

TERAPIAN PERIAATTEIDEN SELITTÄMINEN POTILAALLE¹

Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw & Gary Emery

Johdanto

Perusajatus, joka terapeutin tulee välittää potilaalle on, että potilas ja terapeutti ovat yhteistyökumppaneita, jotka yhdessä ”tutkivat” potilaan ajatusten sisältöä. Tärkeintä heidän yhteistyössään on määritellä tärkein hankittava ja tutkittava tieto. Kognitiiviselle terapialle keskeinen tieto on potilaan tapa ymmärtää tai väärin ymmärtää sekä tulkita elämänsä tapahtumia.

Ensiksi terapeutti käy läpi potilaan yritykset määritellä ja ratkaista psykologiset ongelmansa. Terapeutti selittää lyhyesti esim. masennuksen kognitiivisen mallin muuttaakseen ongelmallisiin asioihin liittyvää haitallista tai vääristynyttä ideointia. Selitykseen sisältyy henkilön ajattelutavan (miten hän ajattelee itsestään, ympäristöstään ja tulevaisuuttaan (kognitiivinen kolminaisuus) ja tavan, jolla hän ajattelee tunteitaan, perusteluitaan ja käyttäytymistään. Terapeutti esittää pääpiirteittäin, miten itseä väheksyvä ajattelu saattaa vaikuttaa potilaan tunteisiin ja käyttäytymiseen.

Voi kuitenkin olla haitallista kertoa potilaalle tämän ajattelevan irrationaalisesti, sillä masennuspotilaat uskovat vilpittömästi kokevansa asiat ”niin kuin ne oikeasti ovat”. Sen sijaan terapeutti havainnollistaa potilaalle, että tämän ajattelutapa on osallinen tämän masennukseen ja että tämän havainnot ja johtopäätökset saattavat olla ”epätarkkoja” (eikä ”irrationaalisia”). Terapeutti voi esimerkiksi osoittaa, että kun jonkin tapahtuman voi tulkita monella tavalla, potilas valitsee johdonmukaisesti kielteisimmän. Myöhemmin kappaleessa käsitellään lähemmin menetelmiä havainnollistaa nämä taipumukset.

Potilaan ajattelun tutkiminen perustuu kahteen lähtökohtaan. Masennuspotilas ajattelee itselleen haitallisella tavalla (toisin sanoen heillä on järjestelmällinen taipumus ajatella

¹ Käännös luvusta: ”Cognitive Techniques” teoksessa Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. ”Cognitive Therapy of Depression” (ss. 142-165). New York: Guilford 1979.

Käännös: Atro Tossavainen 1993

Reprinted by permission.

itsestään, ympäristöstään ja tulevaisuudestaan kielteisesti). Potilaan tapa tulkita tapahtumia ylläpitää hänen masennustaan.

Kuten aiemmin todettiin, kognitiivisen terapeutin tyypillinen strategia on houkutella esiin potilaan käsityksiä ongelmiansa luonteesta eikä tarjota tälle tutkintoja tai selityksiä. Terapeutin on yritettävä ymmärtää, mitä potilas pitää tärkeimpinä syinä masennuksen jatkumiseen.

On välttämätöntä tietää, mitä potilas odottaa hoidolta (esimerkiksi mitä tulee tapahtumaan, mitkä tavoitteet ovat kohtuullisia, millaisia tuloksia voidaan odottaa). Esimerkiksi eräällä kirjoittajista (B.F.S) oli potilas, joka kertoi olleensa hoidossa aiemminkin ja jolle oli kerrottu tämän masennuksen johtuvan biokemiallisesta poikkeavuudesta. Ennen vastaanotolle tuloa häntä oli yritetty lääkittää kolmella eri antidepressiivisellä lääkkeellä, mutta niillä ei ollut vaikutusta. Niinpä hän tahtoi tietoa ”keskustelu” -terapiasta, sen ja kemiallisen hoidon eroista, sen teoreettisesta perustasta, seurauksista ja paranemisen todennäköisyydestä.

Samoin potilaalle, joka on vakuuttunut olevansa masentunut vain lapsuudenkokemustensa takia ja joka uskoo merkittävien lapsuuden tapahtumien muistamisen, ”uudelleen elämisen” ja analysoinnin olevan tarpeen, on selvitettävä kognitiivisen terapian periaatteet. Muuten hän saattaa ajatella, että kognitiivinen terapia, joka alussa keskittyy nykyhetkeen, olevan vain ensiapumenetelmä. Tällaisessa tapauksessa terapeutin saattaa olla hyödyllistä mainita se tosiasia, että ajattelu- ja käyttäytymistapaa voi muuttaa tuntematta aiemman oppimisen syyteki-jöitä.

Voi olla hyödyllistä selvittää tätä analogian kautta. Esimerkiksi henkilö, joka on oppinut käyttämään lyhyttä slangivoittoista ja kieliopillisesti virheellistä kieltä, ei tarvitse aiempien kielioppikokemustensa läpikäymistä, vaan virheiden selittämistä ja korjaamista sekä hyväksyttävien lauseiden määrittelemistä. Toisinaan saattaa silti olla hyödyllistä tarkastella aiempia oppimiskokemuksia ja niiden avulla havainnollistaa potilaalle, miten nämä vaikuttavat siihen, että tämä tulkitsee elämänsä tapahtumia itselleen haitallisella tavalla.

Eräs tapa arvioida potilaan näkemystä terapiasta ja samalla tarjota hänelle kognitiivisen terapian käsitteellinen malli on panna hänet lukemaan johdatusta menetelmään. Terapeutti voi neuvoa potilasta hahmottelemaan asiat, joiden tämä kokee olevan tärkeitä omassa tapauksessaan. Terapeutin on oltava erityisen valpas varmistuakseen siitä, että potilas todella ymmär-

tää, mitä tarkoitetaan masennukseen liittyvällä vääristyneellä ajattelulla sekä ajattelun ja muiden masennuksen oireiden välisellä suhteella.

Seuraava keskustelu 26-vuotiaan jatko-opiskelijan kanssa olkoon esimerkkinä tapahtumien merkityksen tutkimisesta. Opiskelijalla oli neljän kuukauden ajan ollut uusiutuvaa masennusta.

Potilas: Olen samaa mieltä itseni kuvauksista, mutta en taida olla samaa mieltä siitä, että ajattelutapani on masennukseni syy.

Terapeutti: Kuinka sitten käsität sen?

P: Masennun kun asiat eivät suju, kuten silloin, kun en pääse tentistä läpi.

T: Miten tentissä epäonnistuminen voi masentaa sinut?

P: No jollen onnistu, en ikinä pääse oikeustieteelliseen.

T: Joten epäonnistuminen merkitsee sinulle paljon. Mutta jos tentissä epäonnistuminen todistettavasti johtaisi ihmiset kliniseen masennukseen, eikö jokaisen epäonnistuneen pitäisi olla masentunut? Masentuiko jokainen tentissä epäonnistunut niin paljon, että joutui hakeutumaan hoitoon?

P: Ei, mutta sehän riippuu siitä, kuinka tärkeä tentti oli kullekin.

T: Niin, ja kuka päättää tärkeyden?

P: Minä.

T: Näin ollen on tarkasteltava sinun tapaasi kokea tentti (tai tapaa, jolla ajattelet tenttiä) ja kuinka se vaikuttaa mahdollisuuksiisi päästä oikeustieteelliseen, eikö niin?

P: Jep.

T: Oletko samaa mieltä siitä, että tapa, jolla tulkitset tentin tuloksia vaikuttaa sinuun? Saatat tuntea itsesi masentuneeksi, sinulla saattaa olla unettomuutta, et kenties tahdo syödä, ja voit jopa harkita kurssin keskeyttämistä.

P: Olen todella ajatellut, etten selviä siitä. Olen siis samaa mieltä.

T: Siis mitä epäonnistuminen merkitsisi?

P: (itkien) Etten päässyt oikeustieteelliseen.

T: Ja mitä se taas merkitsee sinulle?

P: Etten ole tarpeeksi fiksu.

T: Eikö mitään muuta?

P: Etten voi koskaan olla onnellinen.

T: Ja miltä sinusta tuntuu näiden ajatusten seurauksena?

P: Hyvin onnettomalta.

T: Joten tentissä epäonnistumisen merkitys saa sinut hyvin onnettomaksi. Itse asiassa se, että uskot, ettet voi koskaan olla onnellinen tekee sinut onnettomaksi. Hankkiudut siis ansaan – määritelmän mukaan oikeustieteelliseen pääsemättömyys on yhtä kuin ”en voi koskaan olla onnellinen”.

Kognitiivisen terapian kriittisin vaihe on potilaan opettaminen tarkkailemaan ja merkitsemään muistiin kognitioitaan (ajatuksiaan). On sovittava, mitä asiaan liittyviä tietoja tutkitaan, sillä muuten merkityksellinen ja terapeutin viestintä on rajoittunutta. Kognitioiden observoinnin ja kirjaamisen harjoittelu saa potilaan tiedostamaan mielikuvien ja itsekseen tehtyjen verbalisaatioiden esiintymisen. Terapeutti opettaa potilasta tunnistamaan vääristyneet ja haitalliset kognitiot. Potilaan on opittava erottamaan toisistaan itse tapahtumat ja omat ajatuksensa. Hänen täytyy myös ymmärtää ajatustensa, tunnetilojensa, käyttäytymisensä ja ympäröivien tapahtumien välinen suhde.

Potilaan opettaminen käy parhaiten portaittain: (1) määritellään ”automaattinen, välitön ajatus” (kognitio), (2) havainnollistetaan ajatuksen ja tunnetilan (tai käyttäytymisen) välinen suhde esimerkein, (3) havainnollistetaan ajatusten olemassaolo potilaan tuoreilla kokemuksilla, (4) annetaan potilaalle välitehtäväksi ”kerätä” ajatuksia sekä (5) käydään läpi potilaan muistiinpanoja ja annetaan konkreettista palautetta.

Kognition määrittäminen potilaalle

Terapeutti voi määritellä kognition joko ajatukseksi tai mielikuvaksi, jota ei välttämättä juuri huomaa ellei sitä erityisesti tarkkaile”. Kognitio on tapahtumien arviointia mistä tahansa aikaperspektiivistä (mennyt, nykyinen, tuleva). Masennuksessa ja muissa kliinisissä häiriöissä tyypillisesti tavattavia ajatuksia kutsutaan usein ”automaattisiksi ajatuksiksi”, osaksi tavaksi tullutta ajatusmallia. Muutamaa määrättyä tilannetta (kuten taiteilijan tai runoilijan todellisuuden laajentamisyritys) lukuun ottamatta yksilö pitää yleensä ajatuksiaan todellisuuden korrekteinä kuvauksina ja niin ollen myös uskoo niihin. Koska yksilön ajatukset ovat automaattisia, tavanomaisia ja uskottavia, hän ei juuri arvioi niiden todenmukaisuutta. Näin ollen ei ole lainkaan epätavallista, että masennuspotilas lähes hukkuu retorisiin kysymyksiin (kuten ”miksi olen niin heikko?”, ”miksi olen niin kyvytön ihminen?” jne.) tai epämielilyttäviin mielikuviin (kuten ”koen näyttäväni rumalta sialta”). Hänestä on itsestään selvää, että hän on heikko, typerä tai ruma ja hän ihmettelee, miksi häntä koetellaan näin.

Kognitioiden vaikutus tunnetiloihin ja käyttäytymiseen

On olemassa eri tapoja demonstroida ajattelun, tuntemisen ja käyttäytymisen välinen suhde. Useat potilaat voivat kokea merkitysyhteyttä johonkin pieneen kertomukseen, jossa he eivät itse ole osallisina. Seuraava keskustelu terapeutin ja 43 – vuotiaan masennuspotilaan välillä on esimerkki tyypillisestä lyhyestä kuvauksesta.

T: Tapa, jolla henkilö ajattelee tai tulkitsee tapahtumia, vaikuttaa siihen, miltä hänestä tuntuu ja kuinka hän käyttäytyy. Otetaanpa esimerkiksi mies, joka on yksin kotonaan illalla. Hän kuulee räjähdysen toisesta huoneesta. Jos hän ajattelisi siellä olevan murtovarkaan, miltä luulisit hänestä tuntuvan?

P: Hyvin ahdistuneelta, pelokkaalta.

T: Kuinka hän käyttäytyisi?

P: Hän saattaisi yrittää piiloutua, tai jos hän olisi fiksu, hän soittaisi poliisille.

T: Okei, siis reaktiona mielikuvaan murtovarkaasta äänen tekijänä, henkilö tuntisi itsensä ahdistuneeksi ja käyttäytyisi itseään suojelevasti. Sanotaanpa, että henkilö arvelisi äänen aiheutuneen jonkin esineen särkyemisestä, kun tuuli puhalsi auki jääneestä ikkunasta. Miltä hänestä tuntuisi?

P: No eihän hän pelkäisi. Hän saattaisi olla surullinen, jos hän arvelisi jonkin arvoesineen särkyneen, tai häntä saattaisi harmittaa, että lapset ovat jättäneet ikkunan auki.

T: Käyttäytyisikö hän eri tavalla tämän mielikuvan seurauksena?

P: Tietenkin, hän varmaan menisi katsomaan, mikä hätänä, eikä varmasti soittaisi poliisille.

T: Hyvä. Tämä esimerkki osoittaa, että yleensä on useita eri tapoja tulkita jokin tilanne, ja että tapa, jolla tilanne tulkitaan, vaikuttaa tunteisiin ja käyttäytymiseen.

Tämän nimenomaisen esimerkin tarkoitus on antaa potilaalle psykologista etäisyyttä omiin ongelmiinsa ja viitekehys, jossa hän voi tutkia omia ajatuksiaan ja tunteitaan. On hankala ennustaa, miten helposti tai vaikeasti kukin potilas ymmärtää nämä käsitteet. Terapeutin päästrategia on kokeilla muutamaa demonstraatiota, mutta varautua myös siihen, että malli kehittyy potilaan omien kokemusten pohjalta.

Toisessa menetelmässä, jolla demonstroidaan ajattelun tai mielikuvien ja tunnetilojen välistä suhdetta, on kyse esiin houkutelluista mielikuvista. Terapeutti pyytää potilasta ensin kuvittelemaan epämiellyttävän tilanteen. Jos potilas ilmoittaa tämän seurauksena kokevansa kielteisiä tunteita, terapeutti voi kysyä potilaalta tunteiden sisältöä. Terapeutti pyytää potilasta

sitten kuvittelemaan miellyttävän tilanteen ja kuvailemaan tunteitaan. Yleensä potilas kykenee havaitsemaan voivansa muuttaa tunteitaan muuttamalla ajatustensa sisältöä. Tämän yksinkertaisen menetelmän avulla jotkut potilaat ymmärtävät mielikuviansa voiman ja sen, kuinka heidän ajattelunsa muutokset saattavat johtaa muutoksiin heidän tunnetilassaan. Tämä menetelmä sopii lievästi masentuneelle potilaalle, joka kokee ohimeneviä alakuloisuuskausia.

Kognitio ja äskettäiset kokemukset

Joillain potilailla saattaa olla vaikeuksia haitallisten ajatustensa tai mielikuviansa tunnistamisessa, tai he eivät välttämättä näe ajatusten ja tunteiden yhteyttä. Toiset potilaat saattavat vaivatta ymmärtää ajatusten luonteen ja jopa tarjota tyypillisiä kokemiaan kielteisiä ajatuksia. Kummassakin tapauksessa on suotavaa havainnollistaa potilaalle ajatusten olemassaolo hänen tajunnassaan. Ensimmäisessä tapauksessa potilaan on välttämätöntä tiedostaa ja tunnistaa kielteiset ajatuksensa. Toisessa tapauksessa on kannattavaa tutkia tarkoin potilaan ajatuksia hänen kanssaan, jotta voidaan varmistua siitä, että potilas ymmärtää ajatustensa tärkeyden. Jälkimmäinen menettelytapa toimii myös suojana, sillä välitön terapeutin kanssa samaa mieltä oleminen yleensä osoittaa pikemminkin tottelevaisuutta kuin aitoa oppimista. Tällaiset potilaat tarvitsevat samanlaista opetusta kuin potilaat, jotka ovat epävarmoja ajatusten osuudesta masennuksessaan.

Paljon käytetty menetelmä ajatusten läsnäolon havainnollistamiseksi on kysyä, mitä potilas ajatteli juuri ennen ensimmäistä vastaanotolle saapumistaan. Useimmat potilaat ilmoittavat ajatelleensa terapeuttia, hoitoa ja avunsaantimahdollisuuksia. Terapeutti nimeää potilaalle nämä ajatukset ja mielikuvat ”automaattisiksi ajatuksiksi” (kognitioiksi) (Suomessa puhutaan myös ”välittömistä ajatuksista”, kääntäjän huomautus). Jos terapeutti arvelee potilaan sanavaraston olevan rajoittunut, hän voi käyttää muita ilmaisuja selittämään kognitiivisia ilmiöitä, kuten vaikkapa ”asioita, jotka sanot itsellesi” tai itse-väittämiä”.

Ajatusten ja mielikuvien olemassaolon toteamisen lisäksi terapeutti voi tässä vaiheessa korjata mahdolliset virheelliset käsitykset terapiasta. Esimerkiksi 38-vuotiasta naista pyydettiin kertomaan odotushuoneessa ilmenneet ajatuksensa. Hän ilmoitti olevansa hyvin huolissaan siitä, ettei selviäisi hengissä yhtä kauan kuin tarvitsisi terapiaa. Vaikka hänelle oli kerrottu kognitiivisen terapian tyypillinen kesto, hän ei voinut sovittaa tätä tietoa yhteen toiselta hoitajalta samansa tiedon (että hän tarvitsisi hoitoa 2 – 3 vuoden ajan kolmesti viikossa) kanssa.

Itse asiassa potilas ei ollut ymmärtänyt, että kyseinen hoitaja oli puhunut eri hoitojärjestelmästä (psykoanalyttisesta terapiasta) sekä eri tavoitteista ("täydellisestä persoonallisuuden jälleenrakentamisesta"). Kun potilas ymmärsi, että kognitiivinen terapia keskittyisi hänen ongelmiinsa (ja erityisesti hänen masennukseensa), hänen odotushuoneessa tuntemansa pelko haihtui merkityksellisempien asioiden tieltä, nimittäin "onnistuuko tämä terapia?" ja "entä jos tilani ei parane?"

Automaattisten ajatusten havaitseminen

Kun potilas ymmärtää kognition määritelmän ja tiedostaa automaattisten ajatusten ja mielikuvien olemassaolon, terapeutti antaa hänelle projektiksi hahmotella dysfunktionaaliset eli haitalliset ajatuksensa.

Tehtävän laatu riippuu kulloinkin tarkasteltavasta ongelmasta. Tyypillisesti potilasta pyydetään "nappaamaan" niin paljon ajatuksia kuin hän suinkin voi ja merkitsemään ne muistiin. Koska ihminen on vain harvoin, jos lainkaan, täysin "tyhjä" ajatuksista, potilas voi käyttää tunnetilojen muutoksia tai pahan olon kokemista merkkinä tai vihjeenä ajatuksen tiedostamisesta tai muistamisesta.²

Ajatukset voi tunnistaa tarkimmin juuri ne ovat ilmenneet. On kuitenkin monia syitä, jotka saattavat estää tarkkailijaa merkitsemästä ajatuksiaan muistiin välittömästi. Siksi toinen menetelmä on opastaa potilasta varaamaan pieni hetki, vaikkapa 15 minuuttia joka ilta, ajatusten ilmenemiseen johtaneiden tilanteiden ja myös itse ajatusten läpikäymiseen. Terapeutti pyytää potilasta merkitsemään kaikki hermostuttavat ajatukset niin tarkasti kuin mahdollista. Toisin sanoen, potilaan ei pitäisi kirjoittaa "tunsin olevani kykenemätön hoitamaan työtäni", kuten hän asian ilmaisi keskustelussa, vaan "olen kykenemätön hoitamaan työtäni", niin kuin ajatus oikeastaan oli. Tämä ajatustenkeräämismenetelmä on erityisen hyödyllinen sellaisten potilaiden kanssa, joita on neuvottu pysymään toimeliaina välttääkseen masennuksessa piehtaroinnista.

Kolmas tapa kohdistaa huomio ajatuksiin liittyy potilaan masennuksen ympäristötekijöiden tunnistamiseen. Esimerkiksi 31-vuotias kolmen lapsen äiti ilmoitti "päivän pahimman ajan" olevan klo 7 ja klo 9 välissä aamulla. Tänä aikana hän yleensä laittoi perheelle aamiaista. Hän ei kyennyt selittämään, miksi tämä aika oli niin vaikea, ennen kuin hän alkoi merkitä kotona ajatuksiaan muistiin. Hän huomasi vertaavansa itseään jatkuvasti äitiinsä, jonka hän

muisti olevan ärtyisä ja riitaisa aamuisin. Kun potilaan lapset käyttäytyivät huonosti tai vaativat kohtuuttomia, hän ajatteli usein: ”Älä vihastu tai he kantavat sinulle kaunaa”, mistä seurasi, että hän yleensä jätti heidät huomiotta. Kuitenkin yhä useammin hän ”räjähti” lapsilleen ja ajatteli sitten: ”Olen pahempi kuin äiti koskaan oli. En kykene huolehtimaan lapsistani. Heidän asiansa olisivat paremmin, jos olisin kuollut.” Hän masentui yhä enemmän kuvitellessaan kielteisiä lapsuudenkokemuksiaan kuten ”äitini läimäytti minua jos valitin mistään.” Kun potilas tiedosti nämä ajatukset, hän ja terapeutti ryhtyivät tulokselliseen keskusteluun, jossa listattiin hänen ja hänen äitinsä samanlaisuudet ja erilaisuudet, tarkasteltiin hänen käsitystään järjellisestä käyttäytymisestä lapsiaan kohtaan sekä kumottiin hänen uskomuksensa siitä, että hänen mikä tahansa vihan ilmauksensa saisi hänen lapsensa kantamaan loputonta kaunaa häntä kohtaan.

Vaihtoehtoisesti terapeutti saattaa asettaa potilaan vastatusten jonkin ärsyttävän ympäristötekijän kanssa tarkoituksena herättää ja tunnistaa masentavia ajatuksia. Esimerkiksi 49-vuotias nainen oli menettänyt pojan itsemurhan seurauksena kaksi vuotta ennen hoitoon tuloa. Potilas syytti itseään poikansa kuolemasta. Hän koki useiden esineiden sekä tapahtumien (esimerkiksi kitaroiden, musiikin, taidenäyttelyiden) muistuttavan häntä pojastaan ja laukaisevan ryöpyn kielteisiä ajatuksia, huomattavaa epätoivoa ja syyllisyyttä. Hän oli välttänyt näitä asioita tunteakseen olonsa paremmaksi. Potilaan oli näin ollen hankala tunnistaa selkeitä masennusta aiheuttavia ajatuksia. Niinpä terapeutti ehdotti potilaalle taidegalleriassa käymistä ja siellä ilmeneviin ajatuksiin keskittymistä.

² Automaattisten ajatusten tunnistamista helpottaa niiden luonteenomaisten piirteiden lukeminen esim. kirjasta ”Coping With Depression” (Beck & Greenberg, 1974).

Tästä seurasi, että potilas huomasi selviä itsesyytöksiä sisältäviä automaattisia ajatuksia, joiden keskeisiä teemoja olivat hänen ”kyvyttömyytensä kuunnella poikaansa”, hänen päätöksensä jatkaa onnettomassa avioliitossa ja hänen ”kelvottomuutensa” äitinä. Potilaan oli hyödyllistä tunnistaa nämä ajatukset, sillä hän saattoi sitten testata niiden todenmukaisuuden. Kun potilas ja terapeutti tarkastelivat potilaan kielteisiä ajatuksia yksityiskohtaisesti, potilas päätteli itsesyytöstensä olevan perusteettomia. Hänen äärimmäinen syyllisyydentunteensa haihtui ja hän pystyi näin tulemaan toimeen poikansa kuolemasta johtuvan surullisuuden kanssa.

Eräs hyödyllinen menetelmä on pyytää potilasta keräämään ajatuksia, joilla on yhteinen teema. 21-vuotias lievästi masentunut opiskelija oli kuudetta viikkoa hoidossa, kun terapeutti selitti, miksi seuraava istunto oli peruutettava.

P: Kyllähän se käy, tiedän että sinun on mentävä tapaamiseen. (tauko) Minun pitäisi varmaan kertoa sinulle, että aloin ajatella sinun hylkäävän minut. En tiedä miksi, sillä kun ajatelen asiaa, on itsestään selvää, että sinun on peruutettava istunto.

T: Onko mitään ajatustasi tukevaa todistusaineistoa?

P: No suoraan sanoen mietin, voisitko nähdä hiukan ylimääräistä vaivaa ja pitää istunnon. Enkä edes tiedä oletko paikkakunnalla.

Tässä tapauksessa potilasta pyydettiin kiinnittämään erityistä huomiota ajatuksiin, joiden keskeinen teema oli hylätyksi tuleminen. Tullessaan seuraavaan istuntoon hän sanoi hämmästyneenä kokeneensa 27 sellaista ajatusta viikon aikana. Lisäksi hän koki itsensä masentuneemmaksi, jos hän uskoi ”hylkääjän” toimivan tahallisesti. Terapeutti ja potilas keskittyivät siis potilaan ”hylkäämisen” määritelmään kuten myös hänen taipumukseensa odottaa toisten (”niiden, jotka välittävät”) toimivan aina hänen parastaan ajatellen. Oli siis selvää, että hän oli tulkinnut istuntonsa peruuttamisen hylkäämiseksi, sillä hänen kaavansa mukaan terapeutin käytös osoitti, ettei tämä ”välittänyt” hänestä.

On siis useita menetelmiä, joilla potilasta voidaan auttaa ilmaisemaan ajatukset, jotka ylläpitävät tai pahentavat hänen masennustaan. Kun potilas oppii ilmaisemaan täsmällisesti nämä ajatukset, terapeutti ja potilas voivat tutkia potilaan masennuksen lähdettä.

Automaattisten ajatusten ja mielikuvien tutkiminen ja testaaminen

Kun potilasta pyydetään testaamaan (engl. reality test, ts. tarkistaa asian todenmukaisuus) ajatuksiaan, tarkoituksena ei ole saada häntä valheellisen optimistisesti luulemaan ”asioiden olevan oikeasti paremmin kuin ne ovat”, vaan rohkaista häntä analysoimaan ja kuvailemaan asioita tarkemmin. Vaikka masentuneen henkilön maailmankuva on tyypillisesti kielteinen, terapeutin ei pitäisi langeta otaksumaan, että potilaan kaikki pessimistiset tai nihilistiset väittämät ovat ilman muuta virheellisiä. Terapeutin tulisi potilaan kanssa tutkia joukkoa potilaan ajatuksia. Jokaisen ajatuksen perusta tai todiste pitäisi testata käyttäen sellaisia kohtuullisia mittapuita, joiden mukaan ei-masentuneet henkilöt arvioivat asioita.

Esimerkiksi masentunut nuori opiskelija uskoi, ettei pääsisi erääseen yliopistoon, johon oli pyrkinyt. Kun terapeutti tarkasteli tämän johtopäätöksen syitä, hän havaitsi sen olevan varsin heikolla pohjalla. Keskustelu kulki näin:

T: Miksi arvelet, ettet pääse haluamaasi yliopistoon?

P: Koska arvosanani eivät ole hääppöiset.

T: Mikä oli keskiarvosi?

P: Aika hyvä ennen viimeistä lukukautta lukiossa.

T: Mikä on yleensä ollut keskiarvosi?

P: Kymppejä ja ysejä.

T: No kuinka monta kutakin?

P: Melkein kaikki arvosanani ovat olleet kymppejä, mutta viime lukukaudella sain kelvottomia arvosanoja.

T: Mitä sait viime lukukaudella?

P: Kaksi kymppiä ja kaksi ysiä.

T: Kun kerran keskiarvosi vaikuttaa lähes täydeltä kympiltä, miksi uskot, ettet pääsisi yliopistoon?

P: Koska kilpailu on niin kovaa.

T: Tiedätkö, millä keskiarvolla tuohon yliopistoon pääsee?

P: Kuulin jostain, että 9,25 riittäisi.

T: Eikö keskiarvosi ole parempi kuin 9,25?

P: Taitaa olla.

Tässä tapauksessa potilas ei tahallaan yrittänyt lannistaa terapeuttia, mutta oli todella ajatellut kielteisesti (ja virheellisesti) mahdollisuuksiaan päästä yliopistoon. Hänen logiikkansa käy esimerkkinä mustavalkoisesta ”kaikki- tai -ei mitään” - ajattelusta, sillä hänelle mikä tahansa kymppiä heikompi arvosana tarkoitti epäonnistumista. Potilas perusteli tätä virheellistä johtopäätöstä toisella, nimittäin käsityksellään omasta pärjäämisestään verrattuna muun luokan pärjäämiseen. Hän saattoi keskustelun myötä varmistua, että vaikka hän luulikin olevansa luokan keskitasoa, hän olikin oikeastaan lähempänä kärkeä. Vasta kun terapeutti oli houkutellut hänestä tosiasiat esiin, hän kykeni tajuamaan, kuinka hän oli vääristännyt todellisuutta.

Terapeutti olisi saattanut tässä tapauksessa käyttää kahta eri menetelmää, joilla olisi saattanut olla potilaaseen myönteisiä vaikutuksia, mutta jotka eivät todennäköisesti olisi opettaneet häntä tutkimaan ja arvioimaan ajatuksiaan. Terapeutti olisi esimerkiksi voinut vakuuttaa potilaalle, että tämän ilmiselvän älykkyyden perusteella tämä pääsisi ilman muuta yliopistoon, tai hän olisi voinut käyttää rationaalis–emotiivisten terapeuttien (Ellis 1962) suosimaa menetelmää ja kyseenalaistaa potilaan uskomuksen siitä, että yliopistoon pääsy oli hänen ihmisarvonsa mittari. Toista RET -menetelmää käyttäen terapeutti olisi sitten voinut tutkia, miten katastrofaalista olisi ollut, jollei potilas olisikaan päässyt yliopistoon.

Kuitenkin jos terapeutti valitsisi tässä vaiheessa terapiaa nämä menetelmät, hän itse asiassa jättäisi huomiotta tärkeitä asioita, sillä (a) hän ei olisi luonut lujaa tietopohjaa, jota vastaan potilaan johtopäätöksiä voitaisiin testata, ja (b) hän ei olisi antanut potilaalle mahdollisuutta kehittää todisteita ajatustensa testaamiseen. Näin ollen potilaan kielteiset ajatukset voisivat yhä vaikuttaa, vaikka hän saattaisi väliaikaisesti tuntea olonsa paremmaksi rationaalis – emotiivisen menettelytavan ansiosta. Hän saattaisi sitten tulkita muita tilanteita väärin tai jopa palata alkuperäiseen virheelliseen johtopäätökseen yliopistoon pääsyn mahdollisuudesta. Kun potilas oppii vertaamaan ajatuksiaan todellisuuspohjaiseen todistusaineistoon, hän voi arvioida olettamuksiaan. Masennuspotilaat tarvitsevat testaamista, ts. asioiden todenmukaisuuden tarkistamista, ennen kuin heidän uskomuksiaan yritetään muuttaa (jos heidän uskomuksensa ovat virheellisiä).³

Lienee itsestään selvää, ettei jokaisella yliopistoon pyrkijällä ole hyvää keskiarvoa, ja masennuspotilas, joka ennustaa tulevansa hylätyksi, saattaa hyvinkin olla oikeassa. Sellaisessa tapauksessa terapeutti voi ryhtyä tutkimaan yliopistoon pääsemättömyyden merkitystä ja tähän merkitykseen liittyviä asenteita, kunhan hän on selvillä potilaan koulumenestysarvion todenmukaisuudesta ja tämän ennustusten vakuuttavuudesta. Oletetaan esimerkiksi, että terapeutti toteaisi potilaan pääsemisen yliopistoon olevan epätodennäköistä. Hänen pitäisi ensin selvittää potilaan yliopistoon pääsemiseen liittyvät asenteet. Potilas saattaisi sanoa vaikkapa ”jollen pääse yliopistoon, olen todella tyhmä”, tai ”...en voi koskaan olla onnellinen” tai ”perheeni ja ystäväni pettyvät hurjasti.” Näiden nimenomaisten asenteiden todenmukaisuutta voidaan sitten tutkia. Jos perhe ja ystävät todella pettyisivät hurjasti, terapeutti ja potilas voivat miettiä, miksi toisten ihmisten odotusten on hallittava potilasta. Terapeutti saattaa osoittaa, etteivät toiset voi tehdä häntä pettyneeksi, vaan potilas itse ”aiheuttaa” pettymyksensä sisäistämällä toisten asenteet. Toisin sanoen potilaan oma ajattelu, ei toisten, tuottaa epämiellyttävät tunteet.

Tämänkaltaisen ”realiteettitestauksen” päätarkoitus on antaa henkilölle mahdollisuus korjata omat ajatusvääristymänsä. Merkityksen ja asenteiden tutkiminen tuo esiin asenteiden koh- tuuttomuuden ja itseä väheksyvän luonteen. Olemme kuitenkin huomanneet, että niin kauan kun potilas jatkaa realiteettien vääristämistä, terapeutin yritykset asettaa kokemukset vä- hemmän vääristyneeseen merkityskehikkoon, ovat tuloksettomia.

Eräs nainen, joka valitti voimakasta päänsärkyä ja muita somaattisia häiriöitä sai testissä hy- vin korkean masennusluvun. Kun häneltä tiedusteltiin ajatuksia, jotka tuntuivat tekevän hä- net onnettomaksi, hän sanoi: ”Perheeni ei arvosta minua”, ”kukaan ei arvosta minua, kaikki pitävät minua itsestään selvyytenä” ja ”olen arvoton”.

³ Ellis (henkilökohtainen kommunikaatio, 1979) kirjoittaa vastauksena tähän toteamukseen: ”RET *ei* estä hankkimasta mainitsemaanne ’lujaa tietopohjaa’, johon potilaan johtopäätöksiä voidaan verrata. Vaikka RET-terapeuttien ei edellytetä tekevän tätä, he *voivat* halutessaan tehdä niin. Useissa tapauksissa toiminisin lähes samoin kuin teidän terapeutinne kappaleessa olleessa vuoropuhelussa; toisissa tilanteissa saattaisin keskustella potilaan ihmisarvosta tai hänen katastrofoinnistaan – ja niin tehdessäni hankin ’lujan tietopohjan’. Jossain tapauksessa saattaisin auttaa häntä hyväksymään itsensä täysin tai lopettamaan katastrofoinnin muiden tietojen avulla ja ilman teidän hankkimaanne tietopohjaa. RET:ssa ei ole *yhtä* ainoaa kes- kustelu- tai väittelytapaa.”

Esimerkkinä hän sanoi, että hänen murrosikäiset lapsensa eivät enää halunneet tehdä mitään hänen kanssaan. Vaikka tämä väittämä olisi hyvin saattanut olla tosi, terapeutti päätti tarkis- taa sen todenperäisyyden. Hän pyrki hankkimaan väittämälle ”todisteita” seuraavassa kes- kustelussa:

P: Poikani ei enää tahdo käydä teatterissa tai elokuvissa kanssani.

T: Mistä tiedät, ettei hän tahdo?

P: Murrosikäiset eivät oikeasti tahdo tehdä mitään vanhempiensa kanssa.

T: Oletko nimenomaan pyytänyt häntä lähtemään kanssasi?

P: En...itse asiassa hän on pyytänyt muutaman kerran minua lähtemään kanssaan, mutten uskonut hänen oikeasti tahtovan.

T: Entäpä, jos testaisit sitä pyytämällä häntä vastaamaan sinulle rehellisesti?

P: Saattaisi olla hyvä idea.

T: Tärkeää ei ole, haluaako hän lähteä kanssasi vai ei, vaan se, päättävätkö sinä asioita hänen puolestaan sen sijaan, että antaisit hänen itse vastata.

P: Taidat olla oikeassa, mutta hän vaikuttaa kyllä tahdittomalta. Hän myöhästyy aina päivälliseltä.

T: Kuinka usein näin on käynyt?

P: No.. kerran tai kaksi... ei niin ole tainnutkaan käydä kovin usein.

T: Johtuuko hänen päivälliseltä myöhästymisensä hänen tahdittomuudestaan?

P: No kun sitä ajattelen, hänhän sanoi tehneensä ylitöitä noina kahtena iltana, ja hän on ollut hyvin kohtelias useilla muilla tavoin.

Itse asiassa, kuten potilas myöhemmin huomasi, hänen poikansa halusi lähteä elokuviin hänen kanssaan.

Terapeutti ei siis hyväksy potilaan johtopäätöksiä ja päätelmiä sellaisenaan, vaan pyrkii tarkistamaan niiden todenmukaisuuden. Jos tämän potilaan johtopäätökset olisivat todella olleet oikeita, terapeutti olisi voinut tutkia tapaa, jolla potilas antoi merkityksiä poikansa ”hylkäämisille”. Terapeutti olisi myös voinut kannustaa häntä harrastamaan muita asioita ja ylläpitämään suhteita toisiin ihmisiin.

Eräs masennuspotilaille tyypillinen piirre on heidän taipumuksensa pitää ajatuksiaan täytenä totena. Vaikka tämä piirre on tyypillinen ihmisille yleensä, sillä on erityistä merkitystä masennuksessa ilmenevien vääristymien laajuuden vuoksi. Lisäksi ongelma vaikeutuu potilaan käyttäytyessä ajattelunsa mukaisella tavalla.

Kun potilas on oppinut tarvittavat tarkkailu- ja muistiinmerkontähdöt, hän huomaa tiettyjen ajatusten ilmenevän erityisen usein tuskaisissa tunnetiloissa. Kunkin ajatuksen nimenomainen muoto ja sisältö liittyy sitä seuraavaan tuskalliseen tunnetilaan (Beck, 1976). Esimerkiksi ahdistukseen liittyy ajatuksia, joissa potilas näkee itsensä välittömässä vaarassa (joko fyysisessä tai sosiaalisessa). Masennukseen liittyvät ajatukset kuvastavat usein potilaan uskomuksia kyvyttömyydestään, vastenmielisyydestään tai sosiaalisesta eristyneisyydestään.

Yleensä potilas voi terapeutin avulla luokitella ajatuksensa pääteemojen mukaan (esim. itsesyytös, alemmuus, jokin puute). Terapeutti voi auttaa potilasta tiedostamaan elämäkokemusten eri tulkintatavat ja merkitykset. Hänen olisi hyvä huomauttaa potilaan järjestelmälli-

sestä taipumuksesta tulkita asioita kielteisesti ja osoittaa, kuinka tämä tekee mielivaltaisesti kielteisiä päätelmiä päinvastaisista todisteista huolimatta. Terapeutin ei tietenkään pidä olettaa potilaan muuttavan näkemyksiään vain siksi, että tämä huomaa tulkitsevansa asioita yksipuolisesti. Sen sijaan jokaisen tulkinnan todenmukaisuus on huolellisesti tarkistettava, jotta potilaan kyky tarkkailla sekä tehdä realistisia ja loogisia päätelmiä kehittyisi.

Terapeutti voi käyttää useita eri kognitiivisia menetelmiä johtopäätösten arvioimiseen ja vahvistamiseen. On olennaista muuttaa masennuspotilaan stereotyyppisiä kielteisiä reaktioita, sillä ne (1) aiheuttavat voimakkaita kielteisiä tunnetiloja ja (2) estävät potilasta keskittymästä todellisiin ongelmiinsa. Kaksi potilaan objektiivisuuden lisäämiseen tarkoitettua menetelmää ovat ”vastuun uudelleenjakaminen” (engl. reattribution) ja ”vaihtoehtoinen käsitteellistäminen” (engl. alternative conceptualization). Eräs näiden menetelmien keskeinen etu on, että potilas oppii ”ottamaan etäisyyttä” ajatuksiinsa, ts. hän alkaa pitää ajatuksiaan psykologisina tapahtumina.

Vastuun uudelleenjakamisen menetelmät

Masennuksessa ilmenee yleisesti kognitiivinen malli, jossa potilas virheellisesti ottaa vastuun tai syyn vastoinkäymisistä itselleen. Masennuspotilaat ovat erityisen alttiita itsesyytöksille, jotka johtuvat sellaisten tapahtumien kielteisistä seurauksista, joita he eivät voi hallita, kuten myös sellaisten, joita he voivat. Vastuun uudelleenjakamista käytetään, kun potilas epärealistisesti laittaa vastoinkäymiset henkilökohtaisen vajavaisuuden, kuten kyvyn tai yrittämisen puutteen, syyksi. terapeutti ja potilas käyvät läpi asiaan liittyvät tapahtumat, soveltavat logiikan lakeja käytettävissä oleviin tietoihin ja jakavat vastuun asiaankuuluvalla tavalla. Tarkoitus ei ole antaa potilaalle synninpäästöä kaikesta vastuusta, vaan määrittellä kaikki ulkopuoliset tekijät, jotka vaikuttavat vastoinkäymisiin. Paitsi että objektiivisuuden kasvu antaa potilaan päästä itsesoimausten painolastista, hän voi sen myötä myös etsiä tapoja korjata pahat tilanteet ja estää niiden toistumisen.

Seuraava tapaus osoittaa, miksi vastuun asianmukainen uudelleenjakaminen on hyödyllistä ongelmien selvittelyssä.

Potilas oli 51-vuotias lievästi masentunut pankinjohtaja, joka valitti lähinnä ”tehottomuutta työssään”. ”Tehottomuudella” potilas viittasi hankaluuksiin, joita hän koki liikepäätösten tekemisessä. Potilas tuli neljänteen istuntoonsa erittäin masentuneena.

P: On täysin käsittämätöntä, kuinka olen onnistunut sotkemaan asiat. Olen tehnyt taas valttavan harkintavirheen, jonka takia minut olisi syytä erottaa.

T: Kerro, minkä harkintavirheen teit.

P: Myönsin lainan, joka raukesi täysin. Tein kerrassaan kehnon päätöksen.

T: Muistatko päätökseen johtaneita tekijöitä?

P: Toki. Laina näytti paperilla oikein hyvältä, lisävakuudet ja luottokelpoisuus olivat kunnossa, mutta minun olisi pitänyt tietää, että siitä seuraa ongelmia.

T: Tiesitkö kaiken asiaankuuluvan tehdessäsi päätöksen?

P: No en silloin juuri, mutta sain tosiaan tietää loputkin kuutta viikkoa myöhemmin. Minulle maksetaan tuottavien päätösten tekemisestä eikä pankin rahojen hukkaan heittämisestä.

T: Ymmärrän asemasi, mutta haluaisin, että kävisimme uudestaan läpi tiedot, jotka sinulla oli käytettävissäsi, kun päätös oli tehtävä, eikä vasta kuuden viikon päästä sen tekemisestä.

Kun terapeutti ja potilas kävivät läpi päätöksentekohetkellä käytettävissä olleet tiedot, potilas päätteli järkevästi alkuperäisen päätöksen olleen kaikkien pankkitoiminnan periaatteiden mukainen. Hän muisti jopa tarkistaneensa asiakkaan taloudellisen taustan huolellisesti. Vastuun uudelleenjakamisen menetelmä auttoi potilasta; hän siis tajusi ongelmien syyn olevan muualla kuin hänessä itsessään. Siitä huolimatta hänellä oli edelleen lainan aiheuttama ongelma. Itsesyytöstensä seurauksena hän ei ollut ottanut yhteyttä pankin pääkonttoriin oikeustoimien aloittamiseksi asiakasta vastaan. Hänelle jäi ”itse aiheutettu ongelma”, mutta hänelle vakuutettiin että oli vielä aikaa ”korjata vauriot”. Potilas ja terapeutti laativat ohjelman, jonka tarkoituksena oli vähitellen korjata potilaan aiemmat virheet. Vaikka potilaan esimiehet kritisoivat häntä hänen vitkastelunsa vuoksi, hän huomasi voivansa hyväksyä näiden rakentavan kritiikin kurittamatta itseään.

Vastuun uudelleenjakaminen on erityisen hyödyllistä sellaisten potilaiden kanssa, jotka helposti syyttävät itseään liikaa, kuten myös sellaisten, jotka ottavat itselleen vastuun mistä tahansa vastoinkäymisestä. Terapeutti saattaa vastata itseään syyttävän potilaan ajatuksiin (a) käymällä läpi itsekritiikkiä aiheuttaneiden tapahtumien ”tosiasiat” (kuten yllä), (b) todistamalla potilaan käyttävän eri kriteerejä vastuun jakamiseen omasta käyttäytymisestään ja muiden käyttäytymisestä (kaksinaismoraali), tai (c) kyseenalaistamalla potilaan uskomuksen siitä, että tämä on ”sataprosenttisesti” vastuussa kaikista kielteisistä seurauksista. Tästä menetelmästä on käytetty myös nimeä ”vastuun poistaminen” (engl. de-responsibilizing).

Vaihtoehtoisten ratkaisujen etsintä

Masennuspotilaan suljetun logiikan järjearkylsysteemi aukenee, kun hän ottaa etäisyyttä ajatuksiinsa ja tiedostaa jäykät ajattelumallinsa ja –teemansa. Ongelmat, joita on aiemmin pidetty mahdottomina ratkaista, voidaan uudelleen käsitteellistää. Tässä kohden ”vaihtoehtojen etsintä” voi osoittautua hyödylliseksi. Tässä menetelmässä on yksinkertaisesti kyse toisten tulkintojen tai ratkaisujen etsimisestä potilaan ongelmiin. Tämä menettelytapa on tehokkaan ongelmanratkaisun kulmakivi.

Potilas voi spontaanisti löytää ratkaisuja aiemmin ratkaisemattomina pitämiinsä ongelmiin, kun ongelmat määritellään huolellisesti. Sen lisäksi, kun potilas ymmärtää todelliset vääristymättömät ongelmansa, vaihtoehdot, joita hän aiemmin piti käyttökeltvottomina, saattavat tulla kyseeseen. Terapeutti ei saa herpaantua potilaan väittäessä ”yrittäneensä kaikkea mahdollista”. Vaikka masennuspotilaat uskovat vilpittömästi kokeilleensa joka ikistä vaihtoehtoa, on todennäköisempää, että he ovat automaattisesti hylänneet useita mahdollisuuksia ja lakanneet etsimästä muita päätettyään jo ennakolta ongelman olevan ratkaisemattomissa. Kuten edellä on todettu, masennuspotilaan toivottomuusjohtopäätös perustuu tietoihin, jotka hän on järjestelmällisen kielteisesti valinnut. Seuraava tapaus valaisee masennuspotilaan taipumusta pitää ongelmia ratkaisemattomina kielteisten ajatustensa perusteella.

Potilas oli 28–vuotias kohtalaisen masentunut nainen. Mies oli hylännyt hänet ja heidän kolme lastaan kuukautta aiemmin. Potilas viittasi jatkuvasti käsitykseensä siitä, ettei selviäisi ilman miestään. Hän ”todisti” tämän kuvailemalla menneisyydessä kokemiaan ”itsenäisyyteen” liittyviä ongelmia. Potilas oli teini–ikäisenä kammonnut yksin olemista. Hänen oli aina ollut ”hankala pärjätä” kun mies oli liikematkoillaan. Hän ei ollut saanut minkäänlaista opastusta talousasioissa ja uskoi vakaasti lastensa kärsivän sen seuraukset. Hän kuvaili yrityksiään selvittää miehensä menettämisestä ”painajaiseksi”. Vaihtoehtomenetelmää käyttäen terapeutti luetteli ensin ongelmat (esimerkiksi taloudenhoidon, lasten kasvattamisen, yksinäisyyden). Jokaisessa kohdassa potilas totesi, ettei selviäisi ongelmistaan, koska ei ollut selvinnyt aiemminkaan. Hän väitti mm., ettei ”koskaan ollut ollut hyvä matikassa”, ”jättäneensä kasvattamisen Jackin huoleksi”, ja että ”oli aina pelännyt yksin olemista, jos vaikka jokin menisi pieleen”.

Nämä väitteet ovat saattaneet aiemmin olla jossain määrin tosia, mutta ratkaisevaa oli, kykenisikö potilas soveltamaan näitä taitoja tai selviytymismenetelmiä saatuaan asiaankuuluvaa

ohjausta. Terapeutti sai tietää potilaan olevan ylioppilas ja että tämä oli itse asiassa jossain määrin harmissaan miehensä hallitsevuudesta ja siitä, että mies halusi hoitaa itse kaiken. Potilaan luomat vaihtoehtoiset ratkaisut paljastivat kehittyneen ongelmanratkaisukyvyyn. Esimerkiksi talousasioista hän tiesi useita talousapuohjelmia sekä pankinjohtajansa nimen ja oli harkinnut hakevansa sihteerin paikkaa (hän oli lukiossa keskittynyt liiketoiminnan ja kaupankäynnin opiskeluun). Terapeutti palasi potilaan alkuperäiseen uskomukseen siitä, ettei tämä ”selviäisi ilman miestä” alleviivattuaan joitakin vaihtoehtoja. Tähän mennessä potilaan mieliala oli parantunut huomattavasti ja hän päätti helpottaa rahahuoliaan erällä mahdollisista ratkaisuista (lyhytaikainen laina). Hän kykeni järjestämään lainan ja tämä onnistuminen vei pohjan hänen alkuperäiseltä käsitykseltään omasta kyvyttömyydestään. Tämän seurauksena hän halusi ryhtyä etsimään ratkaisua muihinkin ongelmiinsa.

On huomattavaa, että ongelmanratkaisujen etsintä johtaa usein masennuspotilaan tunnetilan muutokseen. Tämä johtuu siitä, että potilas yllättäen tajuaa, ettei hänen elämäntilanteensa ehkä olekaan ”toivoton”. Terapeutti ei kuitenkaan voi saavuttaa päämääriään pelkällä vaihtoehtoisten ongelmanratkaisutapojen etsimisellä. Hän tarkastelee myös potilaan johtopäätöksiä (”en ole koskaan ollut hyvä missään”) objektiivisesti. Vaikka on hyvin todennäköistä, ettei tällainen johtopäätös voi pitää paikkaansa, masennuspotilas uskoo silti sen olevan oikea ja saattaa esittää ”vakuuttavia” todisteita epäonnistumisesta tai kyvyttömyydestä. Terapeutin pitäisi siis valmistautua antamaan potilaalle riittävästi aikaa uuden johtopäätöksen sopeuttamiseen muuhun ajatteluun (”Tiedän minä jotain sentään, mutta tarvitsen silti neuvoja talousasioissa, lasten kasvattamisessa ja pärjätäkseni yksinäisyyden kanssa”). Vaihtoehtoisten ongelmankäsitteilytapojen etsiminen on erityisen tärkeä menetelmä suisidaalisten potilaiden hoidossa.

Vaihtoehtoisten selitysten etsiminen tarjoaa toisen lähestymistavan ”ratkaisemattomiin ongelmiin”. Masennuspotilas tulkitsee tapahtumia järjestelmällisen kielteisesti. Ajattelemalla vaihtoehtoisia tulkintoja hän kykenee tunnistamaan taipumuksensa, vastustamaan sitä ja kehittämään sen sijaan todenmukaisempia johtopäätöksiä. Tämä ajattelunmuutos johtaa myönteiseen tunnetilan ja käyttäytymisen muutokseen. Seuraava esimerkki valaisee edelleen kielteisten ajatusten korjaamisen vaikutuksia.

22-vuotias masentunut jatko-opiskelija uskoi vakaasti englannin professorinsa pitävän häntä ”hylkiönä”. Tämän todisteeksi hän toi vastaanotolle tuoreen esseensä, josta hän oli saanut arvosanan 1,5 (asteikolla 0-3), ja kaksi sivua kritiikkiä. Opiskelija oli suunniltaan tuloksista.

Hän oli kirjoittanut esseensä suuressa ahdingossa, koska uskoi, ettei ” pärjännyt opiskeluis-
sa”. Hänellä oli nyt ”todiste siitä, ettei pärjännyt opiskeluissa” ja hän oli valmis lopettamaan
opiskelun.

Terapeutti sai esiin kaksi potilaan johtopäätöksille tärkeää seikkaa. Ensiksikin potilas oli ol-
lut masentunut kirjoittaessaan esseen ja oli siksi ennustettavissa, ettei suoritus vastaisi hänen
kykyjään. Itse asiassa muistelleensa ajatuksiaan siitä, kun hän palautti esseen, hän oli yllät-
tynyt siitä, että oli ylipäänsä saanut sen valmiiksi. Hänen suorituksensa sekä saamansa arvo-
sana piti siis sijoittaa oikeaan asiayhteyteen. Ennen kuin terapeutti ryhtyi tähän toimeen, hän
tiedosti, että arvosanat professorin kritiikki täytyi tulkita oikein ja hänen ensimmäinen tehtä-
vänsä oli auttaa potilasta tutkimaan tämän ajatusta siitä, että tämä oli ”hylkiö”.

Terapeutti tiedusteli, oliko arvosanalle ja professorin kritiikille muita selityksiä. Potilas
mietti ja arvioi nämä vaihtoehdot. Arviointi oli yksinkertaisesti joka selityksen
”uskottavuus” prosentteina. Tässä potilaan luettelo ”uskottavuuden” mukaan pienenevässä
järjestyksessä.

- 1) ”Olen hylkiö, joka ei pärjää englannissa lainkaan.” 90%
- 2) ”Professori ei pidä naispuolisista jatko-opiskelijoista.” 5%
- 3) ”Muut opiskelijat saivat suunnilleen samantasoisia arvosanoja.” 3%
- 4) ”Professori antoi kommenttinsa neuvoiksi tulevia esseitä varten ja ajattelee siis, että mi-
nulla on sentään jonkin verran kykyä.” 2%

Terapeutti kykeni onneksi vakuuttamaan potilaalle, että tämän oli syytä hankkia lisää tietoja
ennen kuin lopettaisi kurssin. Hän suostutteli potilaan soittamaan professorille vastaanotolta
(”nyt eikä viidestoista päivä”). Puhelimessa potilas sai tietää että (1) ryhmän keskimääräinen
arvosana oli 1,5 ja (2) professorin mielestä esseen sisältö oli ”lupaava”, vaikka tyyli olikin
”puutteellinen”. Professori ehdotti, että hän ja opiskelija keskustelisivat professorin kom-
menteista lähemmin. Näistä uusista tiedoista ilahtuneena potilaasta tuli eloisampi. sen sijaan
että olisi pitänyt itseään ”hylkiönä”, hän oli yhtä mieltä siitä, että tarvitsi ohjausta kirjoitta-
misessa. Hän päätti hankkia opastusta ja käydä lukukauden loppuun vastoin aiempaa pää-
töstään lopettaa kesken.

Tämä esimerkki demonstroi potilaan kielteisten tulkintojen vaikutusta tunteisiin ja käyttäy-
tymiseen. Potilas koki valtavaa pahaa oloa, ei vain keskinkertaisen arvosanansa, vaan myös

arvosanan merkityksen (ts. hän oli epäonnistuja) takia. Sen lisäksi hän aikoi myös toimia kielteisen johtopäätöksensä mukaan. Todisteiden perusteella kurssin lopettaminen kesken olisi ollut valtava virhe. Itse asiassa se olisi vakuuttanut hänet siitä, että hänen kielteinen arvionsa kyvyistään oli oikea. Kun hän tutki muita mahdollisuuksia, hän saattoi tehdä järkevämmän päätöksen.

Potilaille ja terapeutille oli hyödyllistä luetteloida ja arvioida potilaan uskomuksia, sillä näin he saattoivat kehittää empiirisesti testattavia hypoteeseja. Istunnon lopuksi potilas arvioi uudelleen tulkintojaan ja ymmärsi, kuinka oli ylikorostanut ”hylkiö – ei – kykyä” – hypoteesia todisteiden vähäisyyden vuoksi. Mielenkiintoista on, että kunhan potilas sai hiukan perspektiiviä professorinsa kritiikkiin, hän siirsi huomionsa pois käsityksestään siitä, että oli hylkiö (mikä ei enää vaikuttanut uskottavalta), luovan kirjoittamisensa puutteiden realistiseen arviointiin. Toisin kuin terapeutti, joka uskoo ”positiivisen ajattelun voimaan”, kognitiivinen terapeutti ei pyrkinyt kieltämään tai sivuuttamaan näitä todellisia puutteita.

Tietenkään ei ole aina mahdollista pyytää potilasta hankkimaan asiaankuuluvia tietoja vastaanotolta käsin, kuten edellisessä tapauksessa. Kannatta kuitenkin yrittää, jos mahdollista, sillä muissa asioissa edistyminen estyy, jos potilas musertuu hylkäämisajatustensa alle. Jos tietoja ei voida hankkia vastaanotolta käsin, potilaille pitäisi antaa ”kiirekoti tehtävä”; ts. tämän täytyy hankkia tiedot (esim. ottamalla yhteyttä professoriin) ja ottaa uudelleen yhteyttä terapeuttiin mahdollisimman pian. Tällä tavalla kielteiselle ajattelulle ja kielteisille johtopäätöksille jää vähemmän mahdollisuuksia levitä potilaan elämän muille alueille. Olemme yleensä havainnet, että mitä suurempi ristiriita vallitsee alkuperäisen virheellisen johtopäätöksen ja potilaan hankkimien asiaankuuluvien tietojen välillä, sitä enemmän alkuperäinen johtopäätös menettää uskottavuuttaan. Toisinaan voi olla jopa hyväksi pyytää potilaalle tärkeää henkilöä (esim. puolisoa) tai aputerapeuttia auttamaan potilasta hankkimaan tietoja istunnon ulkopuolella.

Haitallisten ajatusten muistiin merkitseminen

Haitallisten ajatusten ja rationaalisten vastausten rinnakkain muistiin merkitseminen on tapa aloittaa ajatusten tutkiminen, arvioiminen ja muuttaminen. Potilasta pyydetään kirjoittamaan ajatuksensa yhteen sarakkeeseen ja toiseen sarakkeeseen ”järjellinen vastaus” ajatuksiin. Tehtävään saattaa sisältyä lisäksi lisäsarakkeita, mikäli halutaan merkitä muistiin myös potilaan tunnetila ja käyttäytyminen sekä kuvaus ajatusta edeltäneestä tilanteesta tai tapahtu-

masta. Sarakkeiden määrästä riippuen menetelmää voi siis kutsua kaksoissarake-, kolmoissarake- tai jopa neljän sarakkeen menetelmäksi. Kappaleen lopuksi esitetään mallilomake, jota potilas voi käyttää apuna haitallisten ajatustensa ja mielikuviansa tunnistamisessa. Lomakkeen sarakkeet ovat nimeltään Päivä, Tilanne, Tunteet, Automaattiset ajatukset, Rationaalinen vastaus ja Lopputulos.

Terapeutin tulisi selvittää tarkoin lomakkeen käyttö, kunhan potilas ymmärtää automaattisten ajatusten (ts. ajatusten) käsitteen. On hyödyllistä antaa istunnossa muutama esimerkki haitallisista kognitioista ja järjellisistä vastauksista. Terapeutti opettaa potilasta myös arvioimaan tunnekokemustensa voimakkuutta ja automaattisten ajatustensa uskomisen tasoa. Tämän menettelyn tarkoitus on opettaa potilasta arvioimaan tunteitaan tarkemmin ja varmistaa, että potilas kirjoittaa muistiin myös ”vierailta kuulostavat” ajatukset (ts. ajatukset, jotka eivät tunnu hänestä uskottavilta). Arviot tarjoavat tietenkin myös tavan määritellä potilaan tunne-reaktioita ja ajattelua. Hoidon päätyttyä monet potilaat käyttävät muistiinpanojaan muistuttamaan itseään masennusta aiheuttaneista tai ylläpitäneistä tilanteista ja ajatteluvirheistä.

Terapeutin päätehtävä on auttaa potilasta kehittämään rationaalisia vastauksia kielteisiin kognitioihinsa. Seuraava tapaus selventää lomakkeen käyttöä. Kun tilanteita ja ajatuksia merkitään muistiin, potilas saa niiden vaikutuksiin hiukan etäisyyttä. Terapeutin tavoite on lisätä potilaan objektiivisuutta omia ajatuksiaan kohtaan ja demonstroida kielteisten ajatusten, epämiellyttävien tunnetilojen ja hyödyttömän käyttäytymisen välinen yhteys. Tärkein tavoite on tehdä ero realistisen tapahtumien arvioinnin ja idiosynkraattisten merkitysten väärin arvioinnin välille.

Terapeutti voi nimetä sarakkeet potilaan tarpeiden mukaan. Seuraavat esimerkit valaisevat joko vaihtoehdoisen menetelmän sovellusta tai ”objektiivisen kolmannen henkilön” käyttöä ajatuksiin vastaajana.

Sairaala-arkistonhoitajalla oli ollut masennusta kuuden vuoden ajan.

Tilanne	Tunteet	Kognitiot	Muut mahdolliset tulokset
<i>Sepelvaltimoyk-</i>	<i>Surua</i>	<i>Hän ei pi-</i>	<i>Ylihoitaja on</i>

<p><i>sikön ylihoitaja oli tyly ja sanoi ”inhoan arkistoja”, kun meidän keräämään taulukoita arkistokomiteaa varten.</i></p>	<p><i>Hiukan vihaa Yksinäisyyttä</i></p>	<p><i>dä minusta.</i></p>	<p><i>yleensä onneton. Ei ole sama inhota arkistoja kuin inhota minua; hän itse asiassa inhoaa paperitöitä. Hänellä on paljon paineita minulle tuntemattomista syistä. Hänen ei kannata inhota arkistoja, sillä ne ovat hänen ainoa puolustuksensa oikeusjutussa.</i></p>
--	--	---------------------------	---

24-vuotias hoitaja, joka oli hiukan aiemmin päässyt sairaalasta oltuaan hoidettavana vakavan masennuksen vuoksi, toi nämä muistiinpanot.

Tilanne	Tunteet	Kognitiot	Muut mahdolliset tulkinnat
<p><i>Kun olin juhlassa, Jim kysyi minulta ”miltä sinusta tuntuu?” juuri</i></p>	<p><i>Ahdistusta</i></p>	<p><i>Jim pitää minua pätkähulluna. Taidan vaikuttaa tosi pahalta, jos jopa hän</i></p>	<p><i>Hän välittää minusta oikeasti. Hän huomasi, että näytän paremmalta</i></p>

<i>kun olin päässyt sairaalasta</i>		<i>on huolestunut.</i>	<i>kuin ennen sairaalaan menoa ja tahtoo tietää, tuntuuko minusta myös paremmalta.</i>
---	--	------------------------	--