

Dialektinen käyttäytymisterapia

C. J. Robins, A. M. Ivanoff & M. M. Linehan

Perustelut hoidolle

Epävakaa persoonallisuushäiriö -diagnoosin saanut potilas hoidossa

Kliinikot, joilla on kokemusta epävakaiden potilaiden hoidosta, raportoivat tavallisesti, että hoidon edistyminen on usein vaikeaa ja tulokset ovat suhteellisen vaatimattomia. Lisäksi epävakaa potilaan käyttäytyminen aiheuttaa ajoittain äärimmäistä stressiä häntä hoitavassa klinikossa. Mielenterveystyöntekijöiden työssä kaikkein stressaavimpia puolia ovat potilaiden itsemurhayritykset ja -uhkaukset sekä terapeuttia kohtaan ilmaistu suuttumus. Epävakaa persoonallisuushäiriö –diagnoosin saaneet henkilöt ovat usein potilaita, jotka kaikkein todennäköisimmin käyttävät kaikkien näiden kolmen käyttäytymismuodon yhdistelmiä. Koska työskentely epävakaiden potilaiden kanssa on kuormittavaa, dialektinen käyttäytymisterapia (dialectical behavior therapy, DBT) edellyttää että kaikki tähän hoitoon osallistuvat työntekijät ovat säännöllistä tukea, opastusta ja koulutusta tarjoavan hoitotiimin jäseninä.

DSM-IV luokituksen mukaan epävakaa persoonallisuushäiriö –diagnoosin saadakseen henkilön tulee täyttää vähintään viis yhdeksästä kriteeristä, jotka kuvaavat ”pysyvää epävakaisuutta ihmissuhteissa, minäkuvassa ja tunteissa sekä huomattavaa impulsiivisuutta (APA, 1994, s. 654). Dialektisessä käyttäytymisterapiassa on hyödyllistä jäsentää nämä kriteerit viideksi alueeksi, joissa yksilön itsesäätely ei toimi riittävän hyvin: tunteet, ihmissuhteet, itsetunto, impulsiivinen ja itsetuhoinen käyttäytyminen ja kognitiot.

Emotionaalinen virhesäätely

Dialektinen käyttäytymisterapia (DBT) lähtee olettamuksesta, että ongelmat tunteiden säätelyssä on se keskeinen ongelma, joka johtaa muihin säätelyongelmiin. DSM IV mainitsee tässä yhteydessä ”affektiivisen epävakauden, joka johtuu mielialan

C. J. Robins, A. M. Ivanoff & M. M. Linehan: Dialectical behaviour therapy. Teoksessa John W. Livesley (toim.) Handbook of Personality Disorders: Theory Research and Treatment (ss. 437-459). New York: Guilford 2001. Käännös (Jussi Nissinen & Nils Holmberg) tekijöiden luvalla.

merkittävästä reaktiivisuudesta”(s 654). Kriteereissä ei mainita usein yhtäaikaan esiintyvää masennushäiriötä (noin 50%, Gunderson & Elliott, 1985).

Kokemuksemme mukaan useilla potilailla, joilla on epävakaata persoonallisuushäiriötä, on sekä krooninen keskivaikeasta vakavaan yltävä depressio että voimakas alttius ja äärimmäisyys tunteiden kokemisessa ja ilmaisemisessa, asteikon yltäessä raivosta aina syvimpään melankoliaan. On olemassa myös niitä, joiden kohdalla näyttää täyttyvän sekä epävakaan persoonallisuushäiriön että II-tyyppin kaksisuuntaisen mielialahäiriön kriteerit; tämä oirehan sopii kumpaankin näistä häiriöistä. Toinen tunteiden säätelyongelmien kriteeri on ”epäadekvaatti voimakas suuttumus tai vaikeudet kontrolloida suuttumusta” (s. 654). Tämä on varmaankin yksi niistä kriteereistä, jotka kaikkein todennäköisimmin saavat klinikon harkitsemaan tätä diagnoosia. Kuitenkin, kokemuksemme mukaan, yli puolella tämän diagnoosin saaneista potilaista on enemmän ongelmia suuttumuksen liian *vähäisessä* ilmaisussa. Osa heilahtelee näiden kahden ääripään välimastossa, osa pysyy pääasiassa jommassakummassa ääripäässä. Harvat kykenevät kehittämään synteetin, joka olisi asianmukaista päättävistä ja jäykkää reagoimista. Dialektinen käyttäytymisterapia lähtee olettamuksesta, että vaikka suuttumus onkin erikseen mainittu DSM -luokituksessa, ei sillä ole erityisasemaa tunneasteikossa. Oletamme että epävakailla potilailla on vaikeuksia kaikenlaisten tunteiden, sekä ”kielteisten”, kuten suuttumuksen, pelon, surun, häpeän ja kateuden, että usein myös ”myönteisten”, kuten ilon ja rakkauden, säätelyssä.

Ongelmat ihmissuhteiden säätelyssä

DSM IV kuvaa ”kiihkeitä yrityksiä välttää todelliselta tai kuvitellulta hylätyksi tulemiselta (s. 654). Kokemuksemme mukaan nämä yritykset liittyvät usein todelliseen aiempaan tai ajankohtaiseen kokemukseen hylkäämisestä. Lähes kaikilla tämän diagnoosin saaneilla on huoli hylätyksi tulemisesta, ja osa yrittää kuumeisesti välttää sitä. Hylkäämiset ovat vain yksi osa ”epävakaasta ja intensiivisestä ihmissuhdekäyttäytymismallista, jota luonnehtii vaihtelut idealisaation ja devaluaation ääripäiden välillä (s. 654). Monien epävakaiden potilaiden elämässä voimakas tarve läheisiin ihmissuhteisiin ja niiden toistuva puuttuminen myötävaikuttavat siihen, että he idealisoivat niitä ihmisiä, joista on apua ja joita he ihailevat tai muuten arvostavat. Terapeutti saattaa kuulla hoidon alkuvaiheessa, että hän on ”ainoa terapeutti, joka on todella ymmärtänyt minua ja pystynyt auttamaan minua tällä tavoin”. Tämä saattaa hyvinkin olla aito ilmaus potilaan senhetkisistä kokemuksista. Kuitenkin kokenut terapeutti

tietää, että hän hyvin todennäköisesti tulee tuottamaan potilaalleen pettymyksen, mahdollisesti hyvinkin vakavan, ja tulee sen yhteydessä nähdyksi kaiken pahan alkuna, typeryksenä, välinpitämättömänä robottina tai täysin kyvyttömänä. Voidakseen käsitellä hoitosuhteen laatuun ja läheisyyteen liittyvät hyvät ja huonot hetket, terapeutti tarvitsee paitsi konsultoivaa tiimiä myös teorian, joka auttaa asettamaan potilaan epämiellyttävän tai stressaavan käyttäytymisen ymmärrettäviin yhteyksiinsä. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa oletetaan, että keskeiset ongelmat tunteiden säätelyssä johtavat siihen, että yksilöstä tulee poikkeuksellisen riippuvainen toisista ihmisistä saadakseen apua tunteittensa säätelyyn.

Ongelmat itsesäätelyssä

DSM IV kuvaa, että epävakailta henkilöillä on ”merkittävästi ja jatkuvasti epävakaa minäkuva tai kokemus itsestä” sekä ”kroonisia tyhjyyden tuntemuksia” (s. 654). Dialektinen käyttäytymisterapia olettaa, että tyhjyyden tunteet ovat heijastusta ongelmista, jotka liittyvät itsen kokemiseen. Potilaat ovat usein epävarmoja tavoitteistaan, suunnastaan ja arvoistaan. Usein heidän itseluottamuksensa on alhainen, ja he kokevat itsensä tyhjiksi. On olemassa kuitenkin yksi näkökohta, jonka suhteen näiden potilaiden itsetunto usein on vakaa; se että he ovat ”pahoja” tai ”puutteellisia”. Tämä minäkuvan ydin säilyy usein pitkään senkin jälkeen kun monet ilmiökäyttäytymisen säätelyongelmista on korjautunut. Minäkuvan eri puolien epävakaisuus voi olla seurausta mielialan äärimmäisestä vaihtelusta ja siihen liittyvästä äärikkäyttäytymisestä.

Käyttäytymisen virhesäätely

DSM IV:n mukaan epävakait potilaat osoittavat sekä ”impulsiivisuutta ainakin kahdella potentiaalisesti itselle vahingollisella alueella (esim. tuhlaaminen, seksi, kemiallisten aineiden käyttö, holtiton liikennekäyttäytyminen, ahmiminen) että ”toistuvaa itsetuhokäytöstä, siihen viittaavia eleitä tai uhkauksia tai itsensä viiltelyä ym. vahingoittamista” (s. 654). Epävakailta potilailla on taipumus käyttäytyä äärimmäisillä tavoilla, joista on kielteisiä seurauksia. Kokemuksemme mukaan tämä on joskus impulsiivista, joskus taas ei. Joskus on kyse täysin suunnitelmallisesta toiminnasta. Kummassakin tapauksessa kyse on käyttäytymisestä, jonka muuttaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Dialektinen käyttäytymisterapia on kiinnostunut tämän käyttäytymisen funktiosta ja olettaa, että sen tarkoituksena on muuttaa tunnekokemuksia. Niinpä tällainen käyttäytyminen onkin usein seuraus tunteiden virhesäätelyn perusongelmasta. Oli sitten kyse itsensä viiltelystä tai palohaavojen aiheuttamisesta, ahmimisesta ja oksentamisesta, alkoholin tai huumeiden käytöstä tai muusta impulsiivisesta käyttäytymisestä, nämä potilaat kertovat lähes aina, että he tuntevat olonsa *paremmaksi* tämän käyttäytymisen aikana tai välittömästi sen jälkeen. Miten kamppailla tällaista itseään vahvistavaa taipumusta vastaan, joka saa ihmisen käyttäytymään mahdollisimman haitallisella tavalla, on yksi niistä suurista haasteista, joita terapeutti kohtaa työssään. Tunteisiin ja odotuksiin liittyvien kroonisten itsetuho-ajatusten lisäksi nämä potilaat saattavat käyttäytyä avoimen itsetuhoisesti aiheuttamalla tarkoituksellisesti eri tavoin itselleen vahinkoa. Itsensä vahingoittamisen skaala voi ulottua itsensä raapimisesta tai päänsä hakkaamisesta aina lääketieteellisesti kaikkein vakaviin täysin tarkoituksellisiin itsemurhayrityksiin. Sellainen termi kuin esimerkiksi ”suisidaalinen ele” antaa ymmärtää, että taustalla on jokin erityinen kommunikaation liittyvä motiivi itsetuhokäyttäytymiselle ja uskoaksemme klinikot joskus tekevät johtopäätökset tämänkaltaisesta motiivista hyvin vähäisin todistein. Kommunikaatio on joskus potilaan tarkoituksena, joskus taas ei. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa me mieluummin teemme asiasta tarkan arvion sen sijaan, että tekisimme oletuksia potilaan aikomuksesta ja käytämme mieluummin ilmausta ”itsetuhokäyttäytyminen (parasuicidal behavior)”, johon ei sisälly olettamusta aikomuksesta eikä myöskään arvopäätelmiä. Vältämme myös ”manipuloiva” termin käyttämistä. Terapeutti ja muut voivat kokea tulleen manipuloituksi, mutta on varottava, ettei päättele aikomusta lopputuloksesta (siitä että terapeutti tuntee itsensä manipuloituksi ei voida päätellä, että potilaan aikomus on ollut manipuloida). Epävakaat potilaat ovat usein kehoja manipuloijia, jos ajatellaan lopputuloksen taitavaa aikaansaamista, mihin termi viittaa. Ongelmallisempaa on se, että jos terapeutti pitää potilastaan ”manipuloivana”, on todennäköisempää, että hän joutuu vaikeuksiin tämän kanssa. Potilaasta pitäminen on monesti olennainen edellytys sille, että terapeutti kestää potilaansa rinnalla niin kauan, että tämä saavuttaa elämisen arvoisen elämän. Sen ymmärtäminen, mikä ajaa niinkin ”hulluun” ja joskus pelottavaan käyttäytymiseen kuin ”itsetuhoon”, voi auttaa terapeuttia sietämään sitä. Se lisää myös hoitotoiminnan perustana olevaa empatiaa ja kunnioitusta potilaitaan kohtaan, mikä on välttämätöntä, jotta hän voisi auttaa heitä muuttumaan.

Kognitiivinen virhesäätely

DSM-IV luokittelussa epävakaa persoonallisuushäiriön kriteereistä viimeisenä mainitaan ”hetkellinen stressiin liittyvä paranoidinen ajattelu tai vakava dissosiativinen oireilu”. Stressitilanteissa pieni osa potilaista näyttää tulevan hetkittäin paranoidisiksi, dissosiativisiksi tai heillä voi olla mielialaa myötäileviä usein itsekritiikkiä sisältäviä kuuloaistimuksia. Dialektinen käyttäytymisterapia olettaa, että äärimmäisistä tunteista seuraa kaikille ihmisille ajatusvirheitä, mukaan lukien edellä mainittuja äärimmäisiä oireita. Näiden jaksojen aikana sekä potilaan että terapeutin stressin taso nousee huomattavasti, ja terapeutti saattaa joutua harkitsemaan laitoshoidonjaksoja ja muita tehostetun hoidon vaihtoehtoja.

Dialektisen käyttäytymisterapian yleiskatsaus

Käyttäytymisterapiaan kuuluu erilaisia empiirisesti tutkittuja tuloksellisia hoitomenetelmiä, joita on sovellettu hyvin monenlaisiin aikuisten ja lasten häiriöihin, mutta mitä *dialektinen* käyttäytymisterapia on? Siinä käyttäytymisterapian peruseriaatteisiin integroidaan muita näkökulmia ja käytäntöjä, etenkin Zen-filosofian periaatteita ja käytäntöjä ja sitä ohjaavaa dialektista ajattelua. Marsha Linehan (1987; 1993a) kehitti tätä hoitomallia lähes kahdenkymmenen vuoden ajan työskennellessään kroonisesti suisidaalisten naispotilaiden kanssa. Hoitomallin perustana on sekä käyttäytymisterapian että kognitiivisen terapian periaatteet ja hoitokäytännöt. Malli korostaa systemaattisen arvioinnin ja tiedon keruun merkitystä hoidon aikana. Siinä tavoitteena oleva käyttäytyminen määritellään selkeästi ja operationaalisesti, terapeutti-potilas –suhteessa korostetaan yhteistyötä, potilas perehdytetään hoidon periaatteisiin, hoito sisältää potilaan opettamista ja siinä käytetään kognitiivisen ja behavioraalisen terapian normaaleja strategioita. Mutta malliin kuuluu myös joukko perinteisestä lähestymistavasta eroavia piirteitä, jotka ovat syntyneet reaktionä tämän potilasryhmän ongelmiin. Yksi niistä on dialektiikan korostaminen. Perusdialektiikka tämän potilasryhmän kohdalla on tarve sekä *hyväksynnän saamiseen* että *muuttumiseen*. Terapeutin tulee hyväksyä potilas sellaisena kuin tämä on ja samanaikaisesti koko ajan ja sinnikkäästi tukea potilasta muutokseen ja auttaa häntä siinä. Terapeutti yrittää kehittää ja vahvistaa potilaan hyväksyvää asennetta todellisuuttaan kohtaan yhtä lailla kun tämän motivaatiota ja kykyä muuttaa sitä, mikä on muutettavissa. Tämä dialektiikka on tulosta käyttäytymisterapian integroitumisesta Zen-käytäntöjen ja Rogerilaisen terapian käytäntöjen kanssa. Terapeutin tulee ajatella dialekti-

sesti, niin ettei hän polarisoidu, vaan näkee vastakohtien arvon ja löytää niistä asianmukaisen synteessin.

Hoitomalli lepää kahden perusstrategian dialektiikan varassa: *validointi- eli todentamisstrategiat* ja *ongelmanratkaisustrategiat*. Käyttäytymisterapia on perinteisesti korostanut ongelmanratkaisua, mutta sillä on ollut vähän sanottavaa validoinnista tai hyväksymisestä. Linehanin hoitomalliin kuuluu myös dialektinen suhde kahden kommunikaatiotyylin välillä: vastavuoroisen tyylin ja suorasukaisen tyylin. Potilastapauksen hallintastrategioina se sisältää dialektiikkaa sen välillä, että toisaalta potilasta konsultoidaan siinä, miten hänen tulee toimia ympäristönsä suhteen ja toisaalta terapeutti tekee suoria interventioita potilaan ympäristöön. Dialektinen käyttäytymisterapia kehitettiin ratkaisemaan tilanteita, jotka johtivat usein sekä käyttäytymis- että muita terapeutteja umpikujiiin ja joissakin tapauksissa jopa siihen, että terapeutti toiminnallaan myötävaikutti potilaan voinnin heikkenemiseen. Dialektinen käyttäytymisterapia ei erityisesti korosta epävakaiden potilaiden puuttuvaa motivaatiota tai vastustusta yrittäessään ymmärtää, miten vaikeata heidän on muuttua. Pikemminkin se tunnistaa, että heillä lähes aina on puutteelliset taidot säädellä vuorovaikutusta, tunteita, ahdinkoa jne. Kuitenkin käyttäytymisterapeutti, joka yrittää hoitaa epävakaa potilasta suhteellisen strukturoidusti taitojen oppimisen ja harjoittelun avulla, samalla tavalla kuin masentuneiden tai ahdistuneiden potilaiden kohdalla, huomaa pian että potilaan emotionaalisen herkkyyden vuoksi taidot ja ongelmanratkaisut tulee esittää tavalla, joka saa potilaan tuntemaan itsensä ymmärretyksi ja todennetuksi, varsinkin koskien tunteidensa ja motiivinsa suhteen.

Taitojen harjoittelu on usein lähes mahdotonta yksilöterapiassa epävakaiden potilaiden kanssa johtuen toistuvista kaaostilanteista ja kriiseistä heidän elämässään. Jokaisessa istunnossa saattaa jokin aivan uusi käyttäytyminen tai tilanne vaatia psykoterapeuttista käsittelyä. Tämän vuoksi Linehan päätti erottaa taitojen harjoittelun omaksi erilliseksi osakseen hoitoa, toteuttavaksi ryhmäterapiana. Tavoitteena oli vapauttaa yksilöterapeutti auttamaan potilasta selviytymään kriiseistä, vahvistamaan tätä taitojen soveltamisessa ja käsittelemään motivaatiotekijöitä, jotka estävät häntä käyttämästä jo olemassa olevia taitojaan. Näin ollen dialektisessä käyttäytymisterapiassa oletetaan, että potilailta ei vain puutu taitoja vaan he eivät myöskään käytä niitä taitoja joita heillä jo on. Tässä terapiamuodossa termi ”motivaatiotekijät” viittaa tunteisiin, kognitioihin tai vahvistussuhteisiin, jotka vaikuttavat eri tavoin taidokkaaseen käyttäytymiseen. Terapetin tehtävänä on auttaa potilasta ylittämään

esteitä, muokkaamaan uskomuksiaan ja ajattelutapojaan sekä järjestämään uudelleen asianmukaiseen ja epäasianmukaiseen käyttäytymiseen johtavia vahvistussuhteita. Näin ollen hoito pyrkii sekä taitojen kehittämiseen että kiinnittämään asianmukaista huomiota niihin lukuksiin motivaatiotekijöihin, jotka voivat vaikuttaa taitojen käyttämiseen.

Empiirinen näyttö

Dialektinen käyttäytymisterapia on ainoa avohoidossa käytetty psykoterapiamuoto, jonka tuloksellisuudesta on empiiristä näyttöä satunnaisotoksella toteutetulla tutkimusasetelmalla (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard 1991). Linehan, Tutek, Heard ja Armstrong (1994) raportoivat, että dialektisen käyttäytymisterapian tuloksellisuus oli merkitsevästi parempi kuin ”tavallisella hoidolla” (treatment as usual) pitkäaikaisesti itsetuhoisten naispotilaiden hoidossa vuoden seurannalla, kun mittarina käytettiin itsensä vahingoittamista, laitoshoidojaksojen tiheyttä ja kestoja sekä hoidon keskeyttämistä. Dialektiseen käyttäytymisterapiaan osallistuneilla naisilla suuttumuksen tunteiden kokeminen ja ilmaisu väheni ja sosiaalisten roolien toimivuus parani enemmän kuin keskimäärin. Nämä vaikutukset kestivät yli 6-12 kuukauden seuranta-ajan (Linehan, Heard & Armstrong 1993).

Ensimmäinen riippumattomien tutkijoiden tekemä tutkimus dialektisen käyttäytymisterapian tulosten toistettavuudesta totesi, että dialektinen käyttäytymisterapia on ylivoimainen verrattuna tavanomaiseen hoitomenetelmään (treatment as usual) monen tärkeän muuttujan osalta. Koons et al (painossa) vertasi dialektista käyttäytymisterapiaa tavanomaiseen hoitoon Veteran’s Administration klinikalla 20 epävakaana persoonallisuushäiriö –diagnoosin saaneen naispotilaan hoidossa. Kuuden kuukauden hoitjakson jälkeen dialektisen käyttäytymisterapian ohjelmassa mukana olleilla potilailla itsetuho-ajatukset, epätoivo, masennus ja suuttumuksen ilmaisut olivat raporttien mukaan vähentyneet merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmässä. Lisäksi vain DBT -potilaiden kohdalla oli osoitettavissa merkittävää vähenemistä itsetuhokäyttäytymisessä, suuttumuksen tunteiden ilmaisussa ja dissosiativisessa ajattelussa. Kummankin ryhmän potilailla raportoitiin masennusoireiden ja epävakaan persoonallisuushäiriön kriteereiden määrän vähenemistä. Kummassakaan ryhmässä ei todettu ahdistusoireiden vähenemistä.

Vaikuttaa siis siltä, että riippumaton hoitotutkimusryhmä voi toteuttaa tätä hoitomallia tuloksellisesti toisessa hoitopaikassa ja näin ollen malli on siirrettävissä eteenpäin. Nyt on tärkeää verrata dialektista käyttäytymisterapiaa muihin hoitomalleihin, joita on manualisoitu tai joiden siirtäminen on tehty muutoin mahdolliseksi. Bateman ja Fonagay (1999) on toistaiseksi raportoinut ainoasta muusta ratatilapotilaiden psykososiaaliseen hoitoon kohdistavasta tutkimuksesta, joka on toteutettu satunnaisotoksella. Pitkäkestoinen psykodynaaminen avohoitohjelma, johon kuului laitoshoitajaksoja, tuotti merkittävästi parempia tuloksia kuin pelkä avohoidossa annettu lääkitys ja kliininen hoito.

Dialektisen käyttäytymisterapian teoreettinen perusta

Dialektinen käyttäytymisterapian taustalta löytyy kaksi teoriaa: 1) biososiaalinen teoria epävakasta persoonallisuudesta, joka auttaa terapeuttia ymmärtämään potilaan käyttäytymistä ja hahmottamaan, miten tämän tulee muuttua ja mitä tämän tulee oppia, ja 2) käyttäytymisterapiasta, Zen-filosofiasta ja dialektiikasta johdetut hoidon perusperiaatteet, jotka kertovat terapeutille, miten hän voi olla avuksi näiden muutosten aikaansaamisessa.

Biososiaalinen teoria epävakasta persoonallisuudesta

Kehittäessään teoriaa epävakaa persoonallisuushäiriön etiologiasta ja ylläpidosta Linehan pyrki ottamaan huomioon useita eri vaatimuksia: 1) sen pitää sopia yhteen uusimman empirisen tiedon kanssa, 2) sen tulee olla käytännöllinen, opastaen terapeuttia siinä miten toimia vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, ja 3) sen tulee synnyttää terapeutissa tehokkaan myötätunnon asenne, joka auttaa häntä pysymään potilaan rinnalla vaikeimpinakin aikoina.

Biososiaalisen teorian ydinajatus on, että epävakaa persoonallisuushäiriö on seurausta vuorovaikutussarjasta tunteiden virhesäätelyn ja invalidoivan, mitätöivän ympäristön välillä. Tunteitaan äärimmäisellä tavalla ilmaiseva ihminen kokee helposti kokemustensa ja käyttäytymisensä mitätöintiä ympäristön taholta, kun läheisten ihmisten on vaikea ymmärtää tunnereaktioiden intensiivisyyttä. Kokemus siitä, että tulee jatkuvasti mitätöidyksi, on taas omiaan lisäämään tunteiden säätelyn ongelmia ja vähentämään tunteiden säätelyn taitojen oppimista.

Emotionaalinen virhesäätely

Tunteiden säätelyn vaikeudet voivat johtua kahden tekijän yhteisvaikutuksesta. Ne ovat luontainen emotionaalinen yliherkkyys, haavoittuvuus sekä tunteiden moduloinnin vaikeudet (henkilöllä on ikään kuin vaikea vaihtaa sävellajia tilanteen mukaan). Ellei yksilö ole tunteissaan erityisen herkkä tai jos tunteissaan yliherkällä yksilöllä on kyky moduloida tunteitaan, hän ei käyttäydy tavalla, joka johtaa diagnoosiin epävakaata persoonallisuushäiriötä.

Emotionaalinen yliherkkyys voi osaltaan olla biologisesti määrätynyt, kuten on temperamentin laita. Emotionaalisesti yliherkällä henkilöllä on matala kynnyks reagoimaan, ja reaktiot ovat hyvin nopeita ja voimakkaita. Hyvin voimakkaat tunteet puolestaan aiheuttavat kenellä tahansa virheitä kognitioiden prosessoinnissa. Valitettavasti enemmistö epävakaista potilaista elää suurimman osan ajastaan ylivirittyneessä tilassa ja sen vuoksi kognitioiden säätely on heillä virheellistä. Emotionaaliseen yliherkkyyteen liittyy tavallisesti myös hidas palautuminen perusvireeseen, mikä osaltaan myötävaikuttaa herkkyyteen reagoimaan voimakkaasti seuraavaan emotionaaliseen ärsykkeeseen.

Vaikeudet tunteiden moduloinnissa on myös iso haaste epävakaille potilaille. Perustutkimuksessa on löydetty lukuisia tekijöitä, jotka ovat tärkeitä tunteiden moduloinnille. Näitä ovat kyky huomion uudelleenorientoimiseen, kyky mielialanmukaisen käyttäytymisen estämiseen, kyky fyysisen kiihottuneisuuden muuttamiseen, kyky tunteiden kokemiseen ilman niiden kiihdyttämistä tai lieventämistä ja kyky organisoida oma käyttäytyminen ulkoisten, ei mielialasta riippuvaisten tavoitteiden palvelukseen. Nämä kaikki ovat taitoja, joita voidaan, suurelta osin, oppia. Nämä ovat kuitenkin taitoja, joita enemmistö epävakaista potilaista ei ole syystä tai toisesta oppinut. Tämän vuoksi hoidossa yksi tärkeä puoli on taitojen opettaminen.

Mitätöivä ympäristö

Keskeinen piirre invalidoivassa, mitätoivässä ympäristössä on se, että henkilökohtaisia kokemuksia (tunteet ja ajatukset) ja ulkoista käyttäytymistä ”pidetään usein vääränä reaktion tapahtumiin, niistä rangaistaan, niitä trivialisoidaan, mitätoivataan ja jätetään huomiotta ja/tai niitä pidetään sosiaalisesti ei hyväksyttävänä luonteenpiirteinä.” (Linehan & Kehrer 1993).

Lisäksi, vaikka tunneviestintä on saatettu mitätöidä tai siitä on rangaistu, sen äärimmäisiä ilmenemismuotoja on taas vahvistettu antamalla niille enemmän huomiota tai vastaamalla äärimmäisellä tavalla esitettyihin vaatimuksiin. Emotionaalisesti yliherkkien, ”hankalien” lasten käyttäytyminen saattaa herättää tämäntyyppisiä reaktioita ympäristössä. Jatkuvan mitätöinnin seurauksena voi kehittyä mm. vaikeuksia tunteiden oikeassa nimeämisessä, tunteiden tehokkaassa säätelyssä ja kyvyssä luottaa kokemustensa todenperäisyyteen.

Lisäksi mitätöivä ympäristö saattaa esittää tavoitteisiin pääsyn ja ongelmien ratkaisun yksinkertaisina asioina. Yksinkertaistaessaan ongelmien ratkaisun tällainen ympäristö ei opeta ongelmien ratkaisutaitoja, portaittaista etenemistä tavoitteisiin pääsemiseksi tai ahdingon sietoa. Se opettaa sen sijaan täydellisyyteen pyrkimistä ja itsensä rankaisua oman käyttäytymisen muuttamisen strategiana. Lisäksi vain äärimmäisen tunneilmaisun vahvistaminen opettaa yksilöä heilahtelemaan tunteiden sammuttamisen ja äärimmäisen tunnevaltaisen käyttäytymisen välillä.

Tätä mallia ei esitetä vain epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvän käyttäytymisen ja vuorovaikutuksen syntymekanismien mallina, vaan myös mallina häiriöön liittyvän käyttäytymisen ylläpitämisestä. Terapeuttien on tarpeen tiedostaa, että heillä voi olla taipumus reagoida näihin potilaisiin mitätöivästi. Korostaessaan, että mitätöinti on ongelmiin vaikuttava tekijä, tämä malli johdonmukaisesti pitää validointia toisena keskeisenä strategiana dialektisessä käyttäytymisterapiassa. Suuri osa potilaan käyttäytymisestä on monesta näkökulmasta katsottuna vähemmän järkevää. Kaikki käyttäytyminen voi kuitenkin olla järkevää, validia jostakin toisesta näkökulmasta katsottuna. Terapeutin tulee pyrkiä tietoisesti paikantamaan ja tunnistamaan järkevyyden saareke potilaan vähemmän järkevän käyttäytymisen valtameresssä (dialektinen lähestymistapa) niin että potilas kokiessaan, että häntä ymmärretään ja hänet hyväksytään, kykenee etenemään kohti taidokkaampaa käyttäytymistä.

Dialektisen käyttäytymisterapian keskeiset hoidon periaatteet

Dialektinen käyttäytymisterapian hoidon periaatteiden taustalla on kolme tiedon perinnettä: käyttäytymisterapia, Zen- ja dialektinen filosofia.

Käyttäytymisterapia

Käyttäytymisterapian periaatteilla me tarkoitamme ensisijaisesti oppimisen periaatteita.

Dialektinen käyttäytymisterapia olettaa, että suuri osa haitallisesta käyttäytymisestä, niin ulkoisesta kuin privaattista (kuten ajatukset ja tunteet), on opittua ja tämän vuoksi se voidaan, periaatteessa, korvata uuden oppimisella. Kolme pääasiallista tapaa oppia on: 1) mallioppiminen, missä opitaan muita havainnoimalla, 2) operantti ehdollistaminen, opitaan käyttäytymisen ja sen seurausten välinen yhteys, 3) klassinen ehdollistaminen, opitaan kahden ärsykkeen välinen assosiaatio. Kaikki nämä kolme prosessia ovat keskeisiä ymmärrettäessä ja muutettaessa haitallista käyttäytymistä.

Kun seuraukset seuraavat käyttäytymistä ja tuloksena on sen mukaisesti kyseisen käyttäytymisen lisääntymistä tai vähenemistä, kyse on vahvistamisen ja rankaisun operanteista prosesseista (instrumentaalinen ehdollistaminen). Kun aiemmin vahvistettua käyttäytymistä ei enää vahvisteta, ko. käyttäytymisen määrä vähenee, mitä kutsutaan käyttäytymisen sammumiseksi. Vanhemmat, opettajat ja monet muut tuntevat laajalti nämä periaatteet ja soveltavat niitä systemaattisesti, mutta terapeutit eivät useinkaan ota niitä huomioon potilaan käyttäytymisessä ja terapeutin ja potilaan vuorovaikutussuhteessa. Terapeutin tulee välttää vahvistamasta epätarkoituksenmukaista käyttäytymistä esimerkiksi antamalla enemmän huomiota potilaalle silloin, kun tämä käyttäytyy epätarkoituksenmukaisesti tai rankaisemalla tai jättämällä vahvistamatta ensi pyrkimyksiä kohti taidokasta käyttäytymistä vain sen vuoksi että käyttäytyminen on vielä kovin kaukana tavoitellusta. Terapeutin tulee terapiassa etsiä kohtia, missä hän voi tarjota vuorovaikutukseen liittyviä uusia, korjaavia vahvistussuhteita potilaan käyttäytymiselle.

Klassisessa ehdollistamisessa kaksi ärsykettä liitetään toisiinsa, niin että luontainen reaktio toiseen niistä tulee opituksi reaktioksi myös toiseen. Jos on tullut raiskatuksi pimeällä kujalla, pimeän kujan läheisyys voi laukaista täydellisen pelkoreaktion. Tällä tavoin voidaan op-

pia positiivisia mutta haitallisia yhteyksiä kahden ärsykkeen välillä, kuten yhteys itsensä vahingoittamiseen käytetyn puukon näkemisen tai koskettamisen ja emotionaalisen helpotuksen välillä.

Ennen kuin käyttäytymistä yritetään muuttaa, on olennaista ensin ymmärtää, mitkä tekijät nykyisyydessä ylläpitävät kyseistä käyttäytymistä. Tähän ymmärrykseen päästään käyttäytymisanalyysilla, mikä tarkoittaa yksityiskohtaista askel askeleelta etenevää analyysiä käyttäytymistä edeltävistä eri vaiheista, itse käyttäytymisestä sekä sen seurauksista. Myöhemmin kuvaamme yksityiskohtaisemmin, miten tämä tehdään käytännössä.

Zen

Zen käytäntöihin liittyvien periaatteiden tuominen dialektiseen käyttäytymisterapiaan sai alkunsa suurelta osin siitä, että näiden potilaiden on erittäin tarpeellista kehittää hyväksyvämpi asenne usein tuskalliseen todellisuuteen. Muissakin hengellisissä perinteissä on löydettävissä arvokkaita opetuksia hyväksymiseen liittyvistä kysymyksistä, mutta Zen on kehittänyt nimenomaisesti tähän aiheeseen liittyviä menetelmiä. Yksi kaikkein ratkaisevimmista Zenin periaatteista ja dialektisen käyttäytymisterapian keskeisistä lähestymistavoista on se, että on tärkeää olla tietoinen tästä hetkestä, nähdä todellisuus ilman harhakuvitelmia, hyväksyä todellisuus ilman arviointia, luopua ahdinkoa aiheuttavista kiintymyksistä ja löytää keskitie. Zenille on luonteenomaista humanistinen oletamus, että kaikilla yksilöillä on sisäinen kyky valaistukseen ja totuuteen; dialektisessa käyttäytymisterapiassa tätä kutsutaan ”viisaaksi mieleksi”.

Dialektiikka

Dialektiikka viittaa vastakkaisten elementtien, mielikuvien tai tapahtumien – teesin ja anti-teesin – synteesiin pyrkivään prosessiin. Henkilöt, joilla on epävakaata persoonallisuushäiriötä, ovat tavallisesti ei-dialektisia ajattelussaan ja käyttäytymisessään, osoittaen polarisoituneita uskomuksia ja toimintoja. Paremmiin tasapainotetun, synteesiin pyrkivän ja dialektisen ajattelumallin mallintaminen ja suora opettaminen on ylästrategia dialektisessa käyttäytymisterapiassa. Lisäksi todettakoon, että dialektinen maailmankuva sisältyy tähän terapiaan. Siinä tarkastellaan todellisuutta kokonaisuutena ja vastavuoroisista suhteista muodostuvana ja samanaikaisesti kaksinapaisena ja vastakkaisuuksia sisältävänä, samalla tavoin kuin atomi

koostuu vastakkaisista voimista. Todellisuus on jatkuvassa muutoksessa ja sen osat vaikuttavat toisiinsa. Tämä maailmankuva on yhdenmukainen biososiaalisen teorian transaktiionaalisen, systeemisen luonteen kanssa, samoin kuin sen näkemyksen kanssa, että terapeutti ja potilas ovat dialektisessa suhteessa vaikuttaen toinen toisiinsa siten, että se väistämättä johtaa muutokseen kummassakin.

Dialektista filosofiaa sovelletaan myös siinä, kun hoidossa tasapainotetaan keskenään muutokseen pyrkiviä strategioita ja hyväksymiseen suuntautuneita strategioita. Hoidon tasapainottaminen ei tarkoita vahvojen vastakkaisuuksien vesittämistä vaan usein kummankin puolen huomioonottamista ja nopeaa liikkumista yhdentyypisistä strategioista toisentyypiseen. Terapeutin kyky olla tietoisesti läsnä (mindful) on keskeinen tekijä nopeita muutoksia seurattaessa ja terapeutin tuleekin harjoitella omaa kykyään olla tietoisesti läsnä (Lynch & Robins, 1997; Robins, painossa). Lopuksi voi todeta, että dialektinen filosofia on luonteenomaista dialektisen käyttäytymisterapian hoidon tavoitteille ja siinä opetuille taidoille. Näitä ovat toisaalta muutokseen pyrkivät tavoitteet tunteiden säätelyn parantamiseksi ja vuorovaikutustaitojen lisäämiseksi ja toisaalta enemmän hyväksyntään suuntautuneet tavoitteet siinä, että opitaan tietoisesta läsnäolosta ja ahdingon sietoa. Potilaiden tarvitsee oppia hyväksymään yhtä paljon kuin heidän tarvitsee muuttua. Hyväksymisen oppiminen on tietenkin muutos itsessään.

Olettamuksia potilaista ja hoidosta

Koska dialektinen käyttäytymisterapia perustuu oppimisteorialle, meditaatioharjoituksille ja dialektiselle filosofialle, tietyt olettamukset terapiasta ja potilaista ovat sille luonteenomaisia. Nämä olettamukset heijastavat uskomusta, että itsetuho-ajatuksia ja –yrityksiä toistavien epävakaiden potilaiden elämä on sietämätöntä ”tässä ja nyt” elettyinä. Sitä voi olla myös tasapainottelu *hyväksymisen* (esim. ”potilaat yrittävät parhaansa”, ”potilaat haluavat parantua” ja ”potilaat eivät voi epäonnistua dialektisessa käyttäytymisterapiassa”) ja *muutoksen* (esim. ”potilaat eivät ole itse aiheuttaneet kaikkia ongelmiaan, mutta heidän täytyy ratkaista ne joka tapauksessa” ja ”potilaiden tulee onnistua paremmin, yrittää enemmän ja olla motivoituneempia muutokseen”) välillä. Terapeuttiin suuntautuvat olettamukset terapian toteuttamistavasta ja prosessista kuvaavat terapeutista systeemiä, jossa samat periaatteet koskettavat sekä potilasta että terapeuttia. Nämä lähtökohdat ohjaavat terapeutista ”maailmankuvaa” ja käyttäytymistä todentaen sekä terapeutin tuen tarvetta että epäonnistumisen realiteetteja.

Hoidon vaiheet ja tavoitteet/kohteet

Dialektinen käyttäytymisterapia koostuu viidestä vaiheesta: hoitoa edeltävä vaihe ja neljä varsinaiseen hoitoon kuuluvaa vaihetta – hallinta, järjestys, synteesi ja transsendenssi/ylittäminen. Hoidon tavoitteet etenevät hierarkiassa eri vaiheiden kautta ja ne määrittelevät hoidon työjärjestyksen istuntojen sisällä ja niiden välillä; kunkin terapiatapaamisen työjärjestyksen perustana on potilaan käyttäytyminen edellisen tapaamisen jälkeen. Terapeutin vastuulla on pitää huolta hoidon tavoitteista ja varmistaa, että potilaan hoitoon sisältyvät toiminnot suuntautuvat elämisen arvoisen elämän kehittämiseen.

Hoidon esivaihe

Tässä vaiheessa orientoitutaan hoidon filosofiaan ja rakenteeseen ja potilas sitoutuu muutokseen, hyväksyen hoidon tavoitteet. Nämä tavoitteet määritellään selkeästi. Jos potilaalla on vastikään ollut itsetuhokäyttäytymistä, hänen tulee hyväksyä, että sen vähentäminen tai lopettaminen on ensisijainen tavoite. Potilaiden tulee myös sopia, etteivät tapa itseään hoidon aikana. Vaikka dialektisessa käyttäytymisterapiassa ymmärretäänkin dialektisesti, että itsetuhokäyttäytyminen ja halu elää elävät rinnakkain, hoito ei voi edetä tästä ennen kuin tämä asia on hallinnassa. Potilaan julki lausuttu suostumus on välttämätön edellytys ennen kuin hän voi täysin osallistua hoitoon. Silloin, kun potilaat ovat vastahakoisia sitoutumaan dialektisen käyttäytymisterapian tavoitteisiin, hoitoa edeltävää vaihetta voidaan käyttää siihen, että keskitytään sitoutumista vahvistaviin strategioihin.

On tärkeää kunnioittaa ja suhtautua joustavasti potilaan ilmoittamiin tavoitteisiin ja siihen, mitä hän itse asettaa etusijalle, vaikka se voi ajoittain olla vaikeaaakin. Sitoutuminen voi sisältää useita eri vaiheita. Hoitoon sitoutumisen etujen ja haittojen arviointi tarjoaa hyvän lähtökohdan ja hoidon vaikutuksiin kohdistuvien potilaan odotusten ja toivomusten (ja niiden puuttumisen) tunnistaminen voi olla hyödyksi kehitettäessä vasta-argumentteja esteille, joita aika-ajoin kohdataan hoidon kuluessa. Epäilevän Tuomaksen roolin ottaminen paikantaessa sitoutumista vastustavia argumentteja voi vahvistaa orastavaa hoitoon sitoutumista, jos nämä argumentit ovat aavistuksen verran heikompia kuin ne, joita potilas on esittänyt muutoksen puolesta. Terapeutti voi houkutella esiin orastavaa sitoutumista työskentelyyn vielä hieman hämärää mutta suotuisaa tavoitetta kohti (”etkö haluaisi viettää onnellisempaa

elämää?”) käyttämällä sosiaalipsykologiasta lainattuja tekniikoilta ”jalka oven raossa” ja ”oven paiskaaminen päin naamaa”. Suurempaan sitoutumiseen liittyvien vaikeuksien realistinen arviointi lisää sitä asteittain. Yksi muoto ”jalka oven rakoon” -menetelmästä on aiempien sitoumusten esiin nostaminen ja niiden liittäminen nykyisiin sopimuksiin, fokusoiden potilaan valintaan sitoutua samalla kun myönnetään realistiset seuraukset siitä jos potilas ei sitoudu. Pienten askelten peruseriaatteeseen luottaminen matkalla kohti vahvempia sitoumuksia sekä rohkaisun ja vahvistamisen systemaattinen käyttö täydentävät sitoutumista lisääviä strategioita.

Vaihe 1

Niiden potilaiden kohdalla, joilla on vakavaa käyttäytymisen virhesäätelyä, kuten itsensä vahingoittamista tai päihteiden väärinkäyttöä, dialektinen käyttäytymisterapia keskittää huomion ajankohtaiseen käyttäytymiseen ja siihen, miten päästä vakavasta virhesäätelystä adaptiiviseen säätelyyn. Itsetuhokäyttäytyminen, itsensä vahingoittaminen ja muut henkeä vaarantavat käyttäytymiset, mukaan lukien toisille aiheutettu vahinko, ovat ensisijaisia työskentelyn kohteita, kun lisätään terapiatyöskentelylle välttämättömiä perustaitoja (itsesäätely ja terapiaan liittyminen). Ensimmäisen vaiheen tavoitteisiin kuuluvat kohtuullisen eliniän pidentäminen, yhteyden luominen apua antaviin tahoihin sekä tasapainon ja käyttäytymisen hallinnan lisääminen. Potilas ja terapeutti tekevät tämän vaiheen alussa yksityiskohtaisen sopimuksen, jonka tarkoituksena on vahvistaa hyvän tahtoisuuden ilmapiiriä, moraalista ja eettistä käyttäytymistä ja sitoutumista hoidolliseen työskentelyyn. Vaikka ei voida ennakoida niitä erityisiä vuorovaikutuskysymyksiä, joita saattaa nousta esiin epävakaa potilaan ja hänen terapeuttinsa välille, nämä sopimukset luovat yhteistyötä ja vastavuoroisuutta korostavan kontekstin, jossa näitä asioita on mahdollista käsitellä.

Ensimmäisen vaiheen ensisijaiset tavoitteet ovat: 1) sellaisen käyttäytymisen vähentäminen, johon liittyy itsensä vahingoittamista, itsemurhayrityksiä tai muihin kohdistuvaa väkivaltaa, 2) terapiaa häiritsevän käyttäytymisen vähentäminen, 3) elämän laatua heikentävän käyttäytymisen vähentäminen ja 4) elämäntavan muuttamiseksi tarpeellisten behavioraalisten taitojen kartuttaminen (kuten tietoisien läsnäolon taito (mindfulness), ahdingon sieto, tunteiden säätelyn taito, vuorovaikutustaidot). Kuvaamme myöhemmin näitä taitoja yksityiskohtaisemmin.

Normaalisti dialektisen käyttäytymisterapian ensimmäinen vaihe sisältää seuraavia työskentelymuotoja: yksilöterapia, ryhmässä tapahtuva taitojen harjoittelu, puhelinkonsultaatiot ja tiimitapaamiset. Näin siksi, että yksilöterapeutin on vaikea viedä läpi taitojen harjoittelun strukturoitua ohjelmaa, kun usein toistuvat kriisit vaativat huomiota terapiatapaamisissa. Kuitenkin epävakaalla potilaalla on useimmiten erilaisia taitovajeita. Tämän vuoksi taitojen harjoittelu tapahtuu ryhmissä, joissa se voi olla huomion pääkohteena, jolloin yksilöterapeutti voi taas keskittyä motivaatioon liittyviin vaikeuksiin, jotka vaikeuttavat taitojen käyttöä, ja auttamaan potilaita toteuttamaan taidokasta käyttäytymistä luonnollisessa ympäristössä.

Yksilöterapia

Viikoittaisten päiväkirjalomakkeiden avulla kerätään jatkuvaa tietoa hoidon kohteena olevista ongelmista. Lomakkeelle merkityt kohdealueet voidaan räätälöidä tarvittaessa yksilöllisesti, mutta yleensä niihin kuuluvat itsetuhokäyttäytyminen ja itsensä vahingoittamiseen liittyvät ajatukset ja mielihalut, lääkärin määräämien lääkkeiden, reseptivapaiden lääkkeiden ja laittomien lääkkeiden/huumeiden käyttö, syömishäiriöt ja yleinen ahdinko. Lomakkeen kääntöpuolella on dialektisen käyttäytymisterapian taitojen tarkistuslista johon merkitään viikon aikana käytetyt taidot. Kun jokaisen yksilöterapiatapaamisen alussa tarkistetaan lomakkeelta, mitkä hoidon kohteena olevista ongelmista ovat esiintyneet edellisen tapaamisen jälkeen ja mitkä eivät, selviävät yksilöistunnon työskentelyn painopisteet.

Kun potilas seuraa kehitystään päiväkirjalomakkeita käyttäen, sillä on koko joukko etuja verrattuna muistinvaraiseen mieleen palauttamiseen. Se tarjoaa palautetta ja tietoa jota ei voi saavuttaa muulla tavoin. Kun potilas täyttää lomakkeita istuntojen välillä, se lisää tapahtumien kuvausten tarkkuutta. Rakenteensa puolesta päiväkirjalomake mahdollistaa sen seuraamisen, miten haitallinen käyttäytyminen liittyy päivittäiseen ahdistuneisuuden tai masentuneisuuden vaihteluun (ahdistuneisuuden tai masentuneisuuden voimakkuus, joka johtaa välittömään itsensä vahingoittamiseen tai itsemurhakäyttäytymiseen, vs. voimakkuus, joka on siedettävissä turvautumatta itsetuhokäyttäytymiseen jne.). Myös taitojen harjoittelun ryhmissä ja hoitosuunnittelutapaamisissa voidaan hyödyntää päiväkirjalomakkeita: ne tarjoavat tehokkaan keinon kerätä asiakkaan käyttäytymiseen ja edistymiseen liittyvää tietoa.

Kaikki suora itsensä vahingoittaminen, kriisikäyttäytyminen, pakkomielteiset tai voimakkaat itsetuho-ajatukset, mielikuvat tai sanalliset ilmaisut ja merkittävät muutokset itsetuhomielikuvissa tai –yllykkeissä otetaan puheeksi heti seuraavassa yksilöistunnossa. Itsensä vahingoittamista ei jätetä koskaan huomiotta, riippumatta siitä, miten hengenvaarallista ja/tai aikomuksellista se on ollut; sen avulla voidaan ennakoida tulevaa hengenvaarallista toimintaa, se voi aiheuttaa merkittävää vahinkoa ja dialektisen käyttäytymisterapian kohteena se täytyy saada hallintaan ennen kuin hoito voi edetä.

Käyttäytymisen tai ”ketjun” analyysi on tavanomainen apuväline haitallisen käyttäytymisen tutkimiseen. Se tarjoaa myös kehykset, kun pyritään kehittämään ratkaisuja ja vaihtoehtoja kyseiselle käyttäytymiselle. Käyttäytymisanalyysi paikantaa ongelman ja sisäiset (kognitiiviset, affektiiviset ja aistimukselliset) ja ulkoiset (sosiaalinen, kontekstuaalinen ja fyysinen ympäristö) tapahtumat, jotka edeltävät ja aiheuttavat ongelman. Lopuksi tutkitaan kohteena olevan käyttäytymisen seuraukset potilaalle ja ympäristölle. Kun käyttäytymisketju on selvitetty, tehtäväksi tulee ”ratkaisu-analyysi”, jossa tunnistetaan ongelman ratkaisua mahdollistavat resurssit ja ratkaisun esteet. Ongelman ratkaisussa käytetään yhtä tai useampaa neljästä strategiasta: 1) taitojen harjoittelu kiinnittäen huomiota niihin taitovajeisiin, jotka estävät adaptiivista käyttäytymistä, 2) vahvistussuhteiden hallintastrategia, jossa kiinnitetään huomiota ongelmallista käyttäytymistä tukeviin tekijöihin, 3) kognitiivisen muokkauksen menetelmät, joissa fokusoidaan haitallisiin uskomuksiin ja oletuksiin, jotka häiritsevät ongelmanratkaisua, 4) altistukseen perustuvat strategiat, joissa kiinnitetään huomiota ahdistukseen, häpeään tai muihin sellaisiin emotionaalisiin reaktioihin, jotka estävät ongelmanratkaisua. Käyttäytymisanalyysi saattaa viedä 10 minuuttia tai suurimman osa terapiatapaamisesta.

Taitojen harjoittelu

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa oletetaan, että monet epävakaiden potilaiden kokemista ongelmista aiheutuvat yhdistelmästä, jossa on mukana sekä motivaatio-ongelmia että käyttäytymiseen liittyviä taitovajeita, eli he eivät ole koskaan oppineet tuskallisten tunteiden säätelyä. Tästä johtuen kognitiivinen käyttäytymisterapia korostaa taitojen kehittämisen merkitystä käyttäytymisen muutoksen ja hyväksymisen mahdollistajana. Hoitomallissa opetetaan viikoittaisissa taitojen harjoitteluryhmissä neljää taitomodulia, jotka ajallisesti seuraavat toisiaan. Näiden neljän taitojen modulin kohteena on korjata epävakaiseen persoonallisuushäiriöön liittyvä käyttäytymisen, tunteiden ja kognitioiden epävakaisuus ja virhesäätely,

tavoitteena tietoinen läsnäolo (mindfulness), vuorovaikutustaidot, tunteiden säätely ja ahdingon sieto. Jokainen moduli kestää n. kahdeksan viikkoa lukuun ottamatta tietoisien läsnäolon taidon harjoittelua, johon käytetään kaksi ensimmäistä tapaamista ja johon palataan muissakin moduleissa. Nämä taidot kuvataan yksityiskohtaisesti taitojen harjoittelunkäsikirjassa (Linehan 1993b). Ryhmissä käytetään tavanomaisia käyttäytymisterapian menetelmiä: didaktista perehdytystä, mallinnettuja esimerkkejä, uusien taitojen ohjattua harjoittelua, palautteen antamista ja välijakson tehtäviä.

Kun työskennellään käyttäen rinnakkain ryhmä- ja yksilöhoitoa, saadaan rauhoitettua aikaa paljon kaivattujen taitojen oppimiseen ja samalla luodaan ympäristö yksilöllisten sovellustusten ohjattuun harjoitteluun. Tämä mahdollistaa sen että yksilöterapiassa voidaan keskittyä kriisikysymyksiin, ilman painetta perustaitojen opettamiseen. Kun taidot opetetaan ryhmässä, yksilöterapeutti voi käsitellä ajankohtaisia kriisejä ja toimia taitojen harjoittelun valmentajana, rohkaisten siirtämään ja yleistämään opiskeltavat taidot muihin elämäntilanteisiin.

Ryhmässä tapahtuvalla taitojen oppimisella ja harjoittelulla on lukuisia etuja verrattuna yksilölliseen oppimiseen. Taitoja harjoitellaan samojen tehtävien parissa askartelevien ryhmäläisten kanssa, jolloin he oppivat toinen toisiltaan, taitojen oppimista ohjaa siihen erikoistunut ryhmänohjaaja, ryhmän jäsenyys vähentää yksinäisyyttä ja lisää potilaiden ymmärretyksi tulemisen tunnetta. Potilaat, joilla on vahvoja sosiaalisia pelkoja samoin kuin ne, joiden on täytynyt aloittaa taitojen oppiminen yksilöistunnoissa siirretään ryhmään niin pian kuin mahdollista.

Tietoinen läsnäolo (mindfulness) on psykologinen ja behavioraalinen muunnelma meditaatio- ja mietiskelytaidoista, joita opetetaan itä- ja länsimaisissa henkisyttä kehittämissä harjoituksissa. Tämän modulin tavoitteena on lisätä tarkkaavaisuutta, ei-arvioivaa tietoisuutta ja autenttisen minän tunnetta samalla kun vähennetään identiteettisekaannusta, tyhjyyden tunnetta ja kognitiivista virhesäätelyä. Modulissa esitellään oppilaille kolme mielen keskeistä tilaa: järkevä mieli (looginen, analyyttinen, ongelmia ratkaiseva), tunnemieli (luova, intohimoinen, draamallinen) ja viisas mieli (järkevän ja tunnemielen integraatio). Viisas mieli sisältää järkeilyn ja välittömän kokemuksen ylittävän intuition sekä tietämisen siitä, mikä on oikein. Tämä järkevän ja tunnemielen synteesi mahdollistaa adaptiivisen reagoinnin: ihminen reagoi niin kuin on tarpeen kyseisessä tilanteessa.

Ryhmän jäsenet opettelevat ensin havainnoimaan ja sitten kuvaamaan ulkoisia ja sisäisiä ärsyksiä. Itsetuhokäyttäytymisiä pidetään tunnemielen reaktiona; vaikka sen seuraukset saattavat ovat positiivisia lyhyellä tähtämellä, ovat ne pitkän päälle kielteisiä johtaen uusiin tuskallisiin tiloihin ja tapahtumiin. Varsinkin niille, joilla on vaikeus hallita impulssejaan tai niille, jotka käyttävät väärin alkoholia tai huumeita, affektiivisten tilojen tunnistaminen ja nimeäminen on keskeinen hoidollinen tavoite. Seuraava tietoisien läsnäolon taito on omiin kokemuksiinsa kokonaisesti ”osallistuminen”. Viimeisessä vaiheessa potilaat oppivat että nämä toiminnat ovat hyödyllisimmillään silloin, kun niitä toteutetaan ei-arvioivana ja tietoisesti läsnä olevana. Vaikka nämä saattavat kuulostaa yleviltä Zenin tavoitteilta tietoisuuden lisäämiseksi, ne kuitenkin opitaan käytännön harjoitusten kautta.

Ahdingon sietäminen keskittyy kykyyn hyväksyä itsensä ja kulloinenkin ympäröivä tilanne ei-arvioivalla tavalla. Tämän modulin tavoitteisiin kuuluu impulsiivisen käyttäytymisen, itsetuhouhkausten ja itsetuhokäyttäytymisen vähentäminen. Ahdingon sietämisen taidot ovat hyödyllistä tilanteissa, joissa ei välittömästi voi tehdä mitään ympäristön muuttamiseksi; esimerkiksi kun potilas yksin ollessaan aamuyöllä joutuu sellaisten ajatusten valtaan, jotka johtavat itsetuhomielikuviin tai mielikuviin itsensä vahingoittamisesta ja hän yrittää samanaikaisesti vastustaa näihin toimintoihin ryhtymistä. Yhdistämällä sekä muutokseen että hyväksymiseen liittyviä strategioita ahdingon sietäminen pyrkii enemmän sietämiseen eikä niinkään ahdingon poistamiseen. Ajatus tuskallisista kokemuksista osana elämää (”radikaali hyväksyminen”) on vahvasti esillä tässä modulissa, samoin kuin erilaiset menetelmät, joita voi käyttää reittinä sietämiseen. Huomion kääntäminen pois ahdingosta tilanteen parantamiseksi, aistimuksellinen itse-sively ja ahdingon sietämisen etujen ja haittojen pohdinta ovat tähän moduliin kuuluvia strategioita.

Vuorovaikutustaidot-moduli (interpersonal effectiveness) muistuttaa perinteistä vuorovaikutusongelmien ratkaisua ja jämäkkyyskoulutusta. Tavoitteisiin kuuluu ihmissuhdekaoksen ja hylkäämiseen liittyvien pelkojen vähentäminen. Opetettaviin taitoihin kuuluvat erilaiset strategiat pyytää mitä tarvitsee ja sanoa ”ei” toisten vaatimuksille. Kyetäkseen tekemään tämän taidokkaasti ryhmäläisen tulee tiedostaa liittykö tavoite tiettyyn lopputulokseen, esim. ihmissuhteen kehittämiseen tai ylläpitämiseen, vai onko tavoitteena itsekunnioituksen vaaliminen. Vuorovaikutuksen tehokkuus määritellään tavoiteltujen muutosten tai tavoitteiden saavuttamisena. Monille potilaista on haastavaa saada selkeyttä erilaisten vuorovaikutustilanteiden odotettavissa olevista lopputuloksista. Vuorovaikutustilanteiden analysointiin ja

suunnitteluun sekä niiden tulosten ennakointiin liittyvät strategiat vähentävät potilaan haavoittuvuutta ja kokemusta mitätöidyksi tulemisesta.

Tunteiden säätely on määritelty kyvyksi 1) lisätä tai vähentää tiettyyn tunteeseen liittyvää fysiologista viritystä, 2) suunnata huomio uudelleen, 3) hallita mielialasta johtuvaa toimintaa, 4) kokea tunteita ilman niiden kiihdyttämistä tai mitätöimistä ja 5) organisoida käyttäytymistä mielialasta riippumattomien tavoitteiden mukaisesti. Tunteiden säätelyn tavoitteena on labiilien affektien, kuten äärimmäisen suuttumuksen, vähentäminen. Taitojen opiskelu alkaa tunnistamalla ja nimeämällä ajankohtaisia tunteita sekä havainnoimalla ja kuvaamalla tapahtumia, jotka saavat aikaan tunteita joko suoraan tai niihin liitettyjen tulkintojen kautta, fysiologisia reaktioita, ilmaisevaa käyttäytymistä ja tunteiden jälkikaikuja. Sen lisäksi keskustellaan tunteiden adaptiivisista tehtävistä. Primaarien tunteiden kuvailemisen, nimeämisen ja ymmärtämisen jälkeen vuorossa ovat strategiat, joilla vähennetään yliherkkyyttä tuskaillisille tunteille ja lisätään vähitellen positiivisia tunteita. Potilaat tunnistavat tunteita, jotka edeltävät haitallista käyttäytymistä, tutkivat mitä tehtäviä tunteet palvelevat ja oppivat havainnoimaan tekijöitä, jotka johtavat tunteiden virhesäätelyyn (kuten unettomuus, syömishäiriöt, alkoholin tai huumeiden käyttö). Positiivisten, tavoitteiden mukaisten ja pystyvyyttä vahvistavien kokemusten lisääminen auttaa sekin osaltaan vastustamaan pönteämmiin haitallisiin käyttäytymisiin edeltävän tuntemisen valtaa. Lopuksi keskustelun ja harjoittelun kohteena ovat tunteiden säätelyn menetelmät, mukaan lukien ei-arvioiva tietoisuus ja hyväksyminen sekä tunteen toimintapyrkimystä vastaan toimiminen.

Vaikka näitä neljää modulia opetetaan itsenäisinä taitokokonaisuuksina, toistuvan epätaroituksenmukaisen käyttäytymisen (itsetuhokäyttäytyminen, ruoalla mässäily, huumeiden käyttö) välttäminen voi sisältää kahden tai useamman taitokokonaisuuden käyttämistä, riippuen käyttäytymisketjusta, joka johtaa yksilön ko. tilanteisiin. Tässä menetelmässä korostetaan tietoisuuden harjoittelua ja tarvetta havainnoida ja kuvailla yksilöllisiä tunnekokemuksia ja niistä luopumista (eli hyväksyä ne tai sietää niitä) muutosstrategioitten täytäntöönpanon edellytyksenä kussakin näistä moduuleista.

Puhelinkonsultaatio

Terapiaistuntojen välisen kontaktin pitäminen on olennainen osa dialektista käyttäytymisterapiaa ja palvelee kolmea tarkoitusta: 1) taitojen harjoittelun ohjaaminen ja taitojen yleisty-

misen edistäminen, 2) väliintulot akuuteissa kriisitilanteissa ja 3) terapiaistuntojen aikana syntyneiden väärinymmärrysten oikominen. Potilaat oppivat hoidon alkuvaiheessa soittamaan yksilöterapeutilleen edellä mainituista syistä; haluttomuus tehdä niin tulkitaan terapiaa häiritseväksi toiminnaksi ja siihen tartutaan hoidossa. Jos potilaat ovat vastahakoisia soittamaan, heille allakoidaan etukäteen soittoja. Terapeutti voi kehottaa vastahakoista potilasta soittamaan tiettyinä kellonaikana ja jättämään viesti puhelinvastaajaan. Ohjauksen ja avun pyytäminen ihmissuhdeongelmien ratkaisemiseksi on tärkeä taito, jossa edistytään asteittain. Tyypillinen tilanne, jossa potilas voisi pyytää ohjausta, on sellainen, jossa potilas ei ole varma mitä taitoa tulisi käyttää tai hän ajattelee, ettei pysty käyttämään tarvittavaa taitoa.

Potilaita rohkaistaan soittamaan terapeutilleen ennen itsetuhokriisiä tai ainakin ennen kuin he vahingoittavat itseään; heille kerrotaan, että siinä vaiheessa kun he ovat jo vahingoittaneet itseään he eivät saa soittaa terapeutilleen vuorokauteen. Ollakseen johdonmukainen sen ajatuksen kanssa, että terapeutti toimii valmentajana adaptiiviseen käyttäytymiseen, potilaan tulee ottaa yhteys terapeuttiin ennen kuin mitään itsensä vahingoittamista tapahtuu. Jos potilas on jo ennättänyt vahingoittamaan itseään, terapeutti ei tarjoa tukea antavaa kontaktia hänelle vuorokauteen, rajoittaen mahdollisen kontaktin ainoastaan potilaan turvallisuuden varmistamiseen. Tämä vahvistaa adaptiivista selviytymistapaa ja tuottaa realistiset seuraamukset (”Miten voin auttaa sinua, kun olet jo päättänyt vahingoittaa itseäsi”) haitalliselle käyttäytymiselle.

Konsultoiva tiimi

Hoitomallia voi parhaiten kuvata hoitosysteeminä, jossa terapeutti soveltaa mallia potilaisiinsa samalla, kun työnohjaaja ja konsultoiva tiimi soveltavat samaa mallia terapeuttiin. Näinhän toimitaan monissa muissakin psykoterapian työnohjausmalleissa. Koska dialektinen hoitomalli kehitettiin emotionaalisesti epävakaiden, vaativien ja usein vaikeitten potilaiden hoitoon ja koska tämä työskentely voi olla äärimmäisen uuvuttavaa terapeutille, siihen sisällytettiin työnohjaus ja konsultaatio. Ajan myötä tämä rinnakkainen sovellutus yksilö- ja ryhmätasolla on todettu erittäin merkittäväksi piirteeksi. Terapeutin konsultoinnilla on useita päämääriä. Niistä tärkein on sen varmistaminen, että klinikko pysyy terapeuttisessa suhteessa potilaaseensa ja pysyy siinä tehokkaasti toimivana. Ilman jatkuvaa työnohjausta ja konsultaatiota tällaisen potilasryhmän kanssa työskentelevät klinikot voivat ajautua äärimmäisiin positioihin: he voivat syyttää potilasta ja itseään eivätkä ota enää yhtä avoimesti vastaan

palautetta tavastaan hoitaa potilasta. Konsultoivan tiimin tehtävänä on tarjota tukea terapeutille ja ylläpitää kehitystä ja tasapainoa. Tunteiden ja odotusten validointi terapeutin työskenneltäessä tämän potilasryhmän kanssa yhdistetään vastavuoroiseen ja suorasukaiseen kommunikaatioon. Tiimin tehtävänä on myös varmistaa hoitomallin mukaisten periaatteiden noudattamista; kun terapeutin käyttäytyminen poikkeaa hoitomallista, hänelle huomautetaan siitä ja ehdotetaan korjaavia toimenpiteitä.

Edellä kuvattujen tehtävien lisäksi konsultoiva ryhmä myös arvioi hoidon etenemistä ja toteutumista kunkin potilaan osalta. Onko hoidon toteutustapa johdonmukainen potilaasta saadun tiedon kanssa. Onko hoidossa noudatettu tavoitteiden tärkeysjärjestystä? Onko tapahtunut edistymistä? Vaikka konsultoivan ryhmän toiminnalle ei ole tiettyä vaadittua rakennetta, useimmat niistä kokoontuvat viikoittain 1-2 tunniksi. Ryhmässä puheenjohtajuus voi kiertyä, se voi olla vaihteleva tai pysyvä. Maaseudulla konsultoivat ryhmät ovat pitäneet puhelinneuvotteluita käyttäen apunaan ääni- tai videotallenteita terapiaistunnoista. Konsultaation työjärjestys laaditaan kunkin istunnon alussa ja siihen sisältyy yleensä päivitetty tiedot potilaasta, terapeutin ongelmat sekä video- tai ääninauhojen käsittely. Lisäksi ryhmänohjaajat ja yksilöterapeutit vaihtavat näkemyksiä potilastapauksista.

Vaiheet 2-4

Jos vaiheen 1 voidaan ajatella olevan potilaan opastamista vähemmän äänekkään epätoivon tilaan (kun lähtöpisteenä on hyvin äänekäs epätoivo), niin vaihe kaksi on potilaan siirtäminen pois pysyvästä emotionaalista epätoivosta (Koerner & Linehan 1997, Linehan 1999). Dialektisen käyttäytymisterapian vaihe 2 kohdistuu posttraumaattiseen stressin hoitoon ja se voi sisältää aiempien traumaattisten tai emotionaalisesti merkittävien tapahtumien ”jäljittämisen” ja uudelleenkokemisen. On tärkeää, ettei tämä työskentely tapahdu ennen kuin potilaalla on kyky säädellä tunteita ja sietää ahdinkoa, sillä tätä kykyä tarvitaan näiden kaikkein voimakkaimmin emootioita herättävien kokemusten työstämiseen. Jos terapeutti fokusoii näihin kysymyksiin potilaan kanssa, joka edelleen säätelee vaikeita tunteita itsetuhoikäyttämisen avulla, seurauksena on vakava itsemurhariski. Kun potilas on paremmin valmistautunut tällaiseen työskentelyyn, on hoidon kohteena traumaan liittyvien tosiasioiden kieltäminen tai vääristäminen, itsensä mitätöiminen ja leimaaminen, traumasta kertovien vihjeiden kieltäminen ja välttäminen sekä taipumus mustavalkoiseen reagointiin. Työskentelyn tavoitteena on mm. lisätä potilaan kykyä kokea emootioita ei-traumatisoivalla tavalla ja

luoda parempi kosketus ja yhteys ympäristöön. Vaikka vaiheeseen 2 voi edetä potilas, jolla on itsetuho-ajatuksia ja voimakas halu kuolla, se ei ole mahdollista potilaalle, joka edelleen vahingoittaa itseään tai valmisteleo itsemurhaa eri tavoin.

3-vaiheessa hoito kohdistuu elämän ongelmien muuttamiseen kysymyksiksi onnellisuudesta tai surullisuudesta, tavoitteena elämisen laatu. Tavoitteena on itsekunnioitus ja henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttaminen aiemmin harjoiteltuja taitoja soveltaen ja eri tavoin yhdistäen. Terapiassa painotetaan, että potilas kehittää itsetuntemustaan ja yhteyttään muihin ihmisiin samalla kun he kehittävät elämänhallintaa ja uskoa omaan pystyvyyteensä .

90-luvun lopulla ohjelmaan lisätyn 4-vaiheen (Linehan 1999) kohteena on riittämättömyyden tunne, joka saattaa vaivata potilaita senkin jälkeen, kun elämiseen liittyneet keskeiset ongelmat on ratkottu. 4-vaiheen tavoitteena on kehittää kyky iloita elämiseen liittyvistä asioista.

Dialektisen käyttäytymisterapian strategiat

Yleiskatsaus

Kohdattuaan potilaiden kokeman ahdingon määrän ja sen, miten valtavan muutoksen edessä he ovat ennen kuin voivat saavuttaa elämisen arvoisen elämän, terapeutti saattaa kohdistaa liikaa huomiota muutosstrategioihin, joiden kohteena on potilaan ajatukset, vuorovaikutusmallit, motiivit, emotionaalinen reaktioherkkyys ja intensiivisyys. Tämän lähestymistavan riskinä on, että se uusintaa potilaan mitätöivän, invalidoivan kasvu ympäristön ja myötävaikuttaa joko siihen, että potilas tuntee itsensä väärinymmärretyksi ja tulee vihamieliseksi, tai siihen, että itsen mitätöinti, täydellisyyden vaatimukset ja epätoivo vain kasvavat. Kummassakaan tapauksessa käyttäytymisen muutosta ei tapahdu. Vaihtoehtona voi olla, että terapeutti kohdistaa huomion ensisijaisesti potilaan kärsimyksen validointiin ja auttaa potilasta hyväksymään tuskansa, mukaan lukien lukuisat sairaalajaksot ja ihmissuhdekaaos. Jälleen kerran potilaan mitätöivä ympäristö on uusinnettu hänen kokiessaan, että elämä on sietämättömää ja epätoivoista tarvetta muutokseen ei ole ymmärretty. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa muutoksen ja hyväksymisen strategiat on punottu yhteen, ne on dialektiseen tasapainoon pyrkien integroituna läpi koko hoitoprosessin.

Linehanin hoitomallia toteuttava terapeutti pyrkii tasapainottamaan hyväksymisstrategian ja muutosstrategian käytön. Tasapaino merkitsee yhtä lailla liikkumista ääripäästä toiseen kuin keskkitienkin löytämistä. Mallin strategiat voidaan jakaa neljään tasoon, joista kukin edustaa hyväksymisen ja muutoksen dialektiikkaa. Ydinstrategioissa keskeinen dialektiikka on validoinnin (hyväksymisen) ja ongelman ratkaisun (muutoksen) välillä. Tyylistrategioissa dialektiikka on vastavuoroisen (hyväksyminen) ja suorasukaisen (muutos) tyylin välillä. Tapausten hallintastrategioissa se on ympäristöön vaikuttamisen potilaan puolesta (hyväksyminen) ja potilaan konsultoimisen (muutos) välillä. Potilastapausta hoidetaan myös dialektisesti terapeutin konsultaatiotapaamisissa. Lisäksi on olemassa kattava sarja strategioita, jotka käyttävät hyväksi ääripäiden välistä konfliktia ja jotka on sen vuoksi nimetty ”dialektisiksi strategioiksi”.

Dialektiset strategiat

Perustavinta laatua oleva dialektinen strategia on kaikkien muiden hoitostrategioiden *tasapainottaminen*, potilaan tarpeen ja tilanteen muuttuessa. Toinen strategia on *paradoksiin astuminen*, jossa aivan kuten Zen koanissa, terapeutti yksinkertaisesti tähdentää elämän jatkuvia paradokseja pyrkimättä selittämään niitä, mallintaen ja opettaen ajattelemaan mieluummin ”sekä tämä että tuo” kuin ”tämä tai tuo”. Dialektisiin strategioihin kuuluu myös *metaforan* käyttö. Kun yhteistyö on poikki, kun potilas tuntee itsensä epätoivoiseksi uusien näkökulmien esille tuominen metaforaa hyväksi käyttäen voi olla paljon tehokkaampaa kuin suora tai kirjaimellinen kommunikaatio. Epävakaat potilaat näyttävät reagoivan metaforiin erityisen hyvin ja hyödylliseksi koettua metaforaa voidaan käyttää uudelleen eri tavoin hoidon aikana. *Paholaisen asianajaja/Epäilevä Tuomas* –strategiassa potilaan sitoutumista ilmaisevia toteamuksia vahvistetaan siten, että terapeutti esittää päinvastaista kantaa esittäviä väittämiä: tämä strategia on sukua joillekin paradoksaalisille väliintuloille. *Kärjistämisen* (extending) dialektinen strategia ottaa mallia aikidosta. Siinä partnerin lyöntiä ei vastusteta vaan pikemminkin virrataan sen mukana ja viedään se tarkoitetun kohteen yli. Esimerkiksi potilaan toteamukseen ”Ellen saa X:ää .. voin yhtä hyvin tappaa itseni” voidaan vastata ”Tämä on hyvin vakava paikka. Kuinka voimme puhua X:stä, kyseessä on koko elämäsi. Ehkä meidän pitää ajatella sairaalahoitoa”. *Viisaan mielen* strategia viittaa uskomukseen - ja sen viestimiseen potilaalle - että kullakin ihmisellä on sisäinen viisaus ja tieto siitä, mikä heille on parasta kussakin tilanteessa, ja kukin voi oppia turvautumaan siihen kunhan emotionaalinen virhesäätely on saatu hallintaan. *Sitruunamehun tekeminen sitruunoista* eli *vaikeuksien nä-*

keminen mahdollisuutena on dialektinen strategia, jossa pyritään tekemään paras mahdollinen lopputulos vaikeasta tilanteesta, muistaen samalla että sitruunamehun tekemiseen tarvitaan myös sokeria (vahvistaminen). *Luonnollisen muutoksen salliminen* –strategiassa terapeutti hyväksyy, että luonto ja potilaan maailma ovat jatkuvassa muutoksessa ja tämän vuoksi ei pyri mitenkään suojelemaan potilasta muutoksilta hoidossa tai ympäristössä. *Dialektisessa arvioinnissa* terapeutti pyrkii jatkuvasti ymmärtämään potilasta tilannekontekstissaan, kysyen lakkaamatta: ”Mitä arvioinnista puuttuu?”. Monesti otamme ympäröivän yhteiskunnan selviönä, emmekä pysähdy miettimään, miten erilaisissa kulttuureissa samaan asiaan voisi suhtautua eri tavalla: on kulttuureja, joissa nuoren naisen yksin asuminen pidettäisiin julmana.

Ydinstrategiat: Validointi ja ongelman ratkaisu

Validointi

Kun otetaan huomioon miten tärkeä rooli mitätöimisellä on dialektisen käyttäytymisterapian taustalla olevassa biososiaalisessa teoriassa ja miten yleistä itsensä mitätöiminen on epävakailta potilailta, on luonnollista, että validointi on yksi keskeisistä strategioista dialektisessa käyttäytymisterapiassa. Ennen kuin otamme apua vastaan toisilta ongelmien ratkaisemiseksi useimmat meistä tarvitsevat kokemuksen siitä, että toinen ihminen on ottanut todesta ongelman ja reaktion siihen. Tämä tarve saattaa olla erityisen voimakas henkilöillä, joilla on diagnoosina epävakaa persoonallisuushäiriö. Näin ollen terapeutilta saadulla todentamisella/validoinnilla on tärkeä tehtävänsä ongelmien ratkaisemisen helpottamisessa. Se saattaa toimia ajoittain myös itsen todentamisen mallina ja itsensä mitätöimisen vastavoimana yhtä lailla kuin terapeutin suhteen lujittajana ja edistymisen vahvistajana. Validoinnilla tarkoitamme sitä, että potilaalle viestitetään että hänen reaktionsa ovat ymmärrettäviä ko. olosuhteissa. Tämä herättää tietenkin kysymyksen siitä, kuinka voidaan todentaa selvästi haitallista käyttäytymistä kuten itsensä vahingoittamista, päihteiden väärinkäyttöä ja monia muita reaktioita, jotka aiheuttavat vaikeuksia potilaiden elämässä ja johtavat tähän diagnoosiin.

Ei ole mielekästä eikä kliinisesti perusteltua validoida/todentaa sitä, mikä on haitallista.

Käyttäytyminen voi kuitenkin olla samanaikaisesti ymmärrettävää ja haitallista. Esimerkiksi itsensä vahingoittaminen voi olla ymmärrettävää siinä mielessä, että se palvelee jotain tehtävää henkilön elämässä, oli se sitten viestintään ja tunteiden säätelyyn liittyvää. Toisin sanoen potilaalla on tätä käyttäytymismallia tukeva vahvistamishistoria. Koska kaikella käyttäytymisellä on syynsä, niin siinä mielessä kaikki käyttäytyminen on ymmärrettävää (tai validia).

Toisaalta itseä vahingoittava käyttäytyminen ei ole mielekästä, kun ajatellaan sen tehokkuutta henkilön pitkän tähtäimen tavoitteiden kannalta. Joissakin kohdin terapiaa voi olla hyvinkin mielekästä todentaa itseä vahingoittava käyttäytyminen siinä mielessä että potilaalle todetaan, että on ymmärrettävää miksi hän käyttäytyy näin, mikä ei tarkoita, että käyttäytyminen on hyväksyttävää. Niinpä tällaisiin todentaviin toteamuksiin voidaan ja pitäisikin liittää toteamus, että on välttämätöntä harjoitella uusia käyttäytymismalleja, jotka ovat mielekkäitä henkilön pitkän tähtäimen tavoitteita ajatellen.

Ulkoisen käyttäytymisen lisäksi on erityisen tärkeää että terapeutti todentaa sisäistä käyttäytymistä, kuten ajattelua ja tunteita. Oletetaan, että potilas on sopinut tapaamisesta toisen henkilön kanssa. Tämä soittaa peruuttaakseen tapaamisen sanoen, että hän palaa asiaan myöhemmin uudestaan. Potilaan tulkinta saattaa olla, että hänet on jälleen kerran hylätty ja syynä on, että muut pitävät häntä vastenmielisenä, ja että elämä on kerta kaikkiaan sietämätöntä, ja että mistään ei tule koskaan mitään. Terapeutti voi todentaa, että pettymys tai masentuminen on täysin ymmärrettävä, kun otetaan huomioon, miten monta kertaa potilasta on hylätty. Siltä pohjalta myös hänen tulkintansa on ymmärrettävä. Samalla terapeutti tähdentää, että potilaan tulkinta tapahtuneesta ampuu yli, ja että se mahdollisesti sisältää realiteettien vääristelyä. Joten silloinkin, kun potilaalla näyttäisi olevan kognitiivista vääristelyä, mikä on tavallinen seuraus toistuvasta emotionaalista virhesäätelystä, terapeutti voi etsiä sen, mikä on totta potilaan reaktiossa. Ajoittain tämä voi muistuttaa kultahipun etsimistä hiekkaämpäristä.

Validointi voi tapahtua monella eri tasolla. Perustasolla se on yksinkertaisesti puolueetonta kuuntelemista ja havainnointia. Terapeutin valppaus ja huomion kiinnittäminen esim. potilaan ei-kielelliseen viestintään, implisiittisesti viestittää potilaalle, että hän on tärkeä ja että hänen viestintänsä on kuuntelemisen arvoista ja vakavasti otettavaa. Tämä on hyvä esimerkki siitä, että validoinnin ei aina tarvitse sisältää täsmällisiä sanallisia toteamuksia vaan että se voi ajoittain olla implisiittistä, epäsuoraa. Validoinnin toiseen tasoon kuuluu potilaan viestinnän reflektointi. Tämä on asia, jota Carl Rogers ja muut asiakaskeskeisyyttä korostavat terapeutit ovat tähdentäneet, ja se on mitä tahansa teoreettista suuntaa edustavan taitavan terapeutin keskeistä toimintaa. Reflektointi, yhteenvedot ja toistaminen toisilla sanoilla viestittävät potilaille että heitä on ymmärretty. Validoinnin ylempään tasoon kuuluu ei-verbalisoitujen tunteiden, ajatusten ja käyttäytymismallien sanallinen ilmaiseminen. Jos terapeutti sanoo ”Huomaan että sain sinut vihaiseksi” tai ”Jos itse olisin ollut vastaavassa tilan-

teessa, olisin todella raivostunut”, se viestittää että terapeutti ymmärtää tilanteen. Tietenkin tämä koetaan validoinniksi vain siinä tapauksessa että terapeutin päätelmä osuu oikeaan, muutoin se koetaan todennäköisesti mitätöintinä. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa terapeutti ei ilmaise pitkälle meneviä johtopäätöksiä, jotka etäännyvät kauas havaittavasta aiheistosta.

Validoinnin neljännellä tasolla kyse on potilaan oppimishistoriasta tai biologisesta rakenteesta. Terapeutti voi esimerkiksi todeta ”On ymmärrettävää että sinulla on usein vaikea keskittyä, koska sinulla on diagnosoitu keskittymishäiriö” tai ”On ymmärrettävää, että sinun on vaikea luottaa minuun, koska olen mies ja menneisyydessäsi miehet ovat kohdelleet sinua todella huonosti”. Tämä viimeinen esimerkkilause kuvaa kuitenkin myös sen, että terapeutin toteamuksessa on epäsuorasti ilmaistuna ajatus, että potilaan reaktiossa on vääristymä (ts. transferenssireaktio). Joskus on hyödyllisempää todentaa potilaan reaktioita tämänhetkiseen tilanteeseen viitaten, kuten esimerkiksi ”On ymmärrettävää, että sinun on vaikea luottaa minuun. Olemmehan tavanneet vasta muutamia kertoja ja yleensä ihmisiltä menee jonkin aikaa, ennen kuin he luottavat terapeuttiinsa”. Validoinnin ylimmällä tasolla on ”radikaali aitous”. Siinä terapeutti reagoi omana itsenään pikemminkin kuin roolinsa mukaisesti. Siinä on mukana halu olla suora ja jakaa omat reaktiot potilaan kanssa. Kuten myöhemmin tulemme kuvaamaan, sekä vastavuoroisen että suorasukaisen viestinnän tietyt tyylit liittyvät puolelti sisältävät radikaalia aitoutta. Hyvä peukalosääntö on reagoida potilaan toteamuksiin ja käyttäytymiseen niin kuin tekisi sisaruksensa tai hyvän ystävänsä kohdalla. Tässä potilasta ei kohdella liian hauraana, vaan kykenevänä sietämään luonnollisia reaktioita. Näin radikaali aitous itse asiassa todentaa potilaan vahvuutta.

Ongelmanratkaisu

Ongelmanratkaisustrategiat ovat dialektisen hoitomallin keskeisiä muutosstrategioita käyttäytymisten muuttamiseksi. Ongelmanratkaisun osatekijät voidaan jakaa eri vaiheisiin, vaikka käytännössä nämä vaiheet eivät todennäköisesti seuraa toisiaan lineaarisesti, vaan ovat pikemminkin toisiinsa punoutuneita. Ensimmäiseksi, kohteena olevaa käyttäytymistä on ymmärrettävä, mikä edellyttää käyttäytymisanalyysia. Kun tiettyyn käyttäytymiseen liittyviä tilanteita on analysoitu, terapeutti ja potilas päätyvät näkemykseen käyttäytymistä ylläpitävistä tekijöistä. Tämä johtaa erilaisten ratkaisujen kehittämiseen ja arviointiin. Ratkaisut pitävät sisällään uusien taitojen oppimista, ongelmakäyttäytymistä ylläpitävien ja vahvistavien

tekijöiden muuttamista, taidokasta käyttäytymistä häiritsevien esteiden muokkaamista portaittaisella altistuksella vihjeille, jotka laukaisevat hankalan emotionaalisen reaktion, sekä/tai tunnistamalla ja muokkaamalla haitallisia kognitioita. Se, että yksinkertaisesti päästään ratkaisuun, josta näyttäisi olevan apua, ei kuitenkaan riitä. On tärkeää, että potilas työskentelee aktiivisesti kohti ratkaisua. Tämä saattaa vaatia sitä, että terapeutti käyttää didaktisia strategioita, jossa hän omaksuu opettajan roolin. Tähän voi liittyä käyttäytymisen muutoksen periaatteiden opettamista, sen opettamista mitä tiedetään masennuksen, unen jne. biologisesta perustasta ja mitkä tekijät vaikuttavat ihmissuhteissa. Potilaan on hyvä olla selvillä siitä, mikä hänen roolinsa on ja mitä käyttäytymistä häneltä odotetaan, ei vain hoidossa yleensä vaan myös koskien niitä ratkaisuja, joita on työstetty ongelmakäyttäytymisen korvaamiseksi. Lopuksi potilaan on ilmaistava ääneen sitoutumisensa ongelmanratkaisussa esille tuotuun käyttäytymiseen. Vaikka tällainen ääneen sitoutuminen ei takaa itse käyttäytymistä, lisää sen todennäköisyyttä.

Käyttäytymisanalyysi. Käyttäytymisterapian yksi keskeisistä piirteistä, joka erottaa sen muista lähestymistavoista, on käyttäytymisen analyysin strategioiden käyttäminen. Käyttäytymisanalyysin tavoitteena on selvittää mikä edeltää tai ylläpitää ongelmallista käyttäytymistä. Sen sijaan, että keskityttäisiin laajoihin persoonallisuuden rakenteisiin tai kehityksen varhaisempiin vaiheisiin, huomio kiinnitetään alussa tarkastelun kohteena olevan käyttäytymisen määrittelyyn ja kuvaamiseen tarkasti ja yksityiskohtaisesti pyrkimyksenä ymmärtää käyttäytymistä sen nykyisessä kontekstissaan ketjuanalyysin avulla. Ketjuanalyysissa tarkastellaan käyttäytymisen edeltäviä tekijöitä ja sen seurauksia niin yksityiskohtaisesti kuin mahdollista. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa yritetään tunnistaa edeltävä tapahtuma, jotain potilaan ulkopuolella olevaa, joka sai liikkeelle tapahtumien ketjun. Potilaalla saattaa olla esimerkiksi taipumus toistuviin itsetuho-ajatuksiin, mutta joinakin aikoina se on huomattavasti vakavampaa. Potilas paikantaa itsetuhoajatukset ja muut tekemiset päivittäin päiväkirjalomakkeelle, joka hän näyttää terapeutille jokaisen tapaamisen alussa. Jos terapeutti huomaa, että itsetuho-ajatukset ovat olleet vahvempia tietyinä päivinä edeltäneen viikon aikana, hän saattaa tutkia niitä edeltäviä tapahtumia. Potilas ei ehkä aluksi pysty tunnistamaan, mikä johti itsetuho-ajatusten lisääntymiseen. Tällöin käyttökelpoinen strategia voi olla sen tarkentaminen, milloin itsetuhoimpulssit lisääntyivät. Esimerkiksi, miten voimakkaat ne olivat aamulla heti potilaan herättyä? Millainen hänen olonsa oli iltapäivällä tai alkuillasta? Kun edeltävä tapahtuma on tunnistettu, saattaa osoittautua, ettei se itsessään ole mitenkään merkittävä tapahtuma vaan yksinkertaisesti ”viimeinen pisara”, joka laukaisi potilaassa itse-

tuho-ajattelun tai itsensä vahingoittamista, päihteiden väärinkäyttöä tai muuta haitallista käyttäytymistä.

Usein on hyödyllistä tunnistaa myös haavoittuvuuteen liittyvät tekijät, jotka ovat saattaneet edeltää edeltävää tapahtumaa (kuten huonosti nukuttu yö, aamuruuhka liikenteessä tms.), kuten myös asettaa aikajärjestykseen ketjun linkit, jotka johtivat edeltävästä tapahtumasta varsinaiseen ongelmakäyttäytymiseen. Näitä linkkejä voivat olla ajatukset, joita potilaalla oli tapahtumasta (”kaikki ovat minua vastaan”), näihin ajatuksiin liittyvät tunteet (esim. epätoivo, häpeä), ajatuksia seurannut käyttäytyminen, muiden ja potilaan omat reaktiot ko. käyttäytymiseen jne. Terapeutti kartoittaa myös ongelmakäyttäytymisen seuraukset, mukaan lukien tunneseuraukset potilaalle, muiden vuorovaikutusreaktiot sekä muutokset ympäristössä. Tämä voi auttaa tunnistamaan mahdolliset vahvistavat tekijät ja antaa terapeutille mahdollisuuden kielteisten vaikutusten esille tuomiseen.

Ketjuanalyysin tavoitteena on saada aikaan ketju, jossa on mahdollisimman monta linkkiä. Mitä enemmän linkkejä, sitä enemmän on kohtia, jossa voisi tapahtua jotain erilaista (esim. potilas voisi käyttäytyä eri tavalla). Ehkäpä potilaan kannattaa välttää tiettyjä tilanteita, joissa tällainen edeltävä tapahtuma on todennäköinen (kuten meluisa pubi hoidon alkuvaiheessa tai riitaisa sukukokous), ehkä hänen olisi hyvä kehittää taidot tilanteen muuttamiseksi (esim. puolensa pitäminen) tai ellei se ole mahdollista, sen sietämiseksi. Tai ehkäpä muutokset löytyvät kognitioiden tasolta. Tai, juuri viimeisen linkin kohdalla ennen varsinaista käyttäytymistä, potilas voisi turvautua yhteen tai useampaan ahdingon sietämisen strategioista, jotka voisivat auttaa häntä kestämään itsetuhoimpulssia tekemättä mitään.

Taitojen harjoittelun menetelmät. Näillä menetelmillä voidaan opettaa uusia taitoja ja edesauttaa jo opittujen mutta käyttämättä jääneiden taitojen käyttöä. Jo opitut taidot tarvitsevat vahvistamista ja yleistämistä erilaisiin tilanteisiin. Yksilöterapeutti ja ryhmänohjaaja voivat auttaa potilasta hankkimaan taitoja suoraan opettamalla, mallia näyttämällä, ja erityisesti rooli- ja käyttäytymisharjoitusten avulla. Vastaopittuja taitoja tulee vahvistaa käyttäytymisharjoituksissa ja/tai kuvitelluissa tilanteissa yhtä lailla kuin elävän elämän tilanteissa. Terapeutin tulee huomata potilaan kaikki pienetkin siirtymiset kohti taidokasta käyttäytymistä ja näitä on vahvistettava, vaikka se tarkoittaisi keskeneräisen käyttäytymisen vahvistamista. Terapeutti vahvistaa taitoja myös suoralla palautteella ja valmentamisella, käyttäen ei tuomitsevia ilmaisuja, keskittyen enemmän suoritukseen kuin oletettuihin motiiveihin. Epäva-

kaat potilaat ovat hyvin herkkiä kriittiselle palautteelle. Kun sitäkin palautetta on välillä annettava, se on parasta ympyröidä myönteisellä palautteella. Taitojen yleistämistä edistetään *elävän elämän* harjoitustehtävillä sekä terapiatapaamisten välisillä puhelinkonsultaatioilla. Taitojen yleistämiseen kuuluu myös, että potilas voi nauhoittaa terapiaistunnon myöhempää kertaamista varten. Nauhan kuuntelu vahvistaa oppimista, antaa potilaalle uusia oivalluksia ja tarjoaa mahdollisuuden oppimiseen välittömässä kotiympäristössä, missä sitä eniten tarvitaan. Ympäristön vaihtaminen sellaiseksi, että se vahvistaa taidokasta käyttäytymistä voi usein olla välttämätöntä. Terapeutti voi tarvittaessa pitää verkostotapaamisen potilaan lähiomaisten kanssa.

Vahvistussuhteiden hallinnan menettelytavat. Terapeutti yrittää terapiasuhteessa toimia niin, että adaptiivista käyttäytymistä vahvistetaan ja haitallista käyttäytymistä sammutetaan. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa ensisijainen vahvistaja on terapeutin oma käyttäytyminen suhteessa potilaaseen. Terapeutti havainnoi ja suuntaa tietoisesti tilanteen mukaan lämpöään vs. viileyttään, läheisyyttään vs. etäisyyttään, hyväksyntäänsä vs. paheksuntaansa, läsnäoloon ja käytettävissä oloaan vs. poissaoloon ja muita käyttäytymisensä ulottuvuuksia suhteessa potilaaseen. Joku voi kysyä, eikö tässä ole kyse ”manipuloivasta” terapeuttisesta suhteesta. Tosiasiassa luonnolliset reaktiomme kaikissa ihmissuhteissa toimivat seuraamuksina, jotka vaikuttavat muiden käyttäytymiseen. Tärkein ero tässä on se, käytetäänkö näitä vahvistussuhteita potilaan hyödyksi ja sovelletaanko niitä harkitusti. Jotta terapiasuhdetta voitaisiin käyttää tällä tavalla, potilaan tulee arvostaa sitä. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa terapeutti työskentelee ahkerasti saadakseen aikaan vahvan terapeutin suhteen, ”saadakseen rahaa pankkiin” myöhempää käyttöä varten. Terapeutti pyrkii kehittämään molemminpuolisen ja aidon kiintymyksen terapeutin ja potilaan välille.

Terapeutti kiinnittää huomiota myös terapiasuhteen ulkopuolisiin vahvistussuhteisiin, joihin voidaan tarvita muutosta. Sen sanominen potilaalle, että hänen haitallista käyttäytymistään saattaa ylläpitää jokin vahvistava tekijä (kuten että potilas saa huomiota ja lämpöä itsetuhoikäyttyytymisen jälkeen), saatetaan kokea mitätöinniksi. Potilas voi vastata: ”Väitänkö, että vahingoitan itseäni vain saadakseni ihmisiä ympärilleni?”. On hyödyllistä keskustella potilaan kanssa siitä, miten vahvistaminen toimii riippumatta aikomuksista tai tietoisuudesta ja että myös ei-aiotut seuraamukset ja vahvistussuhteet vaikuttavat käyttäytymiseen.

Vahvistaminen ja rankaiseminen määritellään sen mukaan, miten ne vaikuttavat käyttäytymiseen, mikä voidaan selvittää vain kokemuksellisesti kunkin potilaan ja käyttäytymisen kohdalla erikseen. Vaikka kehuminen on useimmille käyttäytymistä vahvistavaa, jotkut epävakaaat potilaat kokevat sen yhteydessä olonsa kiusaantuneeksi, pelkäävät kasvavia odotuksia tai jostain muusta syystä kokevat kehumisen kielteisenä. Tällöin terapeutin tulisi altistaa potilas kehumiselle ja tehdä siitä vahvistava kokemus liittämällä siihen toistuvasti jokin muu vahvistava seuraamustekijä (respondent conditioning). Useimmille potilaille vahvistavia tekijöitä ovat hyväksynnän ilmaiseminen, kiinnostus, huolenpito, potilaasta pitäminen, suora validointi, vastaanottavaisuus potilaan pyynnöille sekä huomion ja kontaktin lisääminen. Terapeutin tulee pitää huolta siitä, ettei käytä näitä välittömästi sen jälkeen, kun potilas on käyttäytynyt haitallisesti, vaikka hänellä olisi luonnollinen halu tehdä niin (esim. ettei annan potilaalle lisää huomiota välittömästi itsetuhokäyttäytymisen jälkeen).

Käyttäytymistä aiemmin vahvistaneiden tekijöiden poistaminen voi vähitellen sammuttaa käyttäytymisen, mutta on hyvä muistaa, että sammuttamisen kohteena oleva käyttäytyminen tyypillisesti reagoi ”leimahtamalla hetkeksi liekkiin” ennen lopullista sammumistaan. Jos terapeutti tässä tilanteessa perääntyy ja tarjoaa ongelmakäyttäytymistä vahvistavaa reagointia, lopputuloksena on kyseinen ongelmakäyttäytyminen entistä voimakkaampana. Tämän vuoksi ”taistelut” tulee valita viisaasti ja sammuttamisen kohteiden valinnassa tulisi tukeutua hoidon tavoitteiden hierarkiaan. On tärkeää auttaa potilasta löytämään vaihtoehtoinen reaktiotapa, jota sen jälkeen vahvistetaan, ja rinnakkain tämän kanssa validoida potilaan niitä tunnereaktioita, jotka ovat seurausta siitä, että hän on sammuttamisaikataulussa.

Rankaisua käytetään hyvin varovaisesti käyttäytymisterapiassa, koska se voi johtaa emotionaalisiin reaktioihin, jotka häiritsevät oppimista, vahvistavat itseä mitätöivää tyyliä eivätkä onnistu opettamaan haluttua adaptiivista käyttäytymistä. Siitä huolimatta rankaisun käyttäminen on joskus hyödyllistä, tavallisesti silloin kun erittäin haitallinen käyttäytyminen jatkuu ja sitä vahvistavat tekijät eivät ole terapeutin säädeltävissä, jolloin ei voida käyttää sammuttamisstrategiaa. Esimerkkinä on tunteiden säätely, joka on seuraus itsensä vahingoittamisesta tai sairaalaan sisään kirjoituksesta, mikä voi vahvistaa tätä käyttäytymistä joidenkin potilaiden kohdalla. Tavallisimpia rankaisevia seurauksia dialektisessa käyttäytymisterapiassa ovat terapeutin paheksunta, konfrontaatio tai terapeutin käytettävissä olemisen rajaaminen. Emotionaalisesti herkkien potilaiden kohdalla paheksunnan tulee olla lievää ollakseen tehokainta. Täytyy olla huolellinen siinä, että rankaisun kohteena on käyttäytyminen eikä henki-

lö, ja ottaa huomioon ero rankaisun ja rankaisevuuden välillä. Konsultoivan tiimin tuki auttaa terapeuttia välttämään kostonhimoisten tai vihamielisten tunteiden ilmaisemista terapeutisuuden valekaavussa. Muita dialektisen käyttäytymisterapian käyttämiä rankaisumenetelyjä ovat ylikorjaaminen, ”loman ottaminen terapiasta”, missä pääsy yksilöterapeutille tehdään riippuvaiseksi joistakin sitoutumisista tai käyttäytymisen muutoksesta, ja - viimeisenä keinona - terapian päättäminen. Vaikka sekä potilaalta että terapeutilta vaaditaan vahvaa sitoutumista terapiaan - aivan kuten avioliitossakin, niin onhan niinkin, että kaikki liitot eivät onnistu eivätkä kaikki terapiatkaan. Tämä sinänsä harvinainen tapahtuma dialektisessä käyttäytymisterapiassa voidaan välttää kiinnittämällä asianmukaisesti huomiota ”rajojen havainnoimisen” menetelmiin, joihin menemme nyt seuraavaksi.

Rajojen havainnoinnin menetelmät. Dialektisessä käyttäytymisterapiassa sovelletaan seuraamusten hallinnan menettelytapoja sekä sellaisen ongelmakäyttäytymisen kohdalla, joka häiritsee potilaan elämää, että sellaisen käyttäytymisen kohdalla, joka häiritsee terapeutin elämää. Terapeutit pyrkivät olemaan tietoisia omista rajoistaan ja ottamaan vastuun siitä, että ovat selkeitä niiden ylittämisen seuraamuksista. Tämä on hieman eri käsite kuin ”rajojen asettaminen”, jota yleensä liitetään potilaan etuun, tavoitteena auttaa häntä ”rakentamaan rajoja”. Siinä ei niinkään ajatella sitä, mikä on hyväksi terapeutille. Dialektinen käyttäytymisterapia ottaa tässäkin asiassa dialektisen näkökulman, tarkastellen rajoja olennaisesti kontekstisidonnaisina ja suhteellisina. Potilaan ahdistunut soitto keskellä yötä voi tuntua minusta ei hyväksyttävältä, kun taas parhaan ystävän vastaava soitto ei tunnu siltä. Tämä johtuu siitä, että henkilökohtaiset rajani ovat erilaisia kussakin tilanteessa, eikä siitä että tällainen puhelu olisi sinällään patologinen. Usein ihmiset tarvitsevat joitain, mitä muut eivät halua heille antaa. Sen sijaan, että kokisi syyllisyyttä siitä, että pitää huolta omista tarpeistaan eikä vain potilaiden parhaasta, terapeutin tulee havainnoida omia rajojaan estääkseen loppuun palamisen ja hoidon keskeyttämisen, jotka voivat muuten olla todennäköisiä. Näiden rajojen sisältöä ei määrittele dialektinen käyttäytymisterapia vaan se, mikä on luonnollista tälle terapeutille, tälle potilaalle, tänä aikana ja tässä tilanteessa. Koska ei ole olemassa sääntöjä, joihin tässä voisi nojautua, terapeutin tulee olla tietoinen itsestään, ottaa vastaan palautetta konsultaatioryhmältä ja olla jämäkkä suhteessa potilaaseen. Emme usein tunnista rajoja ennekuin niitä lähestytään. Tavallisia kohtia, joissa terapeutin tulee asettaa rajoja potilaalle, ovat puhelinsoittojen tiheys ja hyödyllisyys, suisidaalinen käyttäytyminen, aggressiivinen käyttäytyminen ja terapiakäyntien epäsäännöllisyys tai muu ei sitoutuminen hoitoon. Kun omat rajat on määritelty ja kuvattu itsestä käsin eikä potilaan patologiasta tai hänen tarpeis-

taan käsin ja kun nämä rajat ylittävä käyttäytyminen selkeästi tarkennetaan ilman tuomitsemista, monet taistelut siitä, miten potilaan ”pitäisi” käyttäytyä voidaan ratkaista tai välttää.

Kognitiiviset menetelmät. Dialektinen käyttäytymisterapia eroaa kognitiivisesta terapiasta siinä, että se selvästi vähemmän painottaa kognitioita. Dialektisessa hoitomallissa ajatukset, uskomukset, oletukset ja odotukset nähdään vain yhtenä käyttäytymisen kategoriana, joka vaikuttaa ja johon vastavuoroisesti vaikuttavat emotionaaliset prosessit, ilmiökäyttäytyminen ja ympäristö. Dialektinen malli poikkeaa kognitiivisesta terapiasta myös siinä, että se korostaa potilaan kognitioiden viisauden validointia. Ajatellaan, että validoinnista on hyvä lähteä liikkeelle. Tämä vähentää riskiä, että potilas tulkitsee kognitiiviset menetelmät ajatteluksi ”Vika on sinun päässäsi” tai ”Se on oma vikasi. Muuta vain asennoitumistasi”. Sitä suhtautumista potilas on kuullut riittävästi. Kuitenkin kognitiivisen terapian perinteiset menetelmät sopivat yleensä hyvin yhteen dialektisen käyttäytymisterapian kanssa ja niitä voidaan käyttää siinä. Terapeutti on valppaana kognitiivisen sisällön ja tyylin vääristymien suhteen. Sisältö viittaa kielteisiin välittömiin ajatuksiin ja haitallisiin uskomuksiin, asenteisiin tai skeemoihin, jossa itseä pidetään arvottomana, puutteellisena, ei-rakastettavana ja haavoittuvana ja muita ihmisiä taas äärimmäisen ihailtuina, halveksittavina tai pelottavina. Epävakaan persoonallisuushäiriön kognitiivisen tyylin ongelmia ovat mustavalkoinen ajattelu (split) ja haitallinen huomion suuntaaminen (märehtiminen, dissosiaatio jne.). Terapeutti yrittää auttaa potilasta muuttamaan näitä sisältöjä ja tyylejä 1) opettamalla itsen havainnointia harjoittamalla tietoista läsnäoloa ja kirjallisilla tehtävillä, 2) haitallisten kognitioiden tunnistamisella, esim. käyttäytymisanalyysejä tehtäessä, ja osoittamalla ei-dialektista ajattelua, 3) kehittämällä vaihtoehtoisia adaptiivisia kognitiivisia sisältöjä ja tyylejä istunnon aikana ja välitehtävien avulla ja 4) kehittämällä suuntaviivoja sille, milloin potilaat voivat luottaa omiin tulkintoihinsa ja milloin epäillä niitä, varsinkin kun itsen todentaminen on kaiken aikaa mukana tavoitteena. Viisaan mielen käsite voi tässä olla hyödyllinen. Voimakkaan emotionin tilassa ajattelutoiminta todennäköisimmin häiriintyy. Jos jokin ajatus näyttää olevan totta, silloinkin kun sitä tarkastellaan tunteiden viilennettyä, on todennäköisempää, että se on realistinen.

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa tunnetaan yksi erityinen kognitiivinen muokkaustapa, *vahvistussuhteiden (kontingenssien) selvittämisen menettelytapa*. On erittäin tärkeää että potilas ymmärtää ne syy- ja seuraussuhteet, jotka paraikaa vaikuttavat hänen elämässään - ottaen huomioon myös terapeutin vuorovaikutussuhteen - ja näkee miten ne vaikuttavat

hänen käyttäytymiseensä. Epävakaiden potilaiden kanssa työskenneltäessä on paljon apua siitä että on olemassa selvät säännöt, joita potilaiden kylläkin on siitä huolimatta vaikea oppia ja noudattaa. Vahvistussuhteiden johdonmukainen käyttäminen ja selkeä viestintä ovat paras vastaus tähän.

Altistus. Käyttäytymisterapia tuli aikoinaan tunnetuksi ahdistushäiriöiden tuloksellisena hoitomuotona. Se keskeisintä ydintä on portaittain altistus ahdistusta herättäville ärsykeille tai tilanteille, samalla kun pyritään varmistamaan, että potilaalle tavanomainen välttämiskäyttäytyminen ei toteudu. Tämä lähestymistapa ulotetaan dialektisessa käyttäytymisterapiassa muihinkin tunteisiin, kuten syyllisyyteen, häpeään ja suuttumukseen. Silloin kun nämä tunteet ovat ongelmallisia sinällään, johtavat välttämiskäyttäytymiseen, estävät taitojen käyttämistä tai ovat yhteydessä posttraumaattisen stressihäiriön oireisiin, voidaan käyttää altistuksen menettelytapoja. Hoidon 2-vaiheessa, kun haitallinen käyttäytyminen on jo hallinnassa, voidaan kehittää strukturoidumpia menettelytapoja posttraumaattiselle stressihäiriölle; altistus ja tavanomaisen reaktion estäminen kuuluvat silloinkin kuvaan. Tärkeimmät askeleet ovat: 1) potilaan orientaatio, usein käyttäen tarinaa tai metaforaa, joka valaisee potilaalle habituaatio-ilmiötä. Minkä tahansa ärsykkeen jatkuminen johtaa tavallisesti tottumiin eli habituaatioon, jossa yksilö reagoi aina vähemmän ja vähemmän ärsykkeeseen, mikäli sillä ei ole erityistä kielteistä merkitystä. Lopulta tämän seurauksena ärsykettä ei enää havaita, eikä aivokuoren hermosoluissa tapahdu enää reaktiota, 2) ei vahvistetun altistuksen järjestäminen, tarkoittaen sitä että altistusta ei seuraa lopputulos, joka voisi vahvistaa tavanomaista emotionaalista reaktiota, 3) ongelmalliseen tunteeseen liittyvän toimintapyrkimysten, erityisesti behavioraalisen ja kognitiivisen välttämisen estäminen ja 4) potilaan hallinnan tunteen lisääminen altistuksessa niin paljon kuin vain mahdollista, kuten tunnevoimakkuuden lisääminen portaittain, koska vastenmielisiä tapahtumia on helpompi sietää kun kokee, että niitä voi jossain määrin hallita.

Suurimassa osassa dialektisen käyttäytymisterapian käyttämistä muutosstrategioista (ja joissakin hyväksymisen strategioissakin) on mukana emotionaalista altistusta. Tätä altistusta tapahtuu, esim. kun tarkastellaan potilaan käyttäytymistä ja kokemuksia käyttäytymisanalyysissä. Altistusta tapahtuu myös taitojen harjoittelussa, esimerkiksi kun harjoitellaan uutta käyttäytymistä epämiellyttäviä tunteita herättävissä sosiaalisissa tilanteissa. Vahvistussuhteita hyödyntäviä strategioita käytettäessä potilas taas altistuu terapeutin hyväksynnälle tai paheksunnalle, mikä voi aktivoida häpeän, pelon, suuttumuksen tai ylpeyden tunteita. Altis-

tusta on myös tietoisien läsnäolon (mindfulness) harjoittamisessa, missä tavoitteena on havainnoida ilman arviointia omien ajatusten tai tunteiden virtauksia. Terapeutin on hyvä ymmärtää miten tärkeää altistus on emotionaalisen käyttäytymisen muutoksille. Se auttaa häntä hyödyntämään lukuisia mahdollisuuksia työskennellä suoran potilaan emotionaalisten reaktioiden kanssa soveltaen portaittaisen altistuksen periaatetta.

Tyylistrategiat

Vastavuoroinen kommunikaatio

Vastavuoroinen kommunikaatio on dialektisen käyttäytymisterapian tyylistrategia jota käytetään hyväksynnän ja validoinnin ilmaisemiseen ja potilas-terapeuttisuhteeseen kuuluvan valtaepätasapainon pienentämiseen. Sille on tunnusomaista kiinnostus, aitous, lämmin sitoutuminen ja vastaanottavaisuus. Se edellyttää, että terapeutti ottaa potilaan toivomukset vakavasti ja että hän vastaa suoraan viestinnän sisältöön. Hän ei tulkitse eikä vihjaa, että potilaan viestin sisältö tai aikomukset ovat vailla mieltä. Jos potilas sanoo ”Tänään todella toivon että olisin kuollut”, siihen voidaan vastata ”Tuntuu surulliselta kuulla tuo. Sinulla on varmasti erittäin paha olo.” sen sijaan että sanottaisiin ”Palataanpas nyt siihen, miten et tule toimeen kenenkään kanssa siellä työpisteessä”. Terapeuttia rohkaistaan käyttämään itseä koskevia ilmauksia, kuten tuomaan ilman arvostelua esille, miten potilaan käyttäytyminen on vaikuttanut häneen (esim. ”Kun tuijotat ulos ikkunasta sen sijaan että katsoisit minuun, se saa minut ajattelemaan, ettet halua työskennellä näiden ongelmien kanssa, ja minusta tuntuu että työskentelen enemmän kuin sinä.”) ja kertomalla potilaalle missä mennään (esim. ”Huomaan että joudun todella pinnistämään, että voisin ajatella että saamme tänään jotakin aikaiseksi täällä.”). Terapeutti voi kertoa kokemuksiaan ja tarjota selviytymisen mallia (esim. ”Kun tajusin ettei suuttumukseni pysäyttänyt luennoitsijaa, päätin keskittyä yhteen asiaan kerralla kuuntelemalla luentoa ja tunsin oloni miltei välittömästi paremmaksi” tai ”Minun on myönnettävä, että tuntisin oloni melko surkeaksi, jos olisin nyt sinun tilanteessasi.”)

Suorasukainen kommunikaatio

Suorasukainen kommunikaatio on ravistelevaa, konfrontoivaa, potilasta hätkähdyttävää kommunikaatiota. Suorasukaista kommunikaatiota käytetään potilaan saamiseksi pois jäy-

kästä asennoitumisesta kohti epävarmuutta hyväksyvää asennoitumista. Tämä edistää muutosta, ja sillä on suotuisia vaikutuksia silloin, kun terapeutti ja potilas ovat juuttuneet umpikujaan. Se tuo terapiaan poikkeavia, mahdollisesti huumorin täyteisiä tuokioita. Se voi ilmetä silloin, kun terapeutti kiinnittää huomiota enemmän epäsuoraan kuin suoraan kommunikaatioon. Esimerkiksi, kun potilas huutaa, ”Aion tappaa itseni!”, terapeutti voi ravistellen vastata, ”Minä kun luulin, ettet aikonut jättää terapiaa kesken!”. Tai kun potilas mitätöi terapeutin toteamalla ”Kuuntelet minua vain sen vuoksi, että saat siitä rahaa” saa vastaukseksi ”Luuletko, että maailmassa on niin paljon rahaa että se riittäisi *tämän* korvaamiseen?”. Selvä on, että on syytä tarkkaan seurata suorasukaisen kommunikaation vaikutuksia, jotta vältettäisiin sen väärinkäytöltä ja potilaan vieraannuttamiselta.

Kun useimmissa psykoterapioissa vastavuoroista kommunikaatiota pidetään toivottavana, niin suorasukaista kommunikaatiota löytää vähemmän psykoterapiakoulutuksista. Se kuuluu harvoin terapeuttien luonnolliseen kommunikaatiotyyliin. On kuitenkin mahdollista oppia tätä tyylistrategiaa havainnoimalla työtovereita, jotka ovat luonnostaan suorasukaisia. Heidän käyttäytymisestään voi poimia sellaista, joka saattaa sopia tai jonka voi muovata sopimaan omaan luontaiseen tyyliin. Tämän jälkeen voi harjoitella vastaavaa käyttäytymistä vapaa-aikana ja konsultaatioryhmässä, kunnes siitä tulee aito osaa omaa kommunikaatiota.

Tapauksen hallintastrategiat

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa tapauksen hallintastrategioilla on tärkeä tehtävä taitojen yleistämisen edistäjänä. Perinteisiä case management -strategioita laajemmin näihin kuuluu potilaan konsultointi, ympäristöön vaikuttaminen ja terapeutin saama konsultaatio. Nämä tapauksen hallintastrategiat tukeutuvat vahvasti sosiaalisen oppimisen teoriaan ja korostavat menetelmiä, joiden avulla potilaalle siirtyy käsitys biososiaalisesta mallista ja dialektisesta suhtautumisesta. Terapeutin ensisijainen rooli on konsultoida potilasta siinä, miten tulla toimeen sosiaalisessa ja ammatillisessa verkostossaan, *eikä* konsultoida verkostoa siinä, miten tulla toimeen potilaan kanssa. Tämä fokus taitojen kehittämiseen lisää potilaan uskoa kykyynsä oppia tehokkaampia tapoja toimia suhteessa ympäristöönsä.

Tapauksen hallintastrategiat auttavat potilasta toimimaan suhteessa fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöönsä niin, että se lisää elämänhallintaa ja hyvinvointia. Strategiat toimivat suunta-

viivoina, ne kertovat, miten hoitomallin ydinstrategioita sovelletaan ulkopuoliseen ympäristöön. Terapeutti valmentaa potilasta tehokkaaseen vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa tukien tällä tavalla taitojen yleistämistä. Jos potilaalla ei vielä ole vaadittua taitoa olla tekemisissä tietynlaisen ympäristön kanssa ja, jos tilanne vaatii välitöntä ratkaisua, terapeutti toimii hänen puolestaan ja antaa mallin miten toimia mutta vain potilaan läsnäollessa.

Potilaan konsultaatio

Potilaan konsultoimisen strategiat alkavat orientoimalla potilas ja potilaan sosiaalinen verkosto lähestymistapaan, neuvoen ja valmentuen potilasta siinä miten tulla toimeen muiden ammattilaisten kanssa ja konsultaatiolla siitä, miten tulla toimeen muiden sosiaalisen verkoston jäsenten kanssa. Muille ammattilaisille annetaan yleistä tietoa hoito-ohjelmasta, mutta heille ei kerrota miten hoitaa potilasta, eikä heille kerrota yksityiskohtia tai muuta hoitoon liittyvää tietoa ilman potilaan läsnäoloa. Potilaat oppivat pitämään puolensa harjoittelemalla taitoja ja terapeutit suorittavat case management -tehtäviä *ainoastaan* silloin, kun potilaalla ei ole tarvittavia taitoja, eikä hän voi oppia niitä kyllin nopeasti välttääkseen välittömästi lähestyvän haitallisen lopputuloksen. Dialektisesti potilaita pidetään kykenevinä oppimaan tehokkaampia tapoja vaikuttaa asioihin omassa ympäristössään samalla kun terapeutilla on vastuu 1) siitä että potilaalla on tietoa tehokkaista tavoista puuttua asioihin ja 2) niiden suorittamisesta siinä tapauksessa, että sen tekemättä jättämisellä olisi kielteisiä vaikutuksia.

Ympäristöön vaikuttaminen

Ympäristöön vaikuttamisen strategioita ovat tiedon antaminen muille potilaasta riippumatta, potilaan puolustaminen ja potilaan ympäristöön mukaan meneminen avun järjestämiseksi. Se, että terapeutti vaikuttaa suoraan ympäristöön, on hyväksyttävää vain olosuhteissa, joissa lyhyen aikavälin hyöty ylittää sen, mitä pitkällä aikavälillä menetetään oppimisessa. Esimerkkejä olosuhteista, jotka edellyttävät suoraa väliintuloa: 1) silloin kun potilas ei pysty itseksensä suoriutumaan tehtävästä, jonka lopputulos on erittäin tärkeä (esimerkiksi suisidaalinen, depersonalisoiva potilas, joka ei pysty kertomaan perheelleen että tarvitsee heidän seuraansa), 2) kun ympäristö on tinkimättömän ja sillä on paljon valtaa (esim. sosiaaliturvan hakeminen, joka ei onnistuisi ilman ammatillista apua), 3) kun potilaan hengenvaara tai jokin vakava vaara ympäristölle on todennäköinen (esim. itsemurhariski tai riski lapsen seksuaali-

selle hyväksikäytölle), 4) kun suora väliintulo on humaani teko eikä siitä ole vahinkoa, se ei korvaa aktiivista ongelmanratkaisua passiivisella (esim. potilaan tapaaminen kriisitilanteessa tavanomaisten hoidon puitteiden ulkopuolella), 5) kun potilas on alaikäinen (Linehan 1993a).

Terapeutin konsultoiminen

Terapeutin konsultoiminen konsultaatioryhmässä on viimeisin osatekijä dialektisen käyttäytymisterapian tapaushallinnassa ja sitä on kuvattu jo aiemmin. Sen tavoitteena on lisätä terapeutin kykyjä ja motivaatiota pysyä hoidon kehyksissä. Merkittävää tässä mallissa on sen tunnustaminen, että epävakaita potilaita hoitavat henkilöt tarvitsevat tukea ja asianmukaista palautetta työssään. Tämä tapahtuu pääasiassa konsultaatiotiimin tapaamisessa, kun tiimin jäsenet ovat sitoutuneet konsultaatiosopimukseen ja tarjoamaan toinen toisilleen dialektista tasapainoa.

Terapeuttinen suhde dialektisessa käyttäytymisterapiassa

Terapeuttista suhdetta on käsitelty pitkin matkaa tässä artikkelissa. Tässä alaluvussa tähdenämme niitä kohtia dialektisessa käyttäytymisterapiassa, jossa terapeuttinen suhde saa erityistä painotusta tai on muuten vahvasti esillä.

Teoreettinen perusta

Dialektisessä käyttäytymisterapiassa teorian tärkeänä tehtävänä on auttaa terapeuttia ymmärtämään ja käsittelemään niitä vaikutuksia, joita tavanomaisella epävakaiseen persoonallisuushäiriöön liittyvällä käyttäytymisellä on terapeuttiin. Biososiaalinen teoria on tarkoitettu vaikuttamaan terapeutin asenteisiin. Sen käsitys mitätöivästä ympäristöstä johtaa luonnollisesti validoinnin strategioiden korostamiseen hoidossa. Kaikenkattava dialektinen positio puolestaan johtaa terapiasuhteeseen, joka kiinnittää huomiota dialektiikkaan, tasapainoon ja nopeisiin edestakaisin liikkeisiin siinä keinulaudassa, jossa terapeutti istuu potilaan kanssa.

Hoidon kohteet

Terapiasuhteeseen sisältyvä ongelmallinen vuorovaikutus on dialektisessa käyttäytymisterapiassa muutostyön kohteena. Tällaista vuorovaikutusta on erilaiset sekä potilaan että tera-

peutin terapiaa häiritsevät käyttäytymiset, jotka tulevat tärkeysjärjestyksessä heti henkeä vaarantavan ja itseä vahingoittavan käyttäytymisen jälkeen. Dialektisen käyttäytymisterapian sekundaariset kohteet, kuten potilaan itsensä mitätöinti ja tunteiden virhesäätely, tulevat esiin terapiatapaamisessa reaktiona potilaan ja terapeutin vuorovaikutukseen. Näitä vuorovaikutuksia analysoidaan yhdessä ja muutetaan mahdollisuuksien mukaan. Dialektinen käyttäytymisterapia kiinnittää huomiota erityisesti terapiatapaamisten aikaiseen käyttäytymiseen ehkäpä huomattavasti suuremmassa määrin kuin käyttäytymisterapiassa yleensä.

Hoitomuodot

Kullakin hoitomuodolla on omat terapeutin suhteen rajojen määrittelynsä. Melko harvinaisen on dialektisessa käyttäytymisterapiassa käytetty mahdollisuus puhelinkonsultaatioon tai muuhun konsultaatioon terapiatapaamisten väliaikoina, mikä on omiaan tuottamaan erilaisen terapiasuhteen verrattuna joihinkin muihin terapioihin. Dialektinen käyttäytymisterapia korostaa myös toista terapeutista suhdetta, terapeutin ja konsultaatiotiimin välistä, joka tarjoaa työskentelyä auttavaa tukea ja opastusta.

Hoitostrategioita

Kaikki strategiat viittaavat johonkin terapeutin suhteen muotoon, mutta me korostamme tässä useampaa. *Luonnollisen muutoksen sallimisen* dialektinen strategia poikkeaa siitä että korostetaan rakenteen ja johdonmukaisuuden tarvetta epävakaiden potilaiden hoidossa. Keskeisten validoinnin strategioiden tasolla dialektisessa käyttäytymisterapiassa hyvän terapeutin suhteen ajatellaan sisältävän sinällään parantavia ominaisuuksia monille potilaille, vaikka se ei tavallisesti vielä riitä elämisen arvoisen elämän saavuttamiseen. Validoinnin korostaminen ja erityisesti kannustusstrategioiden käyttäminen erottaa dialektisen käyttäytymisterapian joistakin muista hoidoista. Lisäksi radikaalin aitouden positio, pitkälti pikiminkin omana luonnollisena itsenä kuin roolien määrittämänä itsenä oleminen, johtaa erilaiseen terapeutin suhteeseen kuin muodollisempi, varautuneempi tai yläpuolelle asettuva asennoituminen.

Monet näistä keskeisistä käyttäytymisstrategioista viittaavat terapeutin suhteen eri puoliin keskeisinä ja joskus erilaisina verrattuna muihin lähestymistapoihin. Näitä ovat terapeutin toimiminen salapoliisina, käyttäytymisanalyysin suorittaminen, mallina tai opettajana toi-

miminen, vahvistajana tai rankaisijana toimiminen sekä altistuksen ärsykkeenä toimiminen silloin, kun potilas altistetaan uhkaavaksi kokemilleen asioille, joita hän tavallisesti välttää.

Tyylillisten strategioiden tasolla terapeutti melko tarkoituksellisesti muuntelee tyyliään toimia ihmisten välisissä suhteissa. Vastavuoroiset ja ravistelevat tyylit ovat vastakkaisia ääripäitä sekä terapeutin käyttäytymisessä että niiden vaikutuksessa terapeutin suhteeseen.

Terapeutin ominaispiirteet

Hyvin tehtynä dialektinen käyttäytymisterapia edellyttää kykyä käyttäytyä ja tulla toimeen potilaiden kanssa usein erittäin vastakohtaisin tavoin. Koska useimmilla meistä on taipumus olla vahvoilla useimmilla ulottuvuuksilla vain niiden toisessa päässä, kunkin terapeutin on oltava tietoinen niistä ääripäistä, joita hänen olisi hyvä vahvistaa osana käyttäytymisrepertuaaria. Keskeinen ulottuvuus, jolla dialektisen käyttäytymisterapian terapeutit pyrkivät kovasti ylläpitämään dialektista tasapainoa, on hyväksymisen ja muutoksen dialektiikka. Liiallinen suuntautuminen jompaankumpaan on terapiaa häiritsevää käyttäytymistä, kuitenkin vahvuus kummassakin ääripäässä saattaa vaatia terapeutin kehittymistä työryhmän tukemana. Muita muunnelmia tästä hyväksymisen/muutos dialektiikasta ovat tuen antaminen ja potilaasta huolehtiminen / hyväntahtoinen vaatavaisuus suhteessa potilaaseen sekä myötätuntoinen joustavuus suhteessa hoidon rajoihin / muuttumaton paikallaan pysyminen hoidon periaatteista.

Implikaatioita arviointia varten

Sen arvioiminen, täyttääkö potilas epävakaa persoonallisuushäiriön kriteerit vai ei, toteutuu parhaiten strukturoidun diagnostisen haastattelun avulla, joita ovat mm. Strukturoitu kliininen haastattelu DSM-IV-diagnostikkaa varten (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin 1996) ja Persoonallisuushäiriöiden tutkiminen (Loaranger 1988). Kuitenkin pelkän diagnoosin määrittelyn hyöty on rajallinen dialektiselle käyttäytymisterapialle niin kuin mahdollisesti mille tahansa psykoterapialle. Tärkeämpää on saada tuntee ne erityiset käyttäytymismuodot, jotka aiheuttavat ongelmia tälle yksilölle ja mitkä muuttajat ylläpitävät ongelmaa. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa mittaamisessa korostetaan kohteena olevien käyttäytymisten päivittäistä seuranta ja niiden behavioraalista syväanalyysiä terapiatapaamisten aikana, niin kuin olemme aiemmin kuvanneet. Olemme huomanneet, että päiväkirjamerkintä-

lomakkeiden täyttäminen on ehdottoman välttämätöntä hoidon onnistumisen kannalta ja terapeuttia neuvotaankin kehottamaan potilaitaan täyttämään niitä vielä silloinkin, kun he ovat edistyneet huomattavasti eikä heillä ole enää pitkään aikaan ollut itsetuhokäyttäytymistä, päihteiden väärinkäyttöä tai muuta hoidon kohteena olevaa keskeistä käyttäytymistä. Vaikka epävakaat potilaat eivät usein halua valehdella terapeutilleen, usein he kuitenkin jättävät kertomatta tällaisesta käyttäytymistään, jos siitä ei ole erikseen kysytty tai sitä ei ole seurattu. Toinen johtopäätös, joka juontuu biososiaalisesta teoriasta ja dialektisestä näkökulmasta mittaamiseen, on se että terapeutin on ajoittain hyödyllistä oppia niin paljon kuin mahdollista potilaan sosiaalisesta kontekstista, ja siihen liittyen ottaa mukaan perheenjäsenet ja muut merkittävät ihmiset, saadakseen monipuolista tietoa ja ymmärtääkseen paremmin näitä suhteita. Potilaan käyttäytymisen nähdään usein tapahtuvan ihmisten välisessä kontekstissa, mukaan lukien terapeutin suhde. On tarpeen jatkuvasti arvioida näiden vuorovaikutussuhteiden tila, mukaan lukien terapeutin oma myötävaikutus siihen.

Indikaatioita ja kontraindikaatioita

Dialektinen käyttäytymisterapia kehitettiin kroonisesti suisidaalisten epävakaiden naisten hoitoon. Se on nyttemmin osoittautunut olevan tehokas paitsi tämän asiakasryhmän myös sellaisten epävakaiden naisten hoidossa, jotka eivät ole välttämättä itsetuhoisia (Koons et al, painossa). Lisäksi oma ja muiden kliininen kokemus viittaa siihen, että se saattaa olla hyödyllinen tapa hoitaa muitakin väestöryhmiä, joihin sitä ei ole vielä empiirisesti testattu. Ei ole mitään syytä ajatella, että tämä hoito ei sopisi epävakaiden miesten hoitoon. Hiljakkoin suoritettuihin satunnaisotokseen perustuvat tutkimukset tukevat käsitystä dialektisen käyttäytymisterapian tehokkuudesta hoidettaessa potilaita, joilla on sekä epävakaa persoonallisuushäiriö että huumeriippuvuus (Linehan et al 1999), sekä potilaita joilla on alkoholi/huumeriippuvuus mutta ei epävakaata persoonallisuushäiriötä (van den Bosch 1999). Ei satunnaisotokseen perustuvat kontrollikokeet viittaavat siihen että dialektinen käyttäytymisterapia on tehokas hoidettaessa suisidaalisia nuoria (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler & Leigh 1998, Rathus & Miller 1999), syömishäiriöistä kärsiviä (Telch, Agras & Linehan 2000; Wiser & Telch 1999) ja perheitä, jossa yhdellä perheenjäsenistä on diagnosoitu epävakaata persoonallisuushäiriö (Fruzzetti, Hoffman & Linehan, painossa). Lisäksi dialektinen käyttäytymisterapia on sovellettu käytettäväksi laitoshoidossa (Barley et al 1993), avohoidon päiväkeskusten hoito-ohjelmissa (Simpson et al 1998), vankiloissa” (McCann, Ball &

Ivanoff 2000) sekä masentuneiden vanhusten hoidossa. Ei ole selvää keiden kohdalla tämä hoito saattaisi olla kontraindikoitu.

Hoidon tuloksellisuus

Kliinisen kokemuksemme mukaan dialektisella käyttäytymisterapialla on laaja skaala tuloksia. Osa potilaista saattaa viipyä hoidon ensimmäisessä vaiheessa vuosikausia. Toisessa ääripäässä ovat ne potilaat, joilla on ollut hoidon alkaessa toistuvaa itsetuhoista käyttäytymistä ja, jotka voivat saada sen hallintaan hyvinkin nopeasti häiriten hyvin vähän terapian kulkua ja edistyen muutenkin nopeasti. Eräässä äskettäisessä tutkimuksessa (Koons et al., painossa) kuuden kuukauden hoitjakson lopussa vain kolme kymmenestä dialektisen käyttäytymisterapian potilaasta edelleen täysin täytti häiriön kriteerit ja täyttyneiden kriteereiden keskiarvo putosi 6,8:sta 3,6:een. Mielestämme tämä on kliinisesti merkittävä muutos (tälle potilasryhmälle) suhteellisen lyhyen hoitjakson aikana. On odotettavissa, että enemmistö epävakaista potilaista saa ensimmäisen hoitovaiheen hoidon kohteena olevan kaikkein vakavimman käyttäytymisensä suhteellisen hyvään hallintaan vuoden tai kahden aikana, mutta on todennäköistä, että heidän tarvitsee jatkaa hoitoa, ehkäpä periodeittain läpi elämänsä. On olemassa hyvin vähän tietoa, jonka perusteella voi ennustaa, kuka kaikkein todennäköisimmin edistyy tässä hoidossa muita nopeammin. Linehanin et al. (1991) tutkimus osoitti, että nuori ikä ennusti heikompaa hoitotulosta. Pieni pilottiprojekti, josta Linehan on raportoinut (1993a), viittaa siihen, että dialektisen käyttäytymisterapian taitojen harjoitteluryhmän liittäminen ei dialektiseen käyttäytymisterapiaan ei parantanut hoidon tuloksia.

Rajoitukset

Vaikka DBT näyttää olevan lupaava hoitomuoto, sen tehokkuus on osoitettu toistaiseksi vasta kolmessa satunnaisotokseen perustuvassa tutkimuksessa (Linehan et al. 1991; Linehan et al. 1999; Koons et al., painossa). Erilaista tutkimusta tarvitaan selvästi lisää. Yksi tarve on yksinkertaisesti toistaa hoidon perusvaikutukset epävakaisten potilaiden kohdalla. Toinen tarve on suorittaa hoidon osatekijöihinsä purkava tutkimus, jossa pyritään löytämään ne osatekijät, jotka ovat olennaisia tai kaikkein tärkeimpiä. Kolmas tutkimuksellinen tarve on verrata dialektista käyttäytymisterapiaa muihin tehokkaan tuntuisiin hoitoihin, mukaan lukien muut standardoidut psykoterapiat ja lääkehoidot, erikseen ja yhdessä. Lopuksi, kuten jo

aiemmin totesimme, tätä hoitomallia ulotetaan muihin potilasryhmiin ja tarvitaan empiirisiä tutkimuksia tämän hoidon rajojen määrittelemiseksi. Toivomme että dialektisen käyttäytymisterapian ja muiden hoitojen jatkuva arviointi johtaa merkittävään kohentumiseen niiden henkilöiden elämässä, joita olemme tässä kuvanneet epävakaiksi.

Lähdeluettelo, ks. alkuperäinen artikkeli