lapsen ja vanhemman välillä. Yhteisellä tapaamisella lapsi lukee traumatarinan vanhemmalle ja terapeutille aikuisten kannustamana (Cohen ym., 2006). Tämä toteutettiin katsomalla Kertun tekemä traumatariनावideo yhdessä äidin ja Kertun kanssa. Kerttu mietti etukäteen yhteiselle istunnolle kysymyksiä traumaan liittyen, joita halusi äidiltä kysyä. Kerttu esitteli kummallekin vanhemmalle tekemänsä työkirjan erillisillä tapaamisilla.

Terapian viimeisessä osiossa lapselle opetetaan turvataitoja (Enhancing future safety). Nämä ovat tärkeitä kaikille lapsille, mutta erityisen tärkeitä niille lapsille, jotka ovat altistuneet väkivallalle tai hyväksikäytölle, koska nämä lapset ovat suuressa riskissä traumatisoitua uudelleen. Turvataitoja on tärkeää opettaa hoitojakson varhaisessa vaiheessa, jos lapsi elää

edelleen riskialttiissa ympäristössä. Vanhempien ottaminen mukaan tähän työskentelyyn vahvistaa tutkimusten mukaan lasten kykyä käyttää oppimiaan taitoja. (Cohen ym., 2006.) Kertun toiveesta terapeutti toteutti kotikäynnin äidin ja Kertun luokse ja kutsui isän mukaan Kertun tapaamiselle. Lopuksi mietittiin tulevaisuuteen ja turvallisuuteen liittyviä asioita ja pohdittiin ja haaveiltiin elämää eteenpäin.

Miten TF-CBT -malli sopii työskentelyyn traumatisoituneen lapsen kanssa sijaishuollossa epävakaissa olosuhteissa?

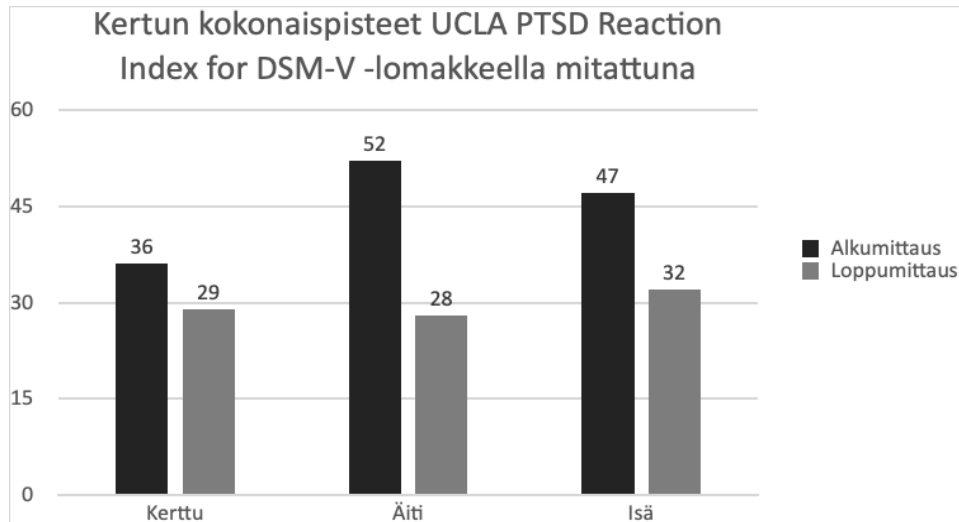
Kuten taulukosta 1 on luettavissa, alkuarviossa Kertun kohdalla riski käytöshäiriölle ja mille tahansa häiriölle oli äidinettä isän arvioimana korkea. Vanhempien arvioissa loppumittauksessa Kertulla oli edelleen korkea yleinen stressitaso, tunne-elämän vaikeuksia, käytösongelmia ja vaikeuksia ikätovereiden kanssa. Isä arvioi loppumittauksessa Kertulla olevan korkea riski käytöshäiriölle ja mille tahansa häiriölle. Äiti arvioi riskit matalaksi. Äidin mukaan terapia-

jakson aikana lapsen ongelmat muuttuivat paljon parempaan suuntaan ja hoidosta oli ollut aika paljon apua lapsen ongelmien ymmärtämisessä. Isän mielestä hoidon aikana Kertun ongelmat olivat muuttuneet hieman parempaan suuntaan ja hoidosta oli ollut hyvin paljon hyötyä Kertun vaikeuksien ymmärtämisessä. Sanallisesti äiti kuvasi Kertun aggressiivisen käyttäytymisen vähentyneen ja Kertun käyttäytymisessä tapahtuneen kolmen kuukauden hoidon aikana huomattavan suuri muutos. Molemmat vanhemmat kuvasivat jo terapian puolivälissä Kertun muuttuneen iloisemmaksi ja kertoivat tämän käyvän mielellään terapiassa. Opettajan arviota SDQ -lomakkeesta ei pyydetty sillä terapia aloitettiin kesällä ja syksyllä Kertun opettaja vaihtui koulun vaihtuessa.

Kertun kohdalla näytti edelleen siltä, että TF-CBT -jakso toi merkittävää helpotusta trauma-oireisiin. Kuten kuvaajasta 1 on nähtävissä, Kertun PTSD-oireiden kokonaispistemäärät putosivat merkittävästi sekä Kertun itsensä, äidin että isän arvioimina. Traumanarratiivin luomisen

Taulukko 1. Kertun SDQ-pistemääriä äidin ja isän arvioimina terapian alussa ja lopussa.

	SDQ Äiti		SDQ Isä	
	Alkumittaus	Loppumittaus	Alkumittaus	Loppumittaus
Yleinen stressitaso	22 (hyvin korkea)	17 (korkea)	20 (hyvin korkea)	22 (hyvin korkea)
Tunne-elämän vaikeudet	6 (korkea)	4 (lievästi kohonnut)	4 (lievästi kohonnut)	7 (hyvin korkea)
Käytösongelmat	6 (hyvin korkea)	3 (lievästi kohonnut)	5 (korkea)	5 (korkea)
Vaikeudet ikätovereiden kanssa	3 (lievästi kohonnut)	4 (korkea)	6 (hyvin korkea)	6 (hyvin korkea)
Riski mille tahansa häiriölle	Korkea	Matala	Korkea	Korkea
Riski tunne-elämän häiriölle	Kohtalainen	Matala	Matala	Kohtalainen
Riski käytöshäiriölle	Korkea	Matala	Korkea	Korkea



Kuvaaja 1. Kertun PTSD-oireiden väheneminen TF-CBT -intervention aikana

jälkeen äiti kuvasi Kertun olleen helpottunut ja arveli Kertun kokeneen työskentelyn tämän vaiheen vapauttavana. Äiti kuvasi Kertun myös hakeutuvan herkemmin äidin syliin hakemaan turvaa. Alkumittauksessa Kerttu täytti PTSD-kriteerit useimmilla osa-alueilla, loppumittauksessa PTSD-oireisto ei ollut enää yhtä selkeä (Taulukko 2). Loppumittauksessa tuli edelleen esiin mielialan mataluutta sekä Kertun itsensä kokemana että äidin sekä isän raportoimana.

Tätä havaintoa tuki myös CDI-lomake, jossa pistemäärä alkumittauksessa oli 21 pistettä ja loppumittauksessa 17 pistettä, eli mielialan mataluutta esiintyi terapiajakson jälkeenkin, tosin lievempänä. Kerttu itse toi mittauksissa esiin riitoja joiden katsottiin liittyvän tunnesäätelyn vaikeuteen, päänsärkyä sekä nukahtamisvaikeuksia. Painajaiset olivat terapiajakson lopussa harventuneet Kertun mukaan noin kahteen kertaan kuukaudessa.

Taulukko 2. Kertun PTSD-oireiden muuttuminen terapian aikana Kertun, äidin ja isän UCLA PTSD DSM-V -kyselyllä arvioimina

	Mieleen tunkeutuvat kuvat	Välttely	Kielteiset kognitiot/ mieliala	Ylivirittyneisyys /reaktiivisuus
Itse:				
alkumittaus	7 (kyllä*)	5 (kyllä)	9 (ei)	15 (kyllä)
loppumittaus	8 (ei)	0 (ei)	10 (kyllä)	11 (kyllä)
Äiti:				
alkumittaus	13 (kyllä)	3 (ei)	19 (kyllä)	17 (kyllä)
loppumittaus	6 (ei)	3 (ei)	12 (ei)	7 (ei)
Isä:				
alkumittaus	12 (kyllä)	8 (kyllä)	18 (kyllä)	9 (ei)
loppumittaus	8 (kyllä)	3 (kyllä)	12 (kyllä)	9 (ei)

* kyllä / ei viittaa siihen, täyttyisivätkö kyselyarvion mukaan trauman jälkeisen stressireaktion diagnostiset kriteerit

Kertun jäljelle jäävän oireilun tulkittiin olevan yhteydessä traumaan liittymättömiin vaikeuksiin, joista erityisesti isä oli huolissaan. Terapiajakson lopussa esiintyvän oireilun ajateltiin osaksi liittyvän perhetilanteen epävakautteen terapiajakson lopettamisen hetkellä, joka selvästi vaikutti sekä Kertun itsensä että äidin psyykkiseen vointiin. Työskentelystä syntyi tiivis terapiasuhteiden, ja Kerttu nimesi terapeutin omaan turvapiiriinsä kuuluvaksi ja itsensä ”*pieneksi maailman keskellä*”. Kertun muiden haasteiden vuoksi psykoterapiaa päätettiin jatkaa samalla terapeutilla kertaviikkoisena traumafokusoidun jakson jälkeen.

Pohdinta

Tässä tapaustutkimuksessa TF-CBT -jakso toi merkittävää helpotusta lapsen traumaoireisiin. Mallia voitiin menestyksellisesti soveltaa työskentelyyn lapsen kanssa sijaishuollossa epävakaisissa olosuhteissa ja sitä voitiin soveltaa työskentelyyn biologisen vanhemman kanssa. Tutkimukseni tulokset olivat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa, joissa TF-CBT on todettu tehokkaaksi terapiamuodoksi sijaishuollossa eläville lapsille. On raportoitu traumaoireiden vähenemistä ja vähemmän sijaishuoltoajan muutoksia ja karkaamisyrityksiä. Myös PTSD-oireet vähenivät sekä lapsen että sijaishuoltajan arvioissa (Cohen ym., 2012).

Sijoitetun lapsen elämässä on paljon asioita, joihin hän itse ei voi millään tavalla vaikuttaa. Hän elää keskellä monimutkaista kuviota, jossa sijaishuoltopaikan ja biologisten vanhempien suhteet, työntekijöiden vaihtuvuus sekä osaston toisten lasten traumat ja muut stressitekijät vaikuttavat hänen elämäänsä. Sosiaalityöntekijän päätöksillä on iso merkitys lapsen elämässä, esimerkiksi sijaishuoltopaikka voi muuttua, suunnitellaan kotiharjoittelua tai rajoitetaan biologisten vanhempien tapaamisia. Ihmissuhteet voivat olla kiintymyssuhteissaan traumatisoituneille lapsille pelottavia, ja kahdenkeskisyys toisen ihmisen kanssa jopa

laukaista traumaoireita. Luottaminen toisiin ihmisiin ja elämään on vaikeiden elämäkokemusten jälkeen haasteellista ja vie aikaa. Kaikkien elämänsä epävarmuustekijöiden keskellä sijoitetut lapset hyötyvät erityisen paljon ennakoitavuudesta, struktuurista, rajoista, jatkuvuudesta ja läpinäkyvyydestä (Cohen ym., 2012).

Kertun ympärillä olevat struktuurit ja lapsen vointi sekä vanhemman sitoutuminen työskentelyyn mahdollistivat sujuvan työskentelyn. Tutkimusten mukaan vanhempien mukaan ottaminen TF-CBT -hoitoon kohentaa merkittävästi lapsen toipumista depressiosta ja käytösongelmista ja vanhempien tuki on tärkeää myös traumaoireita hoidettaessa (Cohen ym., 2012). Tämä toteutui Kertun terapiassa erityisesti traumaoireiden osalta. Paras palaute terapiasta oli sekä Kertun itsensä että vanhempien esittämä vahva toive terapiasuhteen jatkumisesta TF-CBT -jakson jälkeen.

Laitosympäristössä on erityispiirteitä, jotka on hyvä ottaa terapiatyöskentelyssä huomioon. Kun henkilökunta puuttuu lapsen käytökseen tavalla joka muistuttaa lapsen aiempaa traumaa, tämä pikemminkin lisää kuin vähentää lapsen traumaan liittyvää käyttäytymistä (Cohen ym., 2012). Arjessa unohdetaan helposti lapsen traumatausta eikä osata katsoa lapsen ei-toivottua käyttäytymistä traumanäkökulmasta vaan lähestymistapa on kurinpidollinen. Usein on haastavaa arvioida, liittyvätkö lapsen vakavat käytösoireet menneisiin traumaattisiin kokemuksiin. Lapsi saattaa kokea olonsa helposti uhatuksi, ja näennäisesti pienetkin asiat voivat laukaista taistele tai pakene -reaktion joka voi näkyä karkailuna tai aggressiivisina purkauksina, jopa pyrkimyksenä satuttaa tahallisesti itseä tai muita.

Tämän prosessin myötä opin paljon myös biologisten vanhempien kohtaamisesta. Vaikka biologiset vanhemmat ovat tehneet virheitä, näen heidän toiminnassaan usein enemmän kyvyttömyyttä kuin tarkoituksellista lapsen vahingoittamista – ”*People do bad things for good reasons*” (Gilbert, 2010). Mielestäni myötätuntoinen lähestymistapa lapsen biologisiin

vanhempiin ei ole keneltäkään pois, ja lapsen kannalta se voi kantaa hedelmää esimerkiksi parantuneena yhteistyönä vanhempien ja sijaishuoltopaikan välillä. Vaikka fokus työskentelyssä onkin lapsessa, on vanhemmillakin usein oma traumatarinansa kerrottavanaan. Suurin osa lapsista rakastaa edelleen biologista perhettään ja toivoo suhdetta heihin. Olisi tärkeää, ettei sijaishuoltopaikassa puhuttaisi negatiivisesti lapsen biologisesta perheestä. Terapeutti voi kuitenkin aikuisten tapaamisilla validoida sijaishoitajien kiukkua ja turhautumista biologisia vanhempia kohtaan (Cohen ym., 2012). Nämä tunteet on tärkeää olla riittävästi käsiteltynä, sillä sijoitetut lapset ovat elämäntapahtumistaan johtuen äärettömän herkkiä vaistoamaan toisten tunnetiloja ja asenteita. Sijaishoitajien negatiiviset mielikuvat biologisista vanhemmista siirtyvät herkästi lapsen kannettaviksi, ja hänen lojaliteettiristiriitansa kasvaa. Oletettavasti biologisten vanhempien mielikuvat hoito-henkilökunnasta vaikuttavat samalla tavalla.

Monesti sosiaalinen ympäristö ylläpitää lapsen tai nuoren ongelmia ja sijoitettujen lasten kanssa työskennellessä joudutaan tasapainoilemaan juuri sillä rajapinnalla, milloin lastensuojelulliset prosessit ovat ensisijaisia terapeutin prosessiin nähden. Näen näiden kahden prosessin etenevän monesti rinnakkain, ja olenkin alkanut kyseenalaistamaan sitä, ettei terapeutin työskentely olisi mahdollista tai tärkeää perheissä, joissa olosuhteet ovat muutoksessa. Mielestäni juuri silloin, kun lapsen tai nuoren elämä on myllerryksessä, hän tarvitsee terapeutin tukea ja jotain pysyvää muutosten keskellä. Terapeutin pitäisi luovasti käyttää TF-CBT -menetelmiä lasten ja nuorten auttamiseksi ja traumaoireiden vähentämiseksi eikä vain odottaa, että epävakait olosuhteet vakiintuvat (Murray ym., 2013).

Tämän TF-CBT -terapian soveltamiskokeilun myötä mielessäni vahvistui edelleen ajatus siitä, että sijoitettuja lapsia voi ja tulee hoitaa psykoterapeuttisin menetelmin kunkin lapsen yksilöllisistä tarpeista ja voinnista käsin. He ovat yhtä lailla oikeutettuja asianmukaiseen

tukeen ja apuun kuten kuka tahansa lapsi tai nuori. Terapeutilta vaaditaan erityistä sinnikkyyttä, luovuutta ja epävarmuuden sietokykyä tämän potilasryhmän kanssa työskenneltäessä. Jos yksikin näistä lapsista saa työskentelyn myötä edes hiukan helpotusta oireisiinsa ja toivoa tilanteeseensa, on työskentely ollut kaiken sen vaivan arvoista. Terapeutin toimiminen lastensuojelu-ympäristössä sisältää mielestäni paitsi haasteita, myös paljon mahdollisuuksia.

Lähteet

- Arki toimimaan-vinkkejä lapsen myönteiseen tukemiseen (2013). Porvoo: ADHD-liitto ry.
- Cohen, J., Mannarino, P. & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J.A. & Mannarino, P. (2008). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 158 - 162.
- Cohen, J., Mannarino, P. & Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents. Treatment Applications*. New York: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy. CBT Distinctive Features*. East Sussex: Routledge.
- Goodman, R. (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire* (online). Viitattu 13.6.2016. www.sdqinfo.com
- Haapsalo, T. & Kirkkopelto, K. (2013). *Molli. Hyvällä mielellä vai pahalla päällä – tunteet taidoiksi*. Lasten keskus, Helsinki.
- Hendricks, A., Cohen, J., Mannarino, A. & Deblinger, E. *Your Very Own TF-CBT Workbook* (online). Sinun ikioma TF-KBT työkirjasi. Käännös: Hus, lastenpsykiatria. Viitattu 26.3.2016. <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2014/07/Your-Very-Own-TF-CBT-Workbook-Final.pdf>
- Kirkkopelto, Katri (2013). *Molli. Lasten Keskus*, Helsinki.
- Kliethermes, M. & Wamser, R. (2012). *Adolescents with Complex Trauma*. Teoksessa J.A.Cohen, A.P.Mannarino & E. Deblinger (toim.), *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents. Treatment Applications*. New York: The Guilford Press. 175 - 196.
- Kovacks, M. (1979). *Children's Depression Inventory*.
- Kuusela, M. & Siltanen, K. (2013). *Traumaperäinen häiriö*. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim. 154 - 180.
- Mannerheimin Lastensuojeluliiton Vanhempainnetti (online). Viitattu 16.6.2016. http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/vanhemman_hyvinvointi/kyllin_hyvan_vanhemman_tarkistus/
- Murray, L., Cohen, J. & Mannarino, A. (2013). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Youth Who Experience Continuous Traumatic Exposure. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19:2, 180 - 195.
- Puustinen-Korhonen, A. & Pösö, T. Toteutuuko lapsen oikeus pysyviin kasvuolosuhteisiin? Puheenvuoro lastensuojelun vaikuttavuudesta. *Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisu* 2010:3.
- Pynoos, R. & Steinberg, A. (2013). *UCLA PTSD Index for DSM-V. Traumaperäisen stressihäiriön reaktioindeksi (UCLA) lapsille/nuorille, DSM-5*. Käännös Hus, Lastenpsykiatria.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W. & Clark, D. (2010). *Post-Traumatic Stress Disorder. Cognitive Therapy with Children and Young People*. London: Routledge.
- Suomen Mielenterveysseura (online). Viitattu 22.6.2016. Luettavissa <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/harjoitukset>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilasto Lastensuojelu 2014 (online). Viitattu 15.4.2016. Luettavissa <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/lasten-nuorten-ja-perheiden-sosiaalipalvelut/lastensuojelu/lastensuojelu-2014>
- TF-CBT Web. A Web-Based Learning Course for Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (online). Viitattu 7.3.2016. <https://tfcbt.musc.edu/>
- Traumaperäinen stressihäiriö (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu 7.6.2016. www.kaypahoito.fi
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. & Kabatt-Zinn, J. (2007). *Mielekkäästi irti masennuksesta: Tietoisien läsnäolon menetelmä*. Helsinki: Basam Books Oy.