

TUNTEIDEN SÄÄTELYÄ TIETOISENA JA TAITAVANA

Dialektista käyttäytymisterapiaa Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikalle

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2015
Pia Haarnio

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

HAARNIO, PIA:

Tunteiden säätelyä tietoisena ja taitavana
-dialektista käyttäytymisterapiaa Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikalle

Hoitotyön opinnäytetyö, 54 sivua, 30 liitesivua

Syksy 2015

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tarkoituksena oli lisätä tietämystä dialektisesta käyttäytymisterapiasta (DKT). Toimeksiantaja oli Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikka ja toimeksiantajan tavoitteena oli saada opinnäytetyön kautta valmiuksia arvioida, olisiko DKT sopiva osa poliklinikalla annettavaa lastenpsykiatriasta hoitoa. Opinnäytetyöhön kuului toimeksiantajan pyynnöstä poliklinikalla järjestetty DKT-aiheinen luento osalle henkilökunnasta.

Opinnäytetyössä on dialektisesta käyttäytymisterapiasta kattava teoriaosuus sekä kuvaus luennon toteutuksesta. Luennosta kerättiin henkilökunnalta palautetta, joka toimi aineistona arvioitaessa niin DKT:ta hoitomuotona kuin luennon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Aineiston pohjalta koottiin luennoitsemisen kannalta olennaiset asiat, jotka huomioimalla DKT-tietoutta voi lisätä omassa työyhteisössään kuka tahansa opinnäytetyöhön perehtyvä.

Kerätyn aineiston perusteella luennolle osallistunut lastenpsykiatrian poliklinikan henkilökunta piti DKT:ta vakuuttavana ja tuloksellisena menetelmänä. Suurin osa vastaajista oli valmis ottamaan sen yhdeksi poliklinikan hoitomuodoksi ja motivoitunut kouluttautumaan DKT-terapeutiksi. Luennoitsemisen osalta luento koettiin teoriasisältönsä puolesta kestoonsa nähden optimaaliseksi. Aineiston pohjalta nousi esiin useita merkityksellisiä seikkoja, joiden avulla opinnäytetyön teoriaosuus taipuu DKT-tietämystä lisääväksi, olennaiset asiat tiiviissä muodossa esittäväksi luennoksi.

Asiasanat: dialektinen käyttäytymisterapia, tunteiden oppiminen ja säätely, taitovalmennus, lastenpsykiatria

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

HAARNIO, PIA: Skillful and conscious regulation of emotions
-Dialectical Behavior Therapy for children's psychiatric polyclinic in Päijät-Häme hospital

Bachelor's Thesis in nursing 54 pages, 30 pages of appendices

Autumn 2015

ABSTRACT

The thesis was a functional bachelor's thesis. The purpose of the thesis was to increase the knowledge of Dialectical Behavior Therapy (DBT). The client was the children's psychiatric polyclinic in Päijät-Häme hospital and the client's goal was, through the thesis, to be able to assess if DBT could be a suitable part of the children's psychiatric treatment they give. The thesis included a lecture of DBT that was arranged for the personnel of the polyclinic.

The DBT lecture material is based on the versatile theoretical part of the thesis. The personnel of the children's polyclinic gave feedback on the lecture that became data for assessing DBT as a treatment. The data also pointed out the facts that make a lecture instructive. Those facts are presented in the thesis. Considering them allows everyone who is familiar with the thesis to increase the DBT knowledge at their work community.

According to the feedback of the lecture DBT is a convincing and fruitful method. Most respondents were ready to make it one of the treatments given at the polyclinic. Some were also motivated to be educated to become DBT-therapists. The theoretical content of the lecture was seen optimal with regard to the length of the lecture. The data proved many valuable facts that allow presenting the information of the theoretical part in an instructive and DBT orientated lecture.

Key words: Dialectical Behavior Therapy, emotion regulation, skills training, children's psychiatry

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO | 1 |
| 2 | OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS | 2 |
| 3 | DIALEKTISEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAN PERUSTEET | 3 |
| 3.1 | DKT Suomessa | 5 |
| 3.2 | Taustateoriat | 5 |
| 3.2.1 | Kognitiivinen teoria | 5 |
| 3.2.2 | Oppimisteoria | 6 |
| 3.2.3 | Dialektinen filosofia | 9 |
| 3.2.4 | Zenbuddhalainen filosofia ja tietoinen läsnäolo | 10 |
| 3.2.5 | Mentalisaatio | 11 |
| 3.3 | Dialektisen käyttäytymisterapian struktuuri | 12 |
| 3.4 | Dialektisen käyttäytymisterapian strategiat | 13 |
| 3.4.1 | Dialektiset erityisstrategiat | 13 |
| 3.4.2 | Tiimistrategia terapeutin tukena | 14 |
| 3.4.3 | Hyväksymisstrategiat | 15 |
| 3.4.4 | Validointistrategiat | 15 |
| 3.4.5 | Muutosstrategiat, tyylistrategiat ja vastuustrategiat | 17 |
| 4 | TUTKIMUKSIA DIALEKTISESTA KÄYTTÄYTYMISTERAPIASTA | 18 |
| 4.1 | DKT lasten hoitomuotona | 19 |
| 4.2 | DKT omaisten hoidossa | 19 |
| 5 | BIOSOSIAALINEN TEORIA | 21 |
| 6 | TUNTEET KÄYTTÄYTYMISEN TAUSTALLA | 23 |
| 6.1 | Tunteiden kehitys ja oppiminen | 24 |
| 6.2 | Tunteiden säätely | 26 |
| 7 | TAITOVALMENNUS | 28 |
| 7.1 | Tietoisuustaidot | 29 |
| 7.1.1 | Mitä-aidot | 29 |
| 7.1.2 | Miten-aidot | 30 |
| 7.1.3 | Viisas mieli | 31 |
| 7.2 | Ihmissuhdetaidot | 31 |
| 7.3 | Tunnesäätelytaidot | 32 |
| 7.4 | Ahdingonsietotaidot | 33 |

| | | |
|------|---|----|
| 8 | PERHEIDEN TAITOVALMENNUS | 35 |
| 8.1 | Taitovalmennus epävakaaan potilaan perheelle | 35 |
| 8.2 | Dialektiset ongelmat perhetasolla | 36 |
| 8.3 | DKT:n soveltuvuus perheiden hoidossa | 36 |
| 8.4 | Perheiden taitovalmennuksen rakenne ja strategiat | 37 |
| 8.5 | Perheiden taitovalmennus lastenpsykiatriassa | 38 |
| 9 | LUENTO PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSSAIRAALAN LASTENPSYKIATRIAN HOITOTYÖNTEKIJÖILLE | 40 |
| 10 | PALAUTTEIDEN KÄSITTELY JA TULOKSET | 42 |
| 10.1 | Sisällönanalyysi aineiston käsittelyn perustana | 42 |
| 10.2 | Palautteet luennosta | 42 |
| 10.3 | Palautteet DKT:sta menetelmänä | 45 |
| 11 | POHDINTA | 47 |
| | LÄHTEET | 49 |
| | LIITTEET | 55 |

1 JOHDANTO

Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on psykoterapeuttinen hoitomenetelmä, joka kehitettiin alun perin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien hoidoksi. Epävakaaat potilaat kuormittavat julkista terveydenhoitojärjestelmää (Larmo 2010), ja psykiatrisen sairaalahoidon potilaista peräti 20 prosentilla on arvioitu olevan taustalla epävakaata persoonallisuushäiriötä (Käypä hoito -suositus 2008). Epävakaaat potilaat ovat useimmiten nuoria ihmisiä, joita saatetaan pitää laitoshoidossa tuloksetta useita kuukausia. Kontrolloiduissa tutkimuksissa DKT on osoittautunut hoitotuloksiltaan hyväksi, mutta paradoksaalisesti psykoterapia herkästi evätään laitoshoidon potilailta heidän ongelmiansa vaikeuden vuoksi. Mielenterveyssyistä työkyvyttömiin nuoriin kohdistuneessa tutkimuksessa todettiin nuorilla aikuisilla laitoshoidon olleen puolet yleisempää kuin psykoterapian. (Kåver & Nilsson 2004; Ahola ym. 2014.)

Tutkimuksissa DKT on osoittautunut erittäin lupaavaksi itsetuhoisten potilaiden ja niin sanotun rajatila-diagnoosin saaneiden asiakkaiden hoitomuotona. Kun uuden hoitomuodon teho on tutkimuksin varmistettu, edessä on kuitenkin paljon suurempi tehtävä: terapiamuotoa on tehtävä tunnetuksi. (Linehan 2002, Kåver & Nilsson 2004, 5, mukaan.)

DKT:tä on sittemmin sovellettu monen psykiatrisen ongelman hoitoon, muun muassa ahmimishäiriöiden, perheväkivaltaan taipuvaisten ja epävakaiden perheiden hoitotyöhön (Holmberg & Kähkönen 2007). DKT on hoitomuotona käytössä esimerkiksi Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) lastenpsykiatriassa ja sillä on saatu hyviä tuloksia. Erityisen tuloksellinen on DKT:n taitovalmennusosio, joka tarjoaa konkreettisia keinoja ongelmien ratkaisemiseksi.

Lastenpsykiatria on Päijät-Hämeen alueella muutosvaiheessa osastohoidon loputtua ja toiminnan siirryttyä täysin polikliniseen muotoon. Uusia, tuloksellisia hoitomuotoja etsitään, ja DKT on yksi vaihtoehtoista. Opinnäytetyö on Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikan toimemeksiantona toteutettu DKT:n soveltuvuuden arvioinnin sekä DKT-tietouden lisäämisen väline.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä kattava teoreettinen kokonaisuus dialektisesta käyttäytymisterapiasta (DKT) ja sen pohjalta tehdä aiheesta luento ja materiaalia Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikan henkilökunnalle. Toisena tarkoituksena oli kerätä luennon jälkeen palautetta, jonka perusteella toimeksiantaja sai tietoa henkilökunnan suhtautumisesta DKT:hen. Palautteiden avulla selvitettiin myös luennon onnistumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoutta DKT:sta ja mahdollistaa oivalluksia sen ainutlaatuisista hoidollisista ominaisuuksista. Laajempänä taustalla vaikuttavana tavoitteena oli perheiden psyykkisen hyvinvoinnin lisääminen.

3 DIALEKTISEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAN PERUSTEET

Dialektinen käyttäytymisterapia on Washingtonin yliopistossa työskentelevän psykologian professori Marsha Linehanin ja hänen työryhmänsä (1987) kehittämä psykoterapiamuoto erityisesti epävakaa persoonallisuuden hoitoon (Myllyviita 2012, 12; Holmberg & Kähkönen 2007). Linehan muotoili terapiamallin 1993 ilmestyneessä klassikkokirjassaan *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Itsetuhoisten potilaiden hoitotyössä käytetty kognitiivinen käyttäytymisterapia oli perinteisesti ollut muutoskeskeistä, eli potilaiden kanssa keskityttiin vain siihen, että heidän on päästävä eroon ”vääristä” ja haitallisista ajatuksista ja käyttäytymismalleista. Linehan huomasi 1980-luvulla itsetuhoisia potilaista hoitaessaan, että pelkkä muutokseen keskittyminen aiheutti potilaile mitätöidyksi tulemisen kokemuksia. Tästä syystä hän päätteli, että on tärkeää työskennellä dialektisesti. (Holmberg & Kähkönen 2007.)

DKT:ssa on useita rinnakkaisia hoitokonteksteja, jotka muodostavat monipuolisen hoito-ohjelman. Potilas saa samanaikaisesti yksilöpsykoterapiaa kerran tai kahdesti viikossa sekä ryhmämuotoista taitoalennusta kerran viikossa. Lisäksi hänellä on mahdollisuus puhelinyhteyteen yksilöpsykoterapeutin kanssa. DKT:hen kuuluu myös sitä toteuttavien työntekijöiden tiimityönohjaus. DKT:ssa erilaisia terapeuttisia menetelmiä yhdistetään ymmärtäväisessä ja hyväksyvässä ilmapiirissa, tavoitteena kuitenkin aikaansaada potilaan haitalliseen toimintaan muutos. Dialektisuus ilmenee potilaan tunteiden ja käyttäytymisen validointina muutokseen ohjaamisen ohella. Terapian tavoitteena on myös, että potilas oppii luottamaan omiin kokemuksiin sekä kehittää tunteidensäätelytaitoja (Koivisto, Keinänen & Isometsä 2007; Käypä hoito -suositus 2008.) Yhtenä DKT:n erityisenä ominaisuutena on lisäksi yhteistyöhön perustuva terapeutti-potilas-suhde, jossa potilas on aktiivinen ja yhdenvertainen osapuoli. Häntä perehdytetään hoidon periaatteisiin ja opetetaan paljon hoidon aikana. (Linehan 1993a.)

Dialektinen käyttäytymisterapia kuuluu niin sanottuihin kolmannen aallon

kognitiivisiin käyttäytymisterapioihin. Kognitiiviset käyttäytymisterapia-muodot ammentavat oppinsa pääosin kognitiivisesta oppimis- ja sosiaalipsykologian teoriasta ja tutkimuksesta. Terapiassa painottuu yksilön vuorovaikutus tässä hetkessä. Yleisesti kaikkien kognitiivisten käyttäytymisterapioiden tavoitteena on auttaa potilasta löytämään sellaisia elämäntaitoja ja uusia käyttäytymismalleja, joiden avulla hänen elämänlaatunsa ja selviytymiskyynsä paranee (Myllyviita 2012, 12.) On huomioitava, että kaikki tulokselliset psykoterapiat johtavat mentalisaatiokyvyn kehittymiseen (Allen 2006, Larmo 2010 mukaan).

Dialektinen filosofia, oppimisteoria ja kognitiivinen teoria muodostavat DKT:n teoreettiset kulmakivet. Lisäksi siihen on omaksuttu piirteitä zen-buddhalaisesta filosofiasta, esimerkiksi mindfulnessia. (Kåver & Nilsonne 2004, 7.) DKT:ssa hyödynnetään erityisiä muutosstrategioita, joiden perustana ovat toistuvat ketjuanalyysit haitallisista reaktio- ja toimintatavoista. Muutosstrategioihin kuuluu myös ”kuivaharjoittelu” rooliharjoituksia ja altistustrategioita hyödyntäen, mikä tehostaa vuorovaikutustaitojen oppimista ja antaa keinoja tunteidensäätelyyn. (Holmberg & Kähkönen 2007.)

Terapian uusia kohderyhmiä ovat olleet itsetuhoiset nuoret, perheväkivaltaan taipuvaliset, masentuneet ikääntyneet, oikeuspsykiatriset, epäsosiaaliset potilaat, huumeongelmaiset ja epävakaaat perheet. Kohderyhmille on ominaista ongelmien linkittyminen virheelliseen tunteiden säätelyyn. Hoidon aiheuttama muutos keskittyy virheellisen emotionaalisen säätelyn vähentämiseen sekä behavioraalisten taitojen lisäämiseen. Linehanin alkuperäisestä mallista on tehty uusia sovelluksia, joissa tärkeimpänä tavoitteena on behavioraalisesta näkökulmasta terapiaa haittaavan sekä itsetuho- tai väkivaltaisen käyttäytyminen vähentäminen. Tärkeää on myös uusien käyttäytymistapojen yleistyminen potilaan elämässä. Potilaan halua käyttäytyä uudella tavalla lisätään muokkaamalla vahvistussuhteita, joilla voi esimerkiksi palkita edistymisestä. Näin toteutetaan behavioristista puolta, mikä on tuloksellisen terapian ensimmäinen työskentelyvaihe. (Lynch ym. 2006 & Linehan 1993, Holmberg & Kähkönen 2008 mukaan.)

3.1 DKT Suomessa

Suomessa dialektinen käyttäytymisterapia on suhteellisen uusi hoitomuoto. DKT-taitoryhmät otettiin ensimmäisenä käyttöön Järvenpään sosiaalisairaalassa 2000-luvun alussa ja ensimmäinen kokonaisvaltainen DKT-hoito-ohjelma käynnistyi Jorvin sairaalassa 2006. DKT on osoittautunut lupaavaksi hoitomuodoksi myös täällä. Käytännön havaintojen mukaan monet erittäin vaikeastikin oireilevat tunne-elämältään epävakaat potilaat ovat saaneet suurta apua ja päässeet pois itsetuhoisen käyttäytymisen kierteestä. DKT:n avulla he ovat saavuttaneet koko menetelmän kantavan tavoitteen ja kyenneet rakentamaan elämisen arvoista elämää. Jorvin sairaalassa tehdyssä seurannassa sairaalahoitopäivät putosivat DKT-hoidon aikana viidesosaan ja vähenivät entisestään hoidon päätyttyä. Kiinnostus DKT:ta kohtaan kasvaa jatkuvasti. Kokonaisvaltaisia DKT-hoito-ohjelmia ja pelkkiä DKT-taitoryhmiä on jo tarjolla useilla paikkakunnilla, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa. (Häkkinen 2015.)

3.2 Taustateoriat

3.2.1 Kognitiivinen teoria

Kognitiivinen psykologia tutkii havaitsemista, tiedonkäsittelyä ja saadun tiedon käyttämisen tapoja. Kognitiolla tarkoitetaan havaitsemisen lisäksi tarkkaavaisuutta, muistia, käsitteenmuodostusta, pohtimista ja ongelmanratkaisua. Käyttäytymisterapeuttisen ja kognitiivisen terapiasuuntauksen yhdistämisen lopputuloksena ihmisen käyttäytymisen esitetään tuottavan tunteita, mutta myös ajatukset tuottavat niitä ja ovat vuorovaikutuksessa tunteiden kanssa. Ihminen on kuvattu kognitiivisessa terapiasuuntauksessa aktiivisena toimijana, joka erinäisten huonojen kokemusten kautta on voinut rakentaa vääristyneitä merkitysrakennelmia. Vääristyneet merkitysrakennelmat aiheuttavat negatiivisia ja epärealistisia tulkintoja ympäristöstä.

Ihmisen vääristynyt tapa käsittää tapahtumia ja ilmiöitä johtaa ongelmallisiin tunteisiin muodostaen koko psykiatrisen ongelman ytimen. (Kåver & Nilsonne 2004, 76–77.)

Kognitiivinen teoria perustuu vanhoihin filosofisiin oppeihin. Esimerkiksi Sokrates vaelsi Ateenassa ja auttoi johdattelevilla kysymyksillään ihmisiä huomaamaan ajattelun heikkouksia. Filosofien mukaan oikeanlainen realistinen ajattelu johti onnelliseen elämään. Myös terapiassa asiakasta autetaan löytämään ajattelunsa tuottamaa, vaikeasti tavoitettavaa tietoa. Kognitiivisen terapian perustekniikoita kutsutaankin sokraattisiksi tekniikoiksi juuri Sokrateksen opetustekniikan mukaan. Ongelmatilanteen laukaisemat kielteiset ajatukset analysoidaan potilaan kanssa. Sen jälkeen johdattelevilla kysymyksillä ja pohdinnalla hitaasti ja järjestelmällisesti autetaan potilasta testaamaan ajatuskulkunsa reaalityetteja. Tavoitteena on, että potilas voisi antaa itselleen luvan toimia toisin ja tulkita niin itseään kuin ympäristöä realistisemmin ja suvaitsevammin. Tämän tulisi johtaa parempaan vointiin ja vakaampiin tunnereaktioihin, jotka mahdollistavat hyvän elämän. DKT:ssa kognitiivisia strategioita ei painoteta yhtä voimakkaasti kuin käyttäytymisterapeuttisia strategioita. Tämä johtuu siitä, että epävakailta ihmisillä on niin voimakkaita kärsimyksen tunteita, että heidän kognitiivinen kykynsä voi olla heikentynyt. Pelkät ajatukset eivät siis heidän kohdallaan riitä hoidolliseksi väyläksi. (Kåver & Nilsonne 2004, 77.)

3.2.2 Oppimisteoria

Kognitiivinen käyttäytymisterapia nähdään oppimisteorian psykoterapeuttisena välineenä. Oppimisteoriassa korostetaan ihmisen kykyä oppia ja uudelleen-oppia. Oppimista voi luonnehtia uusien kokemusten aiheuttamiksi muutoksiksi, jotka näkyvät ihmisen tavassa ajatella, tuntea ja käyttäytyä. 1900-luvun alusta lähtien on tutkittu ympäristön vaikutusta oppimiseen. Oppimisteorian mukaan käyttäytymistä ohjaavat laukaisevat tekijät ja toisaalta seuraukset. Käyttäytymisterapiassa pyritään muutokseen, joka mahdollistaa tavoitteiden saavuttamisen. Toisinaan muutos voi olla pelkkää todellisuuden hyväksymistäkin. Taito hyväksyä myös auttaa pitämään

tavoitteista kiinni. (Kåver & Nilsonne 2004, 67; Joutsenniemi & Mustonen 2013, 66.)

Käyttäytyminen on usein seuraamuksien ohjaamaa. Positiivinen vahvistaminen tarkoittaa tietyn käyttäytymisen toistumisen todennäköisyyttä. Positiivinen vahviste on jotain sellaista, minkä ihminen kokee palkitsevaksi ja tavoiteltavaksi. Negatiivinen vahvistaminenkin lisää käyttäytymisen todennäköisyyttä, mutta vahvistaminen perustuu ikävän kokemuksen välttämiseen tai pakenemiseen. Esimerkiksi silloin, kun ihminen ei kykene käsittelemään pettymyksen tunnetta, hän pakenee sitä esimerkiksi ahmimalla. Suru toimii negatiivisena vahvisteenä, joka lisää ahmimista. Käyttäytymistä voi vahvistamisen lisäksi ohjata rankaisemalla. Se vähentää käyttäytymisen todennäköisyyttä. Rankaisemisen teho on kuitenkin heikko, sillä sen yhteys tehtyyn tekoon on usein keinotekoinen. Lisäksi tehtyä ei rankaisemalla saa tekemättömäksi. Uuden oppimista ei tapahdu rangaistaessa, rankaiseminen vain vähentää tietyn käyttäytymisen todennäköisyyttä. DKT:ssa rankaisemista ei käytetä. Positiivinen vahvistaminen on tutkitusti tehokkain menetelmä tavoitellun käyttäytymisen oppimiseksi. DKT:ssa tavoitetta lähestytään hitaasti ja pienin askelin eli vaiheistaen. Myös sammuttaminen on oppimisteoriaan perustuva käyttäytymisen muuttamisen menetelmä. Se tarkoittaa sitä, että ongelmakäyttäytyminen jätetään huomioimatta, ei siis palkita eikä rankaista. Sammuttamista on sekin, ettei jää soimaamaan itseä virheistä yrittäessään oppia jotain uutta, jolloin pystyy jatkamaan oppimista tehokkaammin. Terapiassa voidaan sammuttamisen avulla suunnata huomio ja aika asiakkaan kannustamiseen ja sellaiseen, mikä hänen kohdallaan toimii. Vähemmän tarkoituksenmukainen sivuutetaan tietoisesti. (Kåver & Nilsonne 2004, 72; Myllyviita 2013, 21.)

Altistaminen terapeuttisena tekniikkana tarkoittaa uuden reagoititavan opettamista niissä tilanteissa, joissa potilas on joutunut ehkä jopa epärealistisen pelon tai ahdistuksen valtaan. Häntä siis altistetaan toistuvasti tälle pelkoa aiheuttavalle asialle, mutta nyt hänellä on uusia taitoja, jotka mahdollistavat voimakkaan tunteen käsittelyn. Tunne helpottuu vähitellen ja

potilas kykenee kohtaamaan vaikeitakin sosiaalisia tilanteita tai mahdollisia traumoja käyttäytymättä esimerkiksi itsetuhoisesti. (Kåver & Nilsonne 2004, 73.)

DKT hoitomallina perustuu funktionaaliselle ketjuanalyysille. Sen mukaan oppiminen tapahtuu jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Ympäristössämme voi esiintyä ongelmallista käyttäytymistä laukaisevia tekijöitä, kuten stressava työ tai kriittinen puoliso. Tällaisia potilaasta riippumattomia tekijöitä tulee tarkasti kartoittaa. Ympäristöissämme esiintyy myös vahvistussuhteita, jotka luovat ongelmat tai ylläpitävät niitä. Funktionaalisen analyysin eli ketjuanalyysin kautta potilaan kanssa voidaan nimetä näitä tekijöitä. Tavoitteena on löytää vaihtoehtoisia ongelmanratkaisukeinoja. Potilas saa keinoja hallita tapahtumia rakentavampaan suuntaan. Muutaman analyysin jälkeen asiakkaan ongelmakäyttäytymisessä voidaan erottaa tiettyjä toistuvia malleja ja tapahtumaketjun lenkkien välillä funktionaalisia yhteyksiä. (Haynes, O'Brien & Kaholokula 2011, 36–39; 55–58.)

Ketjuanalyysi rakentuu aina seuraavista lenkeistä tässä järjestyksessä:

1. Tunnistetaan merkityksellinen ongelmatilanne, joka on tapahtunut äskettäin ja jota halutaan tarkastella.
2. Tunnistetaan ja nimetään varsinainen käyttäytyminen, joka on vahingollista. Se voi olla kielteinen ajatus, itsetuhoisuus, häpeän tunne, aggressiivinen purkaus, ahmiminen tai jotain muuta itsen ja ympäristön kannalta ongelmallista.
3. Tunnistetaan muuttujia, jotka ovat johtaneen ongelmalliseen käyttäytymiseen joko suoraan tai välillisesti. Tällainen muuttuja voi olla
 - haavoittuvuustekijä, kuten stressi, univaje, riittämätön syöminen tai muu oman hyvinvoinnin huomioimattomuus
 - laukaiseva tekijä (trigger) kuten stressavassa työssä kriittisen työtoverin kanssa työskenteleminen
 - vällinen tekijä kuten ajatukset ja tunteet

- pitkän ja lyhyen aikavälin seuraukset.

Terapeutti pyytää potilasta kuvaamaan tapahtumien kulkua ja tapahtuneesta seuranneita tunteita ja ajatuksia käydään läpi ketjun valmistuttua. Potilaan tulee itse pohtia, miten ongelmalliseen käyttäytymiseen johtaneita tapahtumia olisi voinut muuttaa. Kyse on usein toistuvasta mallista, jolla hän reagoi. Siksi ydinkysymys on se, miten tutusta kaavasta voisi poiketa ja vieläpä mahdollisimman aikaisin. Potilaan kanssa etsitään vaihtoehtoisia tapaa toimia, jolloin potilas tarvitsee taitovalmennuksen taitoja. Näitä ovat esimerkiksi altistus, tunnesäätely, kognitiiviset tekniikat, rentoutus, tietoisuustaidot ja vuorovaikutustaidot. Tarkoituksena on, että taitoja harjoitellaan myös välittömästi ketjua tarkastellessa, jotta potilas olisi valmis käyttämään taitoa seuraavalla kerralla vastaavassa tilanteessa. Vaihtoehtoisien reagoititapojen mahdolliset seuraukset on myös kartoitettava, jotta varmistutaan siitä, että niillä saavutetaan haluttuja päämääriä. Potilaan analysointi- ja ongelmanratkaisutaito lisääntyvät vähitellen. Myöhemmin potilaalta voi jo odottaa kykyä tarkkailla omia tunteita ja ajatuksia eli kykyä itsereflektioon. Taitojen ja ongelmanratkaisun lomittaminen mahdollistaa potilaalle uusia oivalluksia omista reaktioista suhteessa ympäristöön. (Haynes, O'Brien & Kaholokula 2011, 40-43; Kåver & Nilsonne 2004, 75.)

3.2.3 Dialektinen filosofia

Dialektiikka tarkoittaa filosofian keskustelumuotoa, jossa erilaiset näkökulmat jostakin asiasta nähdään yhtä lailla totena ja oikeutettuna. Näin on myös silloin, kun näkökulmat näyttäisivät olevan keskenään ristiriitaisia ja jopa toisensa poissulkevia. (Myllyviita 2012, 12.) Dialektiikka sisältää argumentointia ja vasta-argumentointia, joiden ansiosta päästään uusiin oivalluksiin. Dialektiikka on myös kyky nähdä asioiden molemman puolet ja joustavuutta hyväksyä ilmiöiden nopeat muutokset. Todellisuutemme ei ole staattinen ja meiltä vaaditaan sopeutumiskykyä siinä selviytyäksemme. (Kåver & Nilsonne 2004, 80–81.)

DKT:ssa hyväksyminen ja muutos ovat dialektiset vastaparit ja siksi jännitteessä: kuinka potilaalle luodaan tunne siitä, että hän on yhtä aikaa hyväksytty sellaisena kuin on ja kuitenkin hänen on kuitenkin muututtava? Yhtä lailla vaikeaa on saada potilas hyväksymään ongelmansa kuitenkin ponnistellen sen ratkaisemiseksi. Linehan [1993] ideoi dialektisen ajattelun pohjalta konkreettisia dialektisia strategioita ja interventioita, joilla auttaa potilaita selviämään muuttuvassa maailmassamme. (Kåver & Nilsonne 2004, 81.)

3.2.4 Zenbuddhalainen filosofia ja tietoinen läsnäolo

Buddhalaisuus on Pohjois-Intiassa syntynyt yli kaksituhatta vuotta vanha filosofia. Buddhalaisen mietiskelyn päämääränä on tulla tietoiseksi nykyhetkessä. Tietoisuustaidot muodostavat perustan, jonka varaan kaikki muut DKT-taidot rakentuvat. Käsitteenä ”mindfulness”, suomeksi tietoinen läsnäolo tai tietoisuuden kohdistaminen, on buddhalaisen mietiskelyn ydin. (Kåver & Nilsonne 2004, 82–83.) Se on tullut psykoterapeuttien käyttöön pitkälti nimenomaan dialektisen käyttäytymisterapian kautta. Zenbuddhalaisen periaatteiden mukaan mindfulness on osallistumista tietoisesta läsnäolon pohjalta. Näin ollen se ei merkitse ainoastaan rauhallista meditatiivista tilaa (Brown & Ryan 2004), vaan hyväksyvää läsnäolemistä ja keskittymistä sen hetkisiin aistihavaintoihin, vuorovaikutukseen ja kehon tuottamiin viesteihin. Tietoinen läsnäolo johtaa siihen, että ihminen huomaa ja tunnistaa omia emootioitaan entistä paremmin. Tietoisesta läsnäolon ansiosta ihminen kykenee irtautumaan sisäisestä puheesta. (Joutsenniemi & Mustonen 2013, 46; Holmberg & Kähkönen 2008.)

Käytännössä mindfulnessissa havainnoitavaa asiaa ei arvoteta eikä tuomita. Ihminen voi tarkkailla ja havainnoida niin ulkoisia kuin sisäisiä kohteita, esimerkiksi taideteoksia ja omia ajatuksia. Suhde ympäristöön on avoin, utelias ja hyväksyvä. Tutkijoiden mukaan tietoinen läsnäolo voisi olla ihmiselle luontainen kyky, joka paranee harjoittelemalla. Tietoista läsnäoloa vaikeuttaa kiire ja stressi, joten on ymmärrettävää, että miljoonat ihmiset ovat hyötynneet mindfulness-harjoituksista nykyajalle ominaisen

hektisen elämäntyylin vastapainona. (Joutsenniemi & Mustonen 2013, 46; Kåver & Nilsson 2004. 82–83.)

Tietoisien läsnäolon harjoittelu on merkityksellistä psykoterapian onnistumiseksi. Se toimii itsetuntemuksen ja validoinnin välineenä ja keinoina kohdata mielestä pois suljettuja tunteita. Tietoisien läsnäolon hyödyntäminen on saanut empiiristä tukea. (Holmberg & Kähkönen 2008.) Addiktiosta, masennuksesta, syömishäiriöistä ja kiputiloista kärsineet ovat saaneet apua tietoisesta läsnäolosta (Joutsenniemi & Mustonen 2013, 47). Käytännön harjoituksia on lukuisia ja niistä hyötyvät tutkitusti lapset, nuoret ja aikuiset. Huomion sisäänpäin kääntämisen myötä mielenhallinta kehittyy ja ihminen pystyy tekemään parempia valintoja. (Willard 2013, 22.)

3.2.5 Mentalisaatio

”Mentalisaatio on kykyä nähdä mieli mielessä.” Mentalisaation avulla ihminen kykenee erottamaan itsensä toisesta ja ymmärtää, että hänen halunsa, päämääränsä ja uskomuksensa ovat vain hänen mielessään ja toisella ne ovat toisenlaiset. Fonagy ym (1991) on antanut mentalisaatiolle merkityksen, joka painottuu vuorovaikutukseen ja tunneilmaisujen säätelyyn. DKT on yksi mentalisaatiokykyä ja sen lisäämistä hyödyntävistä näyttöön perustuvista psykoterapiamuodoista. (Heikkilä-Kari & Mannila 2000, 88–89.)

Mentalisaatio vaikuttaa olevan psyykkisen hyvinvoinnin kulmakivi ja puutteellinen mentalisaatiokyky on yhteydessä epävakaaseen persoonallisuuteen sekä moneen muuhun psyykkiseen ja neuropsykiatriseen häiriöön. Fonagy ym. (2002) on yhdistänyt eri tutkimushavaintoja lapsen mielen kehityksestä. Kyky mentalisaatioon kehittyy varhaisessa vuorovaikutuksessa ja lapsen kasvun aikana. Tiedetään myös, että lapsen kyky mentalisaatioon riippuu vanhemman kyvystä nähdä mieli mielessä. Optimaalista on, että mentalisaatio vauvaa kohtaan alkaa jo raskausaikana. (Pajulo 2004, 2547.) On tärkeää, että ehkäisevä mielenterveystyö suunnataan lapsiper-

heisiin. Tutkimustulosten valossa pienten lasten vanhempien mentalisointikyky sekä sen tukeminen ja lisääminen johtavat siihen, että heidän lapsilleen mahdollistetaan mentalisaation kehitys.

Mentalisaatio-käsite yhdistää useita juuri epävakaan persoonallisuuden hoitoon kehitettyjä terapiamuotoja. Joidenkin tutkijoiden mukaan epävakaan persoonallisuuden taustalla on lapsena omaksuttu mentalisaation estäminen, joka käynnistyy lapsen oivaltaessa, että häntä hoivaavalla aikuisella on häneen kohdistuvia vihamielisiä ja jopa tuhoavia ajatuksia. Tietoisuus hoivaajan ajatuksista on lapselle niin kivulias, että suojautuakseen siltä hän estää kykynsä mentalisaatioon eli torjuu tietoisuuden hoivaajansa mielen sisällöstä. (Larmo 2010; Heikkilä-Kari & Mannila 2000, 89–90.)

DKT:ssa painottuu tunnetilojen mentalisaatio. Dialektisuus ilmenee siten, että mentalisaation avulla potilas kykenee hyväksymään vastakkaisten tunnetilojen samanaikaisen olemassaolon. (Larmo 2010.)

3.3 Dialektisen käyttäytymisterapian struktuuri

Hoidon käynnistyessä on varmistuttava, että asiakas voisi hyötyä DKT:stä. DKT-potilaiden diagnostiikkaan liittyy usein tunnesäätelyn ongelmien ohella masennusta, bulimiam ja ahdistuneisuushäiriöitä. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien kanssa tulee käydä läpi aiempi itsetuhoinen käytös, jotta voidaan tehdä arvio itsemurhariskistä. DKT:ssä terapiatyö jakautuu eri vaiheisiin, joilla on omat tavoitteensa ja jotka perustuvat osittain eri menetelmiin. (Kåver & Nilsonne 2004, 93.)

Ennen varsinaista terapiatyötä asiakas ja terapeutti tutustuvat toisiinsa ja terapeutti esittelee hoidon perusteita. Hoidosta saadun tiedon perusteella potilas päättää, haluaako hän saada DKT:tä. Kattava perehdyttäminen vähentää terapian keskeyttävien määrää. On tärkeää korostaa potilaalle, että hän ja terapeutti tekevät yhteistyötä ja potilaalla on aktiivinen rooli hoidossa. Terapia lopetetaan, jos potilas on yli kolme kertaa poissa peräkkäin. Oleellista on myös selvittää, mitä potilas odottaa terapialta ja mitkä

ovat hänen tavoitteensa yleensä elämässä. Terapian edetessä näillä tavoitteilla voidaan motivoida potilasta. Tätä vaihetta kutsutaan sitoutumisvaiheeksi. (Kåver & Nilsonne 2004, 95-96; Holmberg & Kähkönen 2008.)

3.4 Dialektisen käyttäytymisterapian strategiat

DKT:n yksilöterapiassa terapeutti käyttää erityisstrategioita, joiden hallinta vaatii pitkää harjaantumista. Strategialla tarkoitetaan samaa kuin esimerkiksi tekniikalla. DKT:ssa terapeutin on kyettävä hyväksymään potilas ja samanaikaisesti vaadittava häneltä muutosta.

3.4.1 Dialektiset erityisstrategiat

Niin kuin monissa muissakin terapiasuunnauksissa, myös DKT:ssa hyödynnetään vertauksia tai kielikuvia eli metaforia. Metaforia ja kertomuksia voi olla helpompi kuunnella ja ymmärtää kuin suoria ohjeita. Usein käytetään esimerkiksi pyörällä ajoa tai soittamista. Taitoja oppii vähä vähältä ja ne vaativat harjoittelua. Metaforien avulla voi nimetä osatavoitteita ja iloita pienistäkin edistymisistä. Koko DKT:sta on tehty metafora, DKT-talo. Ensimmäisessä vaiheessa potilas on kellarikerroksessa ja käyttäytyy tuhoavalla tavalla helpottaakseen oloaan. Taidot ovat portaat toiseen kerrokseen eli toiseen vaiheeseen. Voimakkaat, vaikeat tunteet ovat läsnä, mutta itsetuhoinen käytös on jäänyt pois. Taitojen avulla potilas voi nousta vielä talon ylimpään kerrokseen, jossa tuska on vähentynyt ja työskentely paremman elämänlaadun saavuttamiseksi on mahdollista, eli potilas on siirtynyt kolmanteen vaiheeseen. (Linehan 1993a, 210–211.)

DKT:ssa käytetään myös paradokseja, joihin liittyy ristiriita ja yllättävä käänne. Ratkaisun löytäminen vaatii ennakkokäsitysten hylkäämistä. Paradoksiin mukaan meneminen tekee niin terapeutista kuin potilaasta spontaanin ja joustavamman. Esimerkki DKT-paradoksista on asetelma, jossa asiakas ei ole syyllinen siihen, että hänestä on tullut sellainen kuin on, mutta silti hän on vastuussa siitä, millaiseksi muuttuu. Terapeutin tunteet potilasta kohtaan ovat aitoja, vaikka hän saakin työstään palkkaa. Po-

tilas joutuu ponnistelemaan hallitakseen hallitsemisen tarvettaan. Terapeutille hyviä strategisia keinoja ovat myös kärjistäminen, paholaisen asianajajana toimiminen ja vaikeuksien näkeminen mahdollisuutena. Viimeisessä on tärkeää varoa, ettei potilaalle synny tunnetta hänen vaikeuksiensa vähättelemisestä. Arjen- ja elämänhallintaa on kuitenkin vaikea harjoitella ilman, että potilas kokee vastoinkäymisiä terapian aikana. Niinpä ongelmatilanne nähdään mahdollisuutena taitojen harjaannuttamiseen. (Linehan 1993a, 206–207, 212, 216.)

DKT:ssa ei pyritä estämään terapiassa ilmenevää muutosta. Terapiaa voidaan toteuttaa erilaisissa paikoissa eri aikoina ja eri ihmisten kanssa, kun potilailla on kaksi hoitavaa terapeuttia. DKT:ssa on kuitenkin aina se johdonmukaisuus, että edistysaskelia validoidaan ja ongelmakäyttäytymistä ei koskaan validoida. Terapeutti on asiakkaan puolella. Potilaan tilannetta erityisesti naispotilaan kohdalla on hyvä tarkastella myös sillä tavalla dialektisesti, että huomioidaan sosiaaliset vaatimukset ja kulttuurimme luomat odotukset, joihin epävakaa potilaat usein kokevat olevansa sopimattomia. Toisissa kulttuureissa esimerkiksi se, että nuori nainen joutuu asumaan yksin, nähdään julmana ja epäinhimillisenä. (Kåver & Nilsonne 2004, 130–131; Linehan 1993a, 217.)

3.4.2 Tiimistrategia terapeutin tukena

Epävakaiden potilaiden kanssa työskentely on kuormittavaa. Epävakaa potilaat uhkailevat itsetuhoisella käytöksellä ja kohdistavat suuttumustansa terapeuttiin. Hoidon eteneminen voi olla hyvin hidasta ja joskus tulokset jäävät vaatimattomiksi. Lisäksi DKT terapiana on moninaista ja vaatii laaja-alaista osaamista terapia perustuessa pitkälti terapetin omiin vuorovaikutuksen tyyliin (Tuomisto, Lappalainen & Timonen 2005). DKT:ta käyttävällä terapeutilla tulee olla taustatukena asiantunteva työnohjaus. Yksilötyönohjauksen ohella DKT edellyttää hoitoon osallistuvilta tahoilta myös säännöllistä ryhmätyönohjausta. (Kåver & Nilsonne 2004, 12.)

Epävakasta persoonallisuudesta kärsivien kanssa työskennellessä on mahdollisuus kohdata potilaan itsetuhoista käyttäytymistä, joka voi ilmetä

kaikenlaisena itseen kohdistuvana väkivaltana aina itsensä raapimisesta tarkoitukselliseen itsemurhayritykseen. Jotkut kliinikot käyttävät itsetuhoisesta käyttäytymisestä termiä ”suisidaalinen ele”, joka saatetaan kokea manipuloivana käytöksenä. Epävakaat potilaan ovat kuitenkin tosiasiasa usein huonoja manipuloijia. Se, että terapeutista tuntuu manipuloidulta, ei tietenkään tarkoita, että potilaan tarkoitus olisi ollut manipuloida häntä. On ongelmallista, jos terapeutti kuitenkin kokee näin. Kyetäkseen seisomaan potilaan rinnalla koko hoito-ohjelman ajan terapeutin olisi kyettävä pitämään potilaasta. Itsetuhoisen käyttäytymisen ymmärtäminen auttaa terapeuttia sietämään sitä. Se myös vahvistaa hoitosuhteen perustana olevaa empatiaa ja kunnioitusta potilasta kohtaan. Ilman hyvää perustaa hoidon tuloksellisuus kärsii. (Linehan 1993a, 220.)

3.4.3 Hyväksymisstrategiat

Tunteiden säätelyn ongelmista kärsivillä potilailla itsetuhoisen ja muu ongelmakäyttäytyminen on keino käsitellä pettymyksiä ja yleisesti kärsimystä. DKT:ssa yksi tärkeimmistä tavoitteista onkin opettaa potilaita sietämään negatiivisia tunteita ja käsittelemään niitä ilman itsetuhokäyttäytymistä. Negatiiviset tunteet kuuluvat elämään ja ne hyväksymällä yleensä kykenee myös miettimään ratkaisuja niiden vähentämiseksi. Hyväksyminen tarkoittaa sitä, että näkee todellisuuden sellaisena kuin se on, mutta se ei edellytä tilanteen tai asian näkemistä hyvänä tai sopivana. Hyväksymisen dialektiikka ilmenee siinä, että ihminen pyrkii muuttamaan tilannetta tai itseään, vaikka hyväksyykin sen tai itsensä sellaisena kuin se on. (Kåver & Nilsonne 2004, 133–135.)

3.4.4 Validointistrategiat

Validointi on dialektisen käyttäytymisterapian avainkäsitteitä ja se tarkoittaa omien tai toisen ihmisen ajatusten ja tunteiden oikeuden myöntämistä. Se edellyttää empatiaa ja aktiivista kommunikointia. Validoinnilla vahvistetaan molempien keskustelun osapuolten identiteettiä ja sen tarkoitukset terapi-

assa ovat hyvän terapeutti-potilas-suhteen ylläpitäminen ja lohdun ja hel-
potuksen välittäminen. Lopulta potilaan tulisi oppia validoimaan itseä ja
 muita. Kun terapeutti ilmaisee pitävänsä potilaan käyttäytymistä vallitse-
vissa olosuhteissa ymmärrettävänä, tavoitteena on, että potilas alkaisi itse-
kin ymmärtää ja kunnioittaa tunteitaan. Validointi voi olla kaikkea puolueet-
tomasta kuuntelemisesta sanallistamattomien tunteiden ja käyttäytymis-
mallien sanalliseen ilmaisemiseen. Validoinnin ja empatian välillä on se
ero, että joissakin tilanteissa validoivinta on olla lohduttamatta ja ymmärtä-
mättä. Esimerkiksi kiittäminen voidaan kokea epävalidoivaksi, etenkin jos
kiitetään sellaisesta, mikä on asiakkaasta itsestään selvää. Validointi tar-
koittaa empatian yhdistämistä tilanneyhteyteen ja tavoitteiden analyysiin.
Validoinnilla on dialektinen vastapari, suorasukainen kommunikaatio, jolla
ikään kuin ravistellaan potilasta eteneemään esimerkiksi paikallaan polke-
vasta ajatuskuvasta. (Holmberg & Kähkönen 2007.)

Validointi voi olla potilaan kuuntelemista ja tunteiden tunnistamista hänen
puheestaan. Mitätöivässä kasvuympäristössä kasvaneet potilaat kokevat
voimakkaita itseinhon tunteita, mikäli eivät ole toimineet mielestään tietyllä
hyväksyttävällä tavalla, joilloin validoinnin tavoitteena on auttaa potilasta
tunnistamaan pakko-ajatuksiaan ja uskomuksiaan sekä vastustamaan ja
murtamaan niitä. Tavoitteena on silloinkin hyväksynnän saavuttaminen
muutoksen mahdollistamiseksi. Validoinnille on DKT:ssa asetettu seitse-
män eri tasoa, ja validoinnin vaativuus lisääntyy taso tasolta. Alimmalla ta-
solla validointi on kuuntelemista ja havainnointia, ylimmällä tasolla taas
sen viestittämistä, että potilaan haavoittuvuuden kokemus on hänen ja te-
rapeutin yhteinen. Viimeksi mainittu on laadittu parisuhde- ja perhetyös-
kentelyssä. Sitä voidaan viestittää ehdottamalla yhteistä tavoitetta tai kysy-
mällä, mitä voisi tilanteessa terapeutina tehdä potilasta auttaakseen.
Muilla tasoilla validointia tehdään esimerkiksi peilaamalla ja toistamalla, lu-
kemalla asiakasta, tekemällä potilaalle hänen kokemuksensa ja reaktionsa
ymmärrettäväksi menneisyyden sekä nykyisten olosuhteiden pohjalta ja
kohtelemalla potilasta tasavertaisena. (Linehan 1993a, 224; Kåver & Nil-
sonne 2004, 142–144.)

3.4.5 Muutosstrategiat, tyylistrategiat ja vastuustrategiat

DKT-yksilöterapiassa käytetyt muutosstrategiat tähtäävät tehokkaaseen ongelmanratkaisuun, jossa potilas on aktiivinen kyvykäs tekijä. Tässä käytetään oppimisteoria-kohdassa esiteltyä ketjuanalyysiä sekä psykoedukatiota, sillä DKT:ssa terapia nähdään oppimistilanteena. Lisäksi muutosstrategioihin kuuluu vahvistussuhteiden käyttö oppimisteorian periaatteiden mukaisesti, eli käyttäytymisen seuraus vaikuttaa käyttäytymisen toistuvuuteen. Esimerkiksi itsensä vahingoittamisen jälkeisellä terapiakäynnillä tilanne ruoditaan ja pyritään näin ehkäisemään käyttäytymisen toistuminen, sillä tapahtumien läpikäyminen on epämiellyttävää. Muutosstrategioina käytetään myös altistusta ahdistusta aiheuttaville tilanteille, rooliharjoituksia sekä kognitioihin vaikuttamista, ajatusten uudelleenmuotoilua. (Linehan 1993a, 256, 262–264; Kåver & Nilsson 2004, 154–156.)

Terapeutin lähetymistapaa sanotaan terapiatyyliksi, ja DKT:ssa terapeutin ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on tärkeä rooli. Terapeutilla on terapisuhteessa valta, jota hänen tulee olla käyttämättä väärin. Siksi DKT:ssa terapeutti pyrkii tasa-arvoistamaan suhdetta osoittamalla haavoittuvuutta ja inhimillisyyttä sekä viestittämällä kunnioitusta potilasta kohtaan. Tasa-painoisen ja -arvoisen suhteen rakentaminen voi jo sinänsä olla parantavaa. Kommunikoinnin tyyli on merkityksellinen ja jo äänenpainoilla ja asennoilla vaikutetaan vuorovaikutukseen. (Linehan 1993a, 372-373.)

4 TUTKIMUKSIA DIALEKTISESTA KÄYTTÄYTYMISTERAPIASTA

Dialektisen käyttäytymisterapian tuloksellisuudesta on tehty tutkimuksia erityisesti epävakaa persoonallisuushäiriön ja siihen liittyvien muiden psyykkisten ongelmien hoidossa. Tutkimustieto DKT:sta lisääntyy koko ajan. Linehan työryhmineen on julkistanut kaksi satunnaistettua ja kontrolloitua tutkimusta, joissa vertailtiin vuoden kestäneen DKT:n ja tavanomaisen hoidon vaikutusta itsensä vahingoittamiseen. Myös sosiaalista selviytymistä ja vihanhallintaa mitattiin. Lindemanin (2007a) valmistaman näytönastekatsauksen mukaan tutkimus oli laadultaan tasokas ja suomalaiseseen väestöön sovellettavuudeltaan hyvä. Molemmissa Linehanin tutkimuksissa DKT vähensi itseä vahingoittavia tekoja kaikissa arviointivaiheissa enemmän kuin kontrolliryhmässä. Tutkimuksiin liittyi myös vuoden seuranta, joissa huomioitiin lisäksi sairaalahoidon tarve. DKT-ryhmäläisillä oli seurantavuoden aikana myös vähemmän sairaalahoitopäiviä kuin verrokkiryhmän jäsenillä. Myöhemmässä tutkimuksessa DKT oli kaikilla mittareilla tehokampi hoitomuoto. (Lindeman 2007a.)

Linehan ym. raportoivat myös DKT:n vaikuttavuudesta epävakaiden naisten päihteiden käyttöön. Tutkimus on laadultaan edelleen tasokas ja suomalaisväestöön soveltuvuudeltaan hyvä. Potilaat seulottiin SCID II – haastattelulla ja heillä oli SCID I:n mukainen päihderiippuvuus esimerkiksi opiatteihin, kokaiiniin, amfetamiiniin, unilääkkeisiin tai alkoholiin, yksinään tai useampiin samanaikaisesti. Potilaat kaltaistettiin muun muassa iän, yleisen toimintakykyisyyden ja päihderiippuvuuden vaikeusasteen suhteen ja satunnaistettiin DKT-ryhmään ja tavanomaista hoitoa saavaan ryhmään. Hoito kesti vuoden ja potilaita arvioitiin ennen hoitoa ja sen jälkeen neljän kuukauden välein, viimeisen kerran neljä kuukautta hoidon päättymisen jälkeen. Päihteiden käyttöä arvioitiin strukturoidulla haastattelulla, jossa huomioitiin päihteen laatu ja määrä ja laskettiin päihteettömien päivien osuus. Lisäksi otettiin virtsanäytteitä. Koko vuoden tarkastelujaksolla päihdeettömien päivien osuus oli suurempi DKT-ryhmäläisillä verrattuna kontrolliryhmään. Haastatteluin saadut tulokset vahvistettiin virtsanäytteillä. (Lindeman 2007b.)

Dialektisen käyttäytymisterapia on osoittautunut tehokkaaksi epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomuodoksi yhteensä seitsemässä satunnaistetussa hoitokokeessa. Kokeet on suorittanut neljä toisistaan riippumatonta tutkimusryhmää. Näissä tutkimuksissa itseä vahingoittava käytös, depressio ja buliimiset oireet ovat merkittävästi vähentyneet. (Robins & Chapman 2004, Lindeman 2007a mukaan.)

4.1 DKT lasten hoitomuotona

Pereplechikova ym. (2011) toteuttivat pilottiprojektin, jossa 11 lasta osallistui kuuden viikon kestoiseen DKT-taitovalmennukseen. Lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen ongelmia sekä sosiaalista osaamista ja selviytymismenetelmiä kartoitettiin ennen ja jälkeen valmennusta itsearviointimenetelmällä. Lapsilla taustalla oli masennus- ja itsetuhoisuusongelmia. Tulosten mukaan lapset kykenivät omaksumaan DKT-taitoja ja sitoutumaan niiden harjoitteluun. Myös tutkimukseen osallistuneiden lasten vanhemmat pitivät taitoja tärkeinä, lapsille soveltuvina ja hyödyllisinä. Lapsilla raportoitiin lisääntyneitä kykyjä joustavien selvitysmiskeinojen käytössä sekä itsetuhoisuuden ja masentuneisuuden vähentymistä. Tulokset olivat erittäin lupaavia ja puhuvat sen puolesta, että DKT ja erityisesti sen taitovalmennus ovat lapsille ymmärrettäviä ja tuloksellisia. (Pereplechikova ym. 2011, 116, 119–120.)

4.2 DKT omaisten hoidossa

Hentinen (2010) on tutkinut, onko DKT:sta mielenterveyshäiriöstä kärsivien henkilöiden omaisille apua. Stengårdin (2007, 155) mukaan perheet tarvitsevat selkeästi enemmän psykoedukatiivista menetelmiä Suomessa. Perheiden hoidossa voidaan käyttää erilaisia perheinterventioita. DKT:n tehokkuus perustuu siihen, että siinä perheenjäsenille opetetaan samanaikaisesti sekä tietoja että taitoja. Hentisen tutkimuksessa ryhmissä oli vapaata keskustelua sekä strukturoitua työskentelyä. (Hentinen 2010, 8-10.)

Hentisen (2010) tutkimuksessa kahdeksan mielenterveyshäiriöistä kärsivän henkilön omaista osallistui dialektisen käyttäytymisterapian omaisten

ryhmään. Ryhmä kokoontui kahdeksan kertaa ja jokainen tapaaminen kesti kaksi ja puoli tuntia. Tutkimustuloksissa nousi taitojen tärkeäksi kokeminen. Taitoja oli ryhmän kesken opeteltu käytännönharjoitusten avulla, ja ne oli koettu hauskoiksi. Opeteltavia taitoja oli välimatkan ottaminen sairastuneeseen, keskustelutaitojen kehittäminen ja kanssakäyminen yleisesti toisten ihmisten kanssa. Ryhmäläiset kokivat saaneensa paljon tärkeää tietoa, jonka ymmärrettävyyttä lisäsi sen yhdistäminen käytäntöön. Lisäksi vertaistuen merkitys oli suuri, kun kaikki jakoivat kokemuksia. Eräällä tutkimukseen osallistuneella omaisella oli kokemusta useista terapioidista, joista hän koki DKT:n ehdottomasti parhaaksi. Negatiivista palautetta nousi vähän, joillekin toisten kokemukset aiheuttivat toisaalta myös ylimääräistä surua ja ahdistusta. (Hentinen 2010.)

5 BIOSOSIAALINEN TEORIA

Epävakaata persoonallisuutta ja yleisestikin tunteidensäätelyn vaikeuksia tarkastellaan biososiaalisen teorian näkökulmasta. Biososiaalinen teoria pyrkii tekemään ongelmista ymmärrettäviä ja samalla toimimaan hoitostrategioiden perustana. Sen mukaan joillakin ihmisillä olisi biologinen herkkyys eli tietynlainen suurentunut haavoittuvuus sosiaalisia ympäristötekijöitä kohtaan. Haavoittuvuutta selittää kolme tekijää: herkistyminen emotionaalisille vaikutteille, tunnereaktioiden voimakkuus sekä lisäksi vaikeus palautua tunneärsyksen aiheuttamasta tunnetilasta, jolloin seuraavaan ärsykkeeseen reagoiminen on entistä voimakkaampaa. (Linehan 1993a, 37–38.)

Fyysisestä näkökulmasta epävakaata persoonallisuutta voidaan tarkastella temperamentin ja aivotoiminnan osalta. Aivotoimintaa on tutkittu emotionaalisella stimuloimisella, jonka aikana aivojen aktivoitumista seurattiin magneettiresonanssitomografialla. Huomattiin, että epävakaata persoonallisuus-diagnoosin saaneilla henkilöillä mantelitumake aktivoitui terveisiin verrokkeihin nähden enemmän. Tutkimuksesta voidaan johtaa kaksi erilaista tulkintaa. Toinen on, että aivotoiminnan ilmiöt ovat aivofysiologinen selitys temperamenttimuuttujalle, joka ilmenee intensiivisinä tunteina. Toinen mahdollinen tulkinta on, että havaittu aktiivisuus on seurausta varhaisemmista, syvästi traumatisoivista kokemuksista, joiden seurauksena aivojen toiminta on muuttunut ja vaikuttaa näin ihmisen vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa vuosien päähän. (Kåver & Nilsson 2004, 57–58.)

Temperamentilla tarkoitetaan käyttäytymisen ja tunteiden synnynnäisiä ja pysyviä piirteitä. Temperamentin ja ympäristön välinen vuorovaikutus ilmenee ensimmäisenä lapsen ja hoitajan vaikutuksena toisiinsa. Lapsen temperamentti ohjaa hoitajan omistautumista, sillä helppohoitoinen lapsi motivoi hoitajaansa ja valaa tähän itseluottamusta olemalla tyytyväinen. Temperamenttiltaan vaativampi lapsi koetaan herkästi kulttuurissamme hankalahoitaiseksi. Huutavan lapsen kanssa eläminen on väsyttävää ja uupunut hoitaja voi alkaa epäillä omia kykyjään lapsenhoidossa. Myös motivaatio

voi laskea. Voimakkaita affekteja kokeva lapsi voi jäädä vähemmälle lohdutukselle ja tunteiden käsittelyn oppiminen pysähtyy, sillä sen oppiminen mahdollistuu vasta kun vanhempi näkee ja hyväksyy lapsen tunteet ja jakaa ne hänen kanssaan. (Käver & Nilsonne 2004, 58–59; Linehan 1993a, 40–41.)

Mitätöivässä ympäristössä lapsen intensiivisten tunteiden kokeminen ja ilmaiseminen kielletään. Voimakkaita tunnereaktioita ei ymmärretä, vaan niitä pidetään väärinä ja jopa rangaistavina. Hankalan lapsen ongelmien ratkaisuun saatetaan esittää yksinkertaistettua ratkaisua, jonka kautta opetetaan täydellisyyteen pyrkimistä ja itsensä rankaisemista. Rakentava tapa ongelmien ratkaisemiseksi edellyttäisi portaittaista etenemistä ja ahdistavien tunteiden hyväksyntää. Tiivistäen voisi sanoa, että kasvuympäristön ominaisuudet ja lapsen synnynnäiset ominaisuudet eivät sovi yhteen. Tämä malli ei ole vain epävakaan persoonallisuuden syntymekanismeja selittävä, se on myös malli häiriökäyttäytymisen ylläpitämisestä. Kun ympäristö vähättelee tunneherkkyttä tai se jopa kielletään, ihminen menettää kyvyn havainnoida tunteita ja ajatuksia sekä luottamuksen omiin tunteisiinsa. Hänelle ei anneta herkkyytensä käsittelemiseen tarvittavia taitoja. Kielteisessä vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa tunteista tulee vieraita ja vaikeasti hallittavia. (Tuomisto, Lappalainen & Timonen 2005; Käver & Nilsonne 2004, 11; Pöyhtäri 2014.)

6 TUNTEET KÄYTTÄYTYMISEN TAUSTALLA

Psykologian määritelmän mukaan tunne tarkoittaa lyhytkestoista yksilönsisäistä kokemusta. Emootiolla voidaan viitata tunteeseen, mutta se voi sisältää lisäksi myös kasvojen ilmeen ja fyysisen vasteen, esimerkiksi ”sydän jätti lyöntejä välistä”. Affekti puolestaan sisältyy emootioon ja tarkoittaa vaistonvaraista tulkintaa siitä, onko tietty tuntemus hyvä vai paha. Ympäristö laukaisee erilaisia tunnekokemuksia, joista ihminen tekee omat havaintonsa. Havaintoja voi seurata edellä mainitun kaltaisia neurofysiologisia tai motorisia vasteita. (Paukkunen 2013, 10–11; Nurmi ym. 2014, 202.) Vaikka tunteitä käsittelevässä luvussa käytetään epävakaata persoonallisuutta usein esimerkkinä, ovat esimerkit yleistettävissä kaikkiin tunteiden säätelyn vaikeista ongelmista kärsiviin ihmisiin diagnoosiin katsomatta.

Tunteiden on erään määritelmän mukaan nähty syntyvän sen arvion pohjalta, mikä kullekin henkilölle on tärkeää. Henkilö tahtoo pyrkiä tuota tärkeitä arvoja kohti ja kokee tunteen myönteiseksi päästessään lähemmäksi sitä. Vastaavasti kielteisiä tunteita viriää, kun liikutaan kauemmaksi tavoitteesta. Tunne perustuu siis tunnetta kokevan henkilön arviointiin. Tunteiden on tarkoitus ohjata ihmisen toimintaa siten, että hän säilyttää myönteisen minäkuvan. DKT:n tärkeimpiä tehtäviä on asiakkaan tunteiden säätelyn kehittäminen. Myös muita psykiatrisia häiriöitä leimaa voimakkaat ja tuskalliset tunteet, joten tunteiden oppimista ja käyttäytymistä ohjaavan roolin ymmärtäminen on kaikessa psykiatrisessa hoitotyössä tärkeää. (Kåver & Nilsonne 2004, 40.)

Myönteisillä ja kielteisillä tunteilla on kaksi erillistä ulottuvuutta, ne eivät siis ole yhden janan vastakkaiset päät. Kielteisiä tunteita yhdistää tuska ja paha olo, ja niitä ovat esimerkiksi pelko, suru, viha, syyllisyys, häpeä, inho ja halveksunta. Myönteisiä tunteita ovat esimerkiksi ilo, uteliaisuus, kiinnostus, innostus ja ylpeys. On normaalia, että näiden eri ulottuvuuksien tunteita koetaan yhtä aikaa. Ahdistuneen henkilön voi olla hyvin vaikea hyväksyä, että hän voi kokea myönteisiä ja kielteisiä tunteita samanaikaisesti. Hän ajattelee, että muut ihmiset kokevat tunteet selkeämmin ja ovat aina joko iloisia tai surullisia. DKT:ssä opetetaan potilasta tunnistamaan

tämä erilaisten tunteiden mahdollinen samanaikaisuus sekä hyväksymään se. (Kåver & Nilsonne 2004, 41.) Tästä hyväksymisestä käytetään käsitettä tunnetilojen mentalisaatio. Mentalisaation avulla yhteys tunteisiin säilyy ja se on avain minuuden kokemiseen sekä todellisuudentajun ylläpitämiseen. (Larmo 2010.)

Kehityso pillisesta näkökulmasta tunteiden tehtävänä on ollut auttaa selviytymään kohti tavoitteita, joiden täyttyminen on tarkoittanut ihmislajin säilymistä ja kehitystä. Tunteet ovat auttaneet esimerkiksi löytämään kumppanin ja vaaran uhatessa pakenemaan ja hankkimaan ravintoa myöhemmin. Tunteet ovat integroitu osa ihmisen vuorovaikutusta ja niiden tehtävä on tehdä käyttäytymisestämme tarkoituksenmukaista. Nykyaikana se voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että ylpeys auttaa ylläpitämään motivaatiota esimerkiksi opinnäytetyön kirjoittamista kohtaan. Jokaisen ihmisen haasteena on muovata tunteitaan siten, että pääsemme tavoitteisiimme. Esimerkiksi syyllisyyttä tunnetaan, jotta lopetettaisiin epähyväksyttävä tai hyvinvointia nakertava käyttäytyminen. (Kåver & Nilsonne 2004, 40.)

Voimakkaat tunteet kapeuttavat tarkkaavaisuutta. Tämä fakta selittää sen, miksi voimakkaan tunteen vallassa käyttäytyminen on joskus epä johdonmukaista. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsiville tällainen tunteiden vallassa käyttäytyminen on luonteenomaista ja yleisempää kuin muilla, vaikka sitä tapahtuukin kaikilla. Useiden kognitiivisten tekniikoiden puute ilmenee siinä, että ne eivät huomioi tunteita tekojen tuottajina. Oivallus tunteista käyttäytymisen ajoittaisena ohjaajana auttaa suuresti ymmärtämään epävakaita asiakkaita ja heidän häiriöönsä liittyvän problematiikan loogisemmaksi. Hoidon tavoitteena on löytää ne keinot, joilla tunteiden ohjaavaa rooliin voisi puuttua. (Kåver & Nilsonne 2004, 49.)

6.1 Tunteiden kehitys ja oppiminen

Emotionaalisten ongelmien syntyä ymmärtääkseen on tiedettävä, miten tunteet kehittyvät ja miten niitä opitaan. Kuten biososiaalista teoriaa käsittelevässä luvussa todettiin, emotionaalisia eroavuuksia selittävät lapsuu-

nessa koetut läheiset ihmissuhteet sekä perinnöllisesti määräytyvä temperamentti ja niiden yhteen sopivuus. Varhaisen vuorovaikutuksen laatu muodostaa pohjan lapsen omakuvalle ja kommunikointikyvyille. Äiti tai lapsen ensisijainen hoitaja vastaa lapsen tarpeisiin, joita lapsi viestii esimerkiksi itkulla. Jos äidin vuorovaikutus ja vastaaminen lapsen tarpeisiin on heikkoa, lapsen voi olla pitkällä aikavälillä vaikeaa luoda minuuttaan tai selkeää kuvaa tarpeistaan ja tunteista niiden taustalla [Stern 1985]. Tunteiden tehtävänä on varhaislapsuudessa pitää kontaktia äitiin ja ne mahdollistavat yhteenkuuluvuuden. Bowlbyn [1988] mukaan kiintymyssuhdemalli opitaan vuorovaikutuksessa merkittävien läheisten kanssa, ja se säilyy useimmiten aikuisuuteen asti ja siten myös siirtyy jälkipolvelle. (Nurmi ym. 2014, 35; Kåver & Nilsonne 2004, 44–45.) Kiintymys voi olla turvallista, välttelevää, ristiriitaista tai kaoottisessa ympäristössä eläneen lapsen kohdalla jopa kokonaan organisoitumatonta. Viimeksi mainitut kiintymyssuhdemallit voivat todennäköisemmin johtaa lapsen tunne-elämän häiriöihin. (Sinkkonen 2004; Ivanoff, Rahko, Risku, Kitinoja & Vuori 2006, 224).

Ihmissuhteista lapsi kerää tietoa tunteista; niiden tehtävistä ja tarkoituksista. Lapsi oppii vuorovaikutuksessa, mitkä tunteet ovat niin sanotusti korrekteja ja hyväksyttäviä missäkin tilanteissa. Lapsi oppii esimerkiksi, että tietyissä tilanteissa on oikein tuntoa suuttumusta ja toisissa tilanteissa ei. Tällaisia psykologisia malleja kutsutaan tunneskeemoiksi, ja ne rakentavat minäkuvaa ja antavat tietoa vuorovaikutuksesta toisiin ihmisiin. Emotionaalisuuden kehittymiseen vaikuttaa oleellisesti myös kieli. Kieli on lapselle väylä olla vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin ja se vaikuttaa myös lapsen kehittyvään minäkuvaan. (Nurmi ym. 2014, 41.) On tärkeää, että vanhemmat sanoittavat ja nimeävät lapsen tunteita. Tämä on tunteiden validoimista yksinkertaisimmillaan. Lasta rauhoitellaan ja lohdutetaan ja hänen tunnereaktionsa hyväksytään. Vanhempi, joka ei tunnista edes omia tunteitaan, ei myöskään kykene tukemaan lapsensa emotionaalista kasvua. (Kåver & Nilsonne 2004, 46.)

Tunteiden oppiminen voi perustua klassiseen ehdollistumiseen, jolloin yhteen vaikutteeseen liittynyt voimakas tunne yleistyy muihin vaikutteisiin,

joita on ilmennyt samanaikaisesti tunteen laukaisseen tekijän kanssa. Esimerkiksi tietty kappale, joka on soinnut henkilön saadessa ensisuudelmansa, voi tulevaisuudessa soidessaan herättää henkilössä samoja tunteita uudelleen. Voi sanoa, että hän on ehdollistunut kappaleelle. Monet tunteet viriävät niin, ettei niitä ole edeltänyt minkäänlaista arviointia tai tietoista ajattelua. Tällainen tunteiden yleistyminen selittää, miksi ihminen saattaa reagoida tietyissä tilanteissa nopeasti ja tiedostamattaan. (Kåver & Nilsonne 2004, 46–48.)

6.2 Tunteiden säätely

Tunteiden säätelyllä tarkoitetaan tunteen aiheuttamien fysiologisten tai kognitiivisten sisäisten prosessien esiintymiseen, voimakkuuteen tai keston vaikuttamista siten, että tunteet eivät aiheuttaisi stressiä vaan olisivat joustava osa ihmisen toimintaa. Tunteiden säätelyn perusta omaksutaan lapsuudessa ja sen ongelmat liittyvät ali- tai ylisäätelyyn. (Nurmi ym. 2014, 202–203.) Voimakkaita ja hallitsevia epämiellyttäviä tunteita yrittää luonnollisesti vältellä erilaisin keinoin. Etenkin epävakaat turvautuvat helposti ylisäätelyyn tunteiden tukahduttamisella jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hankalan tilanteen käynnistyessä. Se on ongelmallista, koska he eivät voi tehdä tunteidensa pohjalta päätelmiä tilanteesta eivätkä saa niistä apua elämänhallintaan. Lisäksi tunteiden välttely voi laajeta muihin tunteisiin. Vastakohtana on tunteen alisäätely, jolloin tunne voimistuu hallitsemattomaksi. Lopulta epävakaille käy usein niin, että valtaisaan tunnekuohua on helpotettava esimerkiksi itsetuhoisella käytöksellä. Välttyäkseen siltä, että joko tukahduttaa tunteensa tai antautuu täysin niiden vietäväksi, potilaan on opittava säätelemään tunteitaan rakentavalla tavalla. Toimivan tunnesäätelyn aloittaminen edellyttää neljää asiaa: Ensinnäkin vältetään voimakkaan tunteen aiheuttamaa käyttäytymistä, esimerkiksi lyömistä, jos on vihainen. Toiseksi selviydytään tunteen fysiologisesta vaikutuksesta, esimerkiksi hyperventilaatiosta. Kolmanneksi suunnataan tarkkaavaisuus johonkin muuhun ja neljänneksi ryhdistäydytään ja edetään kohti hyvää, laajempaa tavoitetta. (Kåver & Nilsonne 2004, 54–55.)

Vanhemmuuden näkökulmasta yksi tunteiden säätelyn haaste on voimakkait ja välillä ristiriitaiset tunteet, joita vanhemman voi olla vaikea työstää. Käytöshäiriöstä tai tarkkaavaisuuden häiriöstä kärsivän lapsen vanhemman jaksamisen tukeminen on tärkeää. Vanhemmat, joilla esiintyy affektien hallinnan ongelmia lapsensa käyttäymisen takia, voisivat hyötyä dialektisesta käyttäytymisterapiasta juuri tunteiden säätelyn oppimisen näkökulmasta. Vanhemmille on tarjottu aikaisemmin erilaisia harjoitusohjelmia (Parent training Programs), mutta ne eivät ole osoittautuneet tulokselliseksi. Aikaisemmista ohjelmista on puuttunut tunteiden säätelyn mekanismit. DKT auttaa vanhempia hyväksymään lapseen suuntautuvien tunteiden dialektisuuden: lapsi voi aiheuttaa ylpeyden ja häpeän tunteita, iloa ja surua, samanaikaisesti. Terapiassa pyritään osoittamaan vanhemmille vastakkaisten tunteiden arvo: ilman surua ei ilon arvoa ymmärtäisi. (Ben-Porath 2010.)

7 TAITOVALMENNUS

DKT-taitovalmennus on psykologis-pedagoginen ohjelma, joka pohjautuu Linehanin (1993b, 2015) taitovalmennuskäsikirjaan. Taitovalmennusta toteutetaan kerran viikossa 1-2,5 tuntia kerrallaan ja mieluiten ryhmässä. Terapeutti työskentelee sekä taitovalmentajana että yksilöterapeuttina, mutta hän ei koskaan toimi molemmissa rooleissa samalle asiakkaalle. Tämä tarkoittaa, että jokaisella asiakkaalla on kaksi terapeuttia. Taitovalmennukseen kuuluu neljä portaittain etenevää osaa, joista ”tietoisuustaidot” on ensimmäinen ja jota seuraa ”ihmissuhdetaidot”, ”tunnesäätely” ja lopuksi ”vaikeuksien kestäminen”. Alkuperäisen mallin mukaan asiakas käy kaikki neljä osaa läpi puolessa vuodessa, joten vuoden kestävän taitovalmennuksen aikana jokainen osa käydään läpi kaksi kertaa. Jokaisen ryhmäkerran yhteydessä määrätään osallistujille kotitehtävä, jotta taitoja harjoiteltaisiin myös käytännössä. Taitovalmennusta voidaan muokata asiakkaan tarpeen mukaan. Siitä on mahdollista johtaa intensiivisempi muoto, jossa istuntoja on useammin viikossa, tai akuuttipsykiatriassa voidaan käydä läpi vain ensimmäinen ja viimeinen osa. (Kåver & Nilsonne 2004, 85–86.)

Taitovalmennuksen tavoitteena on uusien taitojen oppiminen. Siksi siihen kuuluu oppimisteorian selittäminen asiakkaalle. Tämä tieto voi muuttaa asiakkaan käsitystä käyttäytymistään ohjaavista tekijöistä. Vahvistussuhteiden eli ympäristötekijöiden merkitystä aliarvioidaan herkästi ja syy taitojen puutteelle nähdään ainoastaan itsessä. Tällöin negatiivisten ajatusten kehä saattaa pikkuhiljaa lähteä purkautumaan. Oppimisteoriaan perustuvaa funktionaalista ketjuanalyysiä voi opettaa potilaalle yksilöterapiassa tai ryhmämuotoisessa taitovalmennuksessa. Opetettaessa ryhmää on järkevää käydä ketjuanalyysiä läpi jonkin konkreettisen esimerkin avulla, ei kuitenkaan ryhmän osallistujien elämästä. (Linehan 2015, 144.)

Venton (2015) mukaan sairaanhoitajan työhön DKT sopii erityisesti juuri taitojen opettamisen osalta, koska kaikki hoitohenkilökuntaa myöten tarvitsevat niitä ja niiden harjoittelusta on aina hyötyä. Koska taitovalmennus

sellaisenaan on osoittautunut tutkimuksissa hyvin tulokselliseksi, on Suomessa useammalla paikkakunnalla päädytty psykiatrisessa hoidossa tarjoamaan kokonaisvaltaisen DKT-hoito-ohjelman sijasta DKT-taitoryhmiä. Ryhmämuotoinen valmennus on luonnollisesti myös kustannustehokkaampaa.

7.1 Tietoisuustaidot

Tietoisuustaidot ovat ensimmäinen taitovalmennuksen osa. Dialektisen käyttäytymisterapian käynnistyttyä tietoisuustaitojen osaan kuuluu kaksi istuntoa, ja niihin palataan koko vuoden kestoisen hoito-ohjelman ajan. Koska tietoisuustaitojen harjoittelu vaikuttaa toimintapyrkimyksiin ja kognitiiviseen arviointiin, se myös vähentää sääntöihin nojautuvaa käytöstä, joka aktivoituu ongelmatilanteissa ja palvelee virheellisiä uskomuksia. Näin ollen Lynchin ym. [2006] mukaan mindfulness voi lisätä ympäristön tosiasiallisten vahvistussuhteiden huomaamista. Epävakailta potilailla on usein vaikeuksia erottaa tunteita ja ajatuksia tosiasioista. Näin ollen he tekevät ympäristöstään omia johtopäätöksiä, jotka valitettavan usein eroavat todellisuudesta. Yksi tärkein tavoite tietoisuustaitojen harjoittelussa onkin, että potilas oppii kokemaan todellisuuden sellaisena kuin se oikeasti on. (Holmberg & Kähkönen 2008; Linehan 2015, 161.)

Tietoisuustaitojen oppiminen on erityisen tärkeää päihde- ja impulssiongelmaisille, sillä niiden avulla voi oppia pois ehdollistuneesta käyttäytymisestä sekä tunnistaa tilan, jossa retkahdus on lähellä. Tietoinen läsnäolo voi mahdollistaa sen, että kestää sekunnin ja sitten vielä toisen, kun erilaiset kärsimystä aiheuttavat tunteet ottavat valtaa. (Holmberg & Kähkönen 2008; Linehan 2015, 163.)

7.1.1 Mitä-taidot

Linehanin luomassa taitovalmennus-mallissa mindfulness toimii eriteltynä useiksi behavioraalisiksi taidoiksi, *mitä*-taidoiksi: havainnoinniksi, kuvaamiseksi ja osallistumiseksi tavoitteena tehokkaampi toiminta. Havainnointia tarvitaan, jotta tunteita ei tukahdutettaisi ja jotta niihin voisi luottaa

enemmän. Ihminen voi havainnoida tapahtumia, mielialoja tai käyttäytymistä sallien niiden kokemisen siinä hetkessä. Tavoitteena on, että vaikka havainnoitava asia olisi ikävä, sitä ei yritetä lyhentää, tai vaikka se tuottaisi mielihyvää, sitä ei pyritä pidentämään. Sanallinen kuvaileminen puolestaan auttaa asiakasta pitämään tunteet, ajatukset ja tosiasiat erillään. Mieleen tulee ikään kuin tilaa, kun ymmärtää, että esimerkiksi pelon kokeminen ei kuitenkaan tarkoita, että tilanne olisi todellisuudessa millään lailla uhkaava. Kuvaaminen on olennainen osa myös tunnesäätelytaitoja (kohta 7.2). Kolmas tehokkaampaan toimintaan tähtäävä tietoisuustaito on tarkkaavainen osallistuminen ympäristön tapahtumiin ja vuorovaikutukseen. Tällöin pyritään olemaan yhtä tapahtumien kanssa itseä tiedostamatta, vuorovaikutus ympäristön kanssa on spontaania ja tasaista. Kaikkia *mitä*-taitoja tulee harjoitella yksi kerrallaan. (Kåver & Nilsonne 2004, 114; Holmberg & Kähkönen 2008; Linehan 2015, 177, 191.)

7.1.2 Miten-aidot

Tietoisuustaitojen harjoitteluun kuuluu *mitä*-taitojen (havainnoidaan, kuvailaan ja osallistutaan tapahtumia ja asioita) lisäksi *miten*-aidot: arvottamatta, yksi asia kerrallaan ja tehokkaasti. Neutraalin asenteen ottaminen tarkoittaa, että joskus tapahtumat tai käyttäytyminen jätetään kokonaan arvioimatta. Käyttäytymistä arvioitaessa huomio kiinnitetään sen seurauksiin. Potilaat oppivat samalla havainnoimaan seurauksia. Toinen tärkeä asia on keskittyä yhteen asiaan kerrallaan. Epävakailia on usein vaikeuksia huomion keskittämisessä, ja heille opetetaan, kuinka huomio keskitetään tietoisesti yhteen toimintoon tai kysymykseen kerrallaan. Epävakaiden tulisi vielä kolmanneksi oppia keskittymään sellaiseen toimintaan, joka tehoaa. Heillä on mitätöivän kasvuympäristönsä vuoksi tarve tehdä sitä, mikä olisi heidän mielestään oikein, vaikka tulokset jäisivät sillä tavalla laihoiksi. (Linehan 2015, 177, 200.)

7.1.3 Viisas mieli

Tietoisuustaitojen moduuliin kuuluu lisäksi viisaan mielen käyttäminen. Lähtökohtana on, että jokaisella on sisäistä viisautta, joka on yleistietämyksen, elämäkokemusten ja maalaisjärjen yhdistelmä. Toisille sisäiden viisauden käyttäminen on helppoa ja luontevaa, toisilla täysin estynyt. Potilaat ovat usein joko sulkeneet tunteet kokonaan ulkopuolelleen ja ajattelevat vain rationaalisen järkensä varassa tai ovat niin voimakkaiden tunteiden vallassa, että ajautuvat herkästi impulsiivisiin tekoihin. Viisautta ja viisaan mielen käyttöä voidaan DKT:ssa kuvata myös tunteen ja järjen muodostaman dialektiikan hallinnaksi. Terapian läpäisevänä tavoitteena on auttaa potilasta löytämään viisautta elämäntaitojensa perustaksi. Tunteen ja järjen dialektiikan ratkaisu on löytää näkökulma, joka huomioi molemmat. Tietoisessa läsnäolossa ihminen tarkkailee itsessä ja itsen ulkopuolella tapahtuvia asioita nykyhetkessä. Tulkinnan pohjalta voi vetää johtopäätöksen siitä, mitä on tehtävissä jonkin ongelman ratkaisemiseksi. (Linehan 2015, 167–169, 226.)

Viisaan mielen harjoittamiseen on Linehanin (2015, 225–226) uudistuksessa taitovalmennusmanuaalissa yhdistetty keskitientaidot, ”walking the middle path”. Keskitientaitojen harjoittelu on erityisen tärkeää sellaisille potilaille, jotka liikkuvat herkästi ääripäästä toiseen. Tavoitteena on itselle tärkeiden asioiden pitäminen tasapainossa, oli kyse sitten nautintoa tuottavista asioista, kuntoilusta, ihmissuhteista, töistä tai mistä tahansa elämän tärkeästä prioriteetista. Ääripäässä eläminen vääristää todellisuutta ja tekee ihmisen toiminnasta vähemmän tietoisista ja tehokasta. Keskitientaitojen harjoittelu vaatii tietoisuustaitojen perusasioiden eli mitä- ja miten-taitojen hallintaa. Nuorille suunnatussa DKT-N-hoito-ohjelmassa keskitientaidot on nostettu kokonaan omaksi taitomoduliksi.

7.2 Ihmissuhdetaidot

Epävakaiden potilaiden ihmissuhteita leimaa usein kaoottisuus. He kaipaavat kuitenkin ihmisiä ympärilleen ja ovat sosiaalisia, joten ongelmat ihmissuhteissa aiheuttavat helposti itsetuhoista käyttäytymistä. On tärkeää,

että potilas oppii uusia vuorovaikutustaitoja, kuten tunnistamaan omat ja toisen ihmisen toiveet. Tämä osa sisältää rooliharjoituksia, joissa opetellaan itseä kunnioittaen saamaan haluamaansa, sanomaan ei ja selviytymään ristiriidoista. (Kåver & Nilsonne 2004, 117; Holmberg & Kähkönen 2008.)

Epävakailta sosiaalista kanssakäymistä leimaa tehottomuus. Vuorovaikutustaitojen osiossa opetellaan pyytämään sitä mitä tarvitaan ja toisaalta sanomaan ei. Tavoitteena on, että potilas pysyy vuorovaikutustilanteessa tietoisena tilanteeseen liittyvistä tekijöistä, toisesta ihmisestä sekä omista tavoitteistaan, lisäten sosiaalista tehokkuutta. Sosiaalisella tehokkuudella tarkoitetaan sitä, että osataan ylläpitää itsekunnioitus ja kuitenkin vaalia samalla ihmissuhdetta. Potilaalle opetetaan siis sosiaalista ongelmanratkontaa ja jämäkkyyttä myös kielteisessä ympäristössä. Ennen muuta kyse on puolensa pitämisestä. (Linehan 2015, 248–249.)

7.3 Tunnesäätelytaidot

Useiden epävakaiden tai muuten tunnesäätelyn häiriöistä kärsivien ihmisten tunteiden säätely perustuu joko tunteiden tukahduttamiseen tai että ne puretaan ongelmakäyttäytymisenä. Tunnesäätelytaitojen moduulissa on tärkeää opettaa potilaalle tunteiden oppimiseen ja fysiologisiin vaikutuksiin liittyviä faktoja, jotta potilas ymmärtäisi omia tunnesäätelyn ongelmiaan. Näin vähennetään sitä häpeää, mitä tunteiden hallitsemattomuus usein potilaissa herättää ja luodaan pohjaa uusien taitojen oppimiselle. (Kåver & Nilsonne 2004, 118; Holmberg & Kähkönen 2008; Linehan 2015, 325.)

On keskeistä, että potilas oppisi ensin tunnistamaan tunteensa ja sen jälkeen kokemaan niitä ilman, että ne ottavat vallan. Tämä edellyttää kykyä jakaa tunteen primaareihin ja sekundaareihin tunteisiin. Primaari eli ensisijainen tunne on esimerkiksi ensireaktiossa ilmaantuva pelko tai epätoivo. Primaarit tunnereaktiot ovat perustavanlaatuisia ja selviytymistä tukevia. Kun primaari tunne jää tietoisuuden ulkopuolelle, se voi muuttua toiseksi tunteeksi eli sekundaariksi. Sekundaari, toissijainen tunne voi olla alun pe-

rin tiedostamattomasta pelosta muovautunut suuttumus, häpeä tai syyllisyys. Taitovalmentaja yrittää tunnistaa ensisijaisen tunteen ja työstää sitä. Tämä johtaa toissijaisen tunteen hallintaan ja vähenemiseen. (Kåver & Nilsson 2004, 118.)

Tunnesäätelyyn kuuluu myös, että potilas kykenee toimimaan tunteidensa vastaisesti jonkin tavoitteen saavuttamiseksi. Fyysisten tarpeiden laiminlyönti lisää haavoittuvuutta voimakkaille tunteille. Siksi potilasta tuetaan erityisen viikkokortin avulla myös syömään kunnolla, liikkumaan, hoitamaan somaattisia sairauksiaan, välttämään päihteitä ja nukkumaan riittävästi. Viikkokorttiin merkitään ruokailut, ulkoilut, liikuntaharrastukset, unimäärät ja mahdollinen päihteidenkäyttö. Jos potilas joutuu tilanteeseen, jossa hän käyttäytyy pitkän aikavälin tavoitteiden vastaisesti eli purkaa tunteitaan ongelmakäyttäytymiseen, voidaan viikkokortista löytää haavoittuvuustekijä tai useampikin, kuten liian vähäinen uni ja ravitsemus. Lisäksi viikkokortti toimii ketjuanalyysin tavoin apuna vaikeissa tilanteissa toimintaa ohjanneiden tunteiden tunnistamisessa. (Holmberg & Kähkönen 2008; Linehan 2015, 396–397; Oja-Koski & Vartiainen 2006.)

7.4 Ahdingonsietotaidot

Ahdingonsietotaidoissa harjoitellaan vaikeuksien kohtaamista ja niiden herättämien tunteiden sietämistä. Taidot ovat olennaisia, sillä vaikeudet kuuluvat normaaliin elämään ja jokaisen tulee pystyä hyväksymään myös vaikeat tilanteet sellaisina kuin ne ovat. Tietoisien läsnäolon kautta ihminen voi suunnata koko valppautensa ja tarkkaavaisuutensa siihen asiaan tai tilanteeseen, joka hänen on hyväksyttävä ja kenties muutettava, jos se on mahdollista. (Linehan 2015, 420.)

Itsetuhoisille potilaille on ominaista, että ahdistavassa tilanteessa turvautaan impulsiiviseen, tunteen ohjaamaan ratkaisuun. Jotta potilas voisi toimia tilanteessa viisaasti, hänen on kyettävä vastustamaan impulssejaan. Ahdingonsietotaitojen moduulissa opetetaan potilaita kyseisissä tilanteissa pysähtymään paikoilleen ja tulemaan tietoiseksi siitä, että tunteet ovat ottamassa vallan. Potilaiden tulee kyetä astumaan joko mielessään

tai konkreettisesti askel taaksepäin, hengittää syvään ja rauhoittua, jotta he voisivat havainnoida mikä on laukaissut puutteellisen tunnesäätelyn ja halun toimia impulsiivisesti. Havainnoimalla tilannetta tietoisena ja pistämällä merkille kaikki faktat voi potilas tehdä rakentavan ratkaisun, joka korvaa impulsiivisen, tunteen ohjaaman toiminnan. (Linehan 2015, 425–426.)

Erityisen ahdistavassa tilanteessa voi tietoista läsnäoloa käyttää siihen, että suuntaa huomionsa hetkellisesti täysin muualle, jos muuta ei ole tehtävissä. Erilaiset hengitysharjoitukset tai intensiivinen paneutuminen johonkin toimintoon, esimerkiksi käsien pesuun, voi tuoda helpotusta kriisitilanteessa. Apuna voi käyttää myös konkreettisesti fysiikkaan vaikuttavia menetelmiä: kylmätuntemuksen hyödyntämistä esimerkiksi käymällä kylmässä suihkussa tai erityisen intensiivistä liikuntaa. Potilaille opetetaan ahdingonsietotaitojen moduulissa myös arvioimaan vaikeiden tilanteiden käsittelytapojen hyötyjä ja haittoja. Potilaan tulee kyetä rauhoittamaan ja lohduttamaan itseään, kohdistamaan huomio muualle ja lopulta tekemään arvio siitä, mitä hyvää on tilanteen sietämisessä verrattuna siihen, että helpottaa oloaan itseään vahingoittamalla. (Linehan 2015, 427, 431; Kåver & Nilsonne 2004, 135.)

8 PERHEIDEN TAITOVALMENNUS

8.1 Taitovalmennus epävakaan potilaan perheelle

Perhe tulee nähdä yhtenä psykologisten ongelmien laukaisijana ja ylläpitäjänä. Hoffman, Fruzzetti ja Swenson [1999] ovat ensimmäisinä kehittäneet dialektisen perheterapiamuodon (Dialectical Behavior Therapy - Family Skills Training eli DBT-FST) asiakkaille, joilla on epävakaata persoonallisuushäiriötä. Sovellus täydentää tavanomaista DKT- yksilöterapiaa. Ongelmakäyttäytymisen tausta ymmärretään biososiaalisesta näkökulmasta. (Kåver & Nilsson 2004, 236.)

Ensimmäisenä tavoitteena perheille suunnatussa taitovalmennuksessa on antaa tietoa epävakaasta persoonallisuudesta sekä biososiaalisesta teoriasta. Tiedetään, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien omaisten tunnesäätelyssä esiintyy niin ikään puutteita. Usein he ovat itsekin herkkiä ja epävalidoivassa ympäristössä kasvaneita. Näin perheenjäsenet kykenevät ymmärtämään vuorovaikutuksen ongelmia ja muuttamaan toimintaansa ihmissuhteiden parantamiseksi. Perheille opetetaan toistensa validointia. Heille tulee tarjota uusia konkreettisia kommunikoinnin tapoja, joiden avulla tunteiden ymmärtämistä ja sallimista viestitetään. Perheitä pyritään auttamaan pääsemään eroon tuomitsevasta suhtautumisesta. On tärkeää viestiä, ettei yhtä ainoaa oikeaa tapaa ole olemassa. Perheiden taitovalmennus toimii ikään kuin foorumina, jossa perheenjäsenillä on mahdollisuus tuoda ajatuksiaan esille. Puheenaiheet voivat olla vaikeita koskien esimerkiksi itsetuhoisuutta ja surua, joten taitovalmennuksessa tulisi luoda rohkaiseva ilmapiiri. (Fruzzetti, Santisteban & Hoffman 2007, 245–250.)

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät saavat kutsua ryhmään haluamansa henkilöt: vanhemmat, sisaruksia puolison, lapsia, ystäviä, jne. Potilaan on oltava läsnä, mutta aktiivinen osallistuminen on hänen oma valintansa. Ikäraja on 16 vuotta, eikä osallistujalla saa olla hoitamaton psykiatrinen sairaus. DKT-taitovalmennus perheille mahdollistaa maksimaaliset hoitovaikutukset auttamalla sekä epävakaasta persoonallisuudesta kärsivää että hänen perhettään. Jos ongelmat nähdään syntyneen perheessä

ja se ylläpitää niitä, on loogista hoitaa koko perhettä. (Fruzzetti, Santisteban & Hoffman 2007, 175–178.)

8.2 Dialektiset ongelmat perhetasolla

DKT voi auttaa vanhempia hahmottamaan omaa vanhemmuuttaan ja siinä esiintyviä ristiriitaisia ulottuvuuksia. Taustalla on, että vanhemman eksyessä käyttäytymisessään yhteen ääripäähän, hän etsii tasapainoa siirtymällä toiseen ääripäähän. Tällaisesta ongelmallisesta vanhemmuudesta esimerkki on äiti, joka on koko aamun jättänyt huomioimatta kahden lapsensa häiritsevän käytöksen, mutta kun kolmas lapsi pudottaa maitolasin lattialle, vaikka häntä oli kielletty ottamasta maitoa, äiti raivostuu ja lyö lasta. Dialektisuus ilmenee käytöksen muutoksena hyvin sallivasta erittäin rankaisevaan vanhemmuuteen. Ääripäästä toiseen heilahteleva vanhemmuus on lasta vahingoittavaa ja vaikeuttaa lapsen kykyä ennustaa vanhemman reaktioita. DKT:n tavoitteena on auttaa vanhempia huomaamaan ja ymmärtämään voimakkaiden tunteiden laukaiseman käytöksensä ääripäät. DKT:n avulla voidaan parhaassa tapauksessa jo varhaisessa vaiheessa estää vanhemman voimakkaat reaktiot, kun vanhempia on opetettu tunnistamaan haavoittuvuutensa lapsensa laukaisemien voimakkaiden tunteiden keskellä ja etsimään tasapainoa ilman hyppyä toiseen ääripäähän. (Ben-Porath 2010.)

8.3 DKT:n soveltuvuus perheiden hoidossa

Aikaisemmissa perheille suunnatuissa hoitomenetelmissä vanhemmat ovat herkästi kokeneet, että hoitotaho syyllistää heitä perheen tai lapsen ongelmista. Hyvän hoitosuhteen luomiseksi vanhemmille tulisi viestittää, että heitä ei syyllistetä vaan pyritään auttamaan. Tutkimusten mukaan hyvä terapeutin suhde ennaltaehkäisee hoidon keskeytymistä ja lisää tuloksellisuutta. DKT:ssa käytettävä validointi on hyvä keino estämään vanhempia kokemasta syyllistämistä. (Ben-Porath 2010.) DKT:n perusperiaatteiden mukaisesti hoito perustuu hyväksynnän ja muutoksen dialektiik-

kaan: validoinnin ohella vanhemmille opetetaan uudenlaisia käyttäytymismalleja voimakkaiden tunteiden yrittäessä ottaa vallan. (Fruzzetti, Santisteban & Hoffman 2007, 210.)

Perheiden taitovalmennus kestää kuusi kuukautta. Valmennusryhmiin otetaan kuudesta yhdeksään perhettä ja valmennuksen ohella toteutetaan yksilöterapiaa. Tapaamiset kestävät puolitoista tuntia. Ryhmän koon vuoksi paikalla on oltava ainakin kaksi terapeuttia. Ryhmän osallistujat osallistuvat ensin perehdyttämiskeskusteluun, jossa arvioidaan heidän soveltuvuutensa toimintaan. Perheenjäsenet perehdytetään ryhmän työskentelyyn ja ryhmään kohdistuvat odotukset käydään läpi ja samalla tutustutaan henkilökohtaisemmin. Ryhmien tulee olla avoimia, niihin voidaan ottaa joka kuukausi uusia perheitä. Perehdyttämiskeskusteluja voidaan pitää uusille osallistujille lyhyesti myös ryhmäistuntojen aikana. Kaikille tehdään selväksi, että jokainen osallistuja on asiakas, eikä ryhmässä ole jakoa terveeseen ja sairaan välillä, kaikki ovat paikalla saadakseen opetusta muutokseen. (Kåver & Nilsonne 2004, 236–237; Fruzzetti, Santisteban & Hoffman 2007, 232–233.)

8.4 Perheiden taitovalmennuksen rakenne ja strategiat

Ryhmätapaamiset koostuvat kahdesta 45 minuutin kestoisesta osasta. Ensimmäinen 45-minuuttinen käsittää opetusta, jonka aiheena ovat perinteiset DKT-aidot sekä perhepainotteiset ihmissuhdetaidot. Ryhmätapaamisen toinen puolikas käytetään käytännön harjoitusten ja keskustelun parissa. Osallistujat voivat vapaasti ottaa esille perhettä koskevia aiheita. Keskusteluissa esiin tulleita ongelmia pyritään ratkaisemaan muun muassa rooliharjoituksilla, joissa terapeuteilla on aktiivinen rooli. Osallistujatkin joutuvat osallistumaan, mutta myös tukemaan toisia. (Kåver & Nilsonne 2004, 236–237; Fruzzetti, Santisteban & Hoffman 2007, 198.)

Taitovalmennuksen osat ovat samat kuin tavallisessa DKT:ssä, mutta siihen on lisätty vielä viides osa, validointi. Validointiosaan kuuluu strategiat, jotka helpottavat perheenjäseniä ymmärtämään validoinnin ja mitätöinnin erilaisia ilmenemismuotoja ja tehtäviä. Lisäksi strategioiden avulla tulisi

tunnistaa omat ja toisten validoinnin tarpeet, esimerkiksi tunteet, mielipiteet ja käyttäytyminen. Validointitaitojen opetuksen tavoitteena on, että potilas ja perheenjäsenet osaisivat käyttää niin ruumiinkieltä kuin sanallista kommunikaatiota validoinnissaan.

Perheet voivat tulla taitovalmennukseen myös yksittäin. Kuitenkin useamman perheen yhteistyöskentelyssä on paljon etuja. Ryhmätyöskentely antaa mahdollisuuden mallintamisvaikutuksiin. Hyväksymisen ja muutoksen välinen dialektiikka on helpompi sisällyttää työskentelyyn, jossa käsitellään kerrallaan vain osaa ryhmän jäsenistä. Perheet oppivat toisiltaan tarkkailemalla. Toisten ongelmia saa seurata puolueettomana sekä etäämpää kuin omia, jolloin ongelmien syyt ja huonot ratkaisut tunnistaa helpommin. Puolueettomuus tekee myös validoinnista helpompaa. Vieras vanhempi kykenee validoimaan ja ymmärtämään lasta hetkessä, kun oma vanhempi jää liiaksi kiinni lapsen aikaisempaan käyttäytymiseen. Ryhmän avoimuus mahdollistaa uusien jäsenten oppimisen koneemmilta ryhmäläisiltä. Koneemmat ryhmäläiset taas voivat huomata edistymistään ja tunnistaa uusissa asiakkaissa käyttäytymismalleja tai ongelmia, joita heillä on ollut, ja joista he ovat edenneet. (Kåver & Nilsonne 2004, 236–237; Fruzzetti, Santisteban & Hoffman 2007, 235.)

8.5 Perheiden taitovalmennus lastenpsykiatriassa

Tampereen yliopistollisen sairaalan TAYSin lastenpsykiatrian perheosasto on vuodesta 2011 saakka tarjonnut DKT:n taitovalmennusta perheille. Ryhmää ovat ohjanneet Janne Pöyhtäri ja Susanna Repo. Ryhmätapaamiset osoitettiin ainoastaan lasten vanhemmille. Ensin taitovalmennus pilotoitiin keväällä 2011 ja siitä kerättiin palautetta. Palauteen perusteella luotiin taitovalmennuksen runko, jossa on viisi teemaa ja 12 tapaamiskertaa. Ryhmien suhteen toimivimmaksi havaittiin malli, jossa ryhmään voi liittyä missä vaiheessa tahansa ja lopettaa silloin, kun taidot koetaan opituiksi. Taitovalmennukseen valikoitui perheitä omaehtoisesti mainosten avulla lastenpsykiatrian sisältä ja työntekijöiden lähettämänä, kuitenkin va-

paamuotoisesti ilman virallista lähetekäytäntöä. TAYSin malli perustuu pitkälti perinteiseen DKT-manuaaliin (Linehan 1993b) sekä DKT:n uudempiin perhesovelluksiin (Fruzzetti, Santisteban & Hoffman 2007).

Hoidon tavoitteena on, että säätelyhäiriöisten lasten vanhemmat, joilla usein itsellään on ongelmia tunteidensäätelyssä, oppivat tunteensäätelytaitoja. Vanhemmuuteen liittyviä tavoitteita ovat myös lapsen oireiden ymmärtäminen, omien tunnereaktioiden hallitseminen haastavissa tilanteissa, vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen parantaminen, hankalan perhetilanteen muutokseen vaadittavien taitojen oppiminen ja sitä kautta perheen elämänlaadun parantaminen ja kokemusten jakaminen muiden perheiden kanssa. (Pöyhtäri & Repo 2013.)

TAYS:in perhetaitovalmennuksen teemat ovat tunnesäätely, tietoisuustaidot, validointi, tehokas vuorovaikutus ja rajaaminen. Tapaamisissa noudatetaan aina samaa struktuuria; tehdään tietoisien läsnäolon harjoitus, käydään läpi edellisen kerran kotitehtävää ja keskustellaan noin puoli tuntia ja pidetään lyhyt kahvitauko. Tauon jälkeen on teoriaosuus päivän teemasta. Teoriaosuuteen käytetään 40 minuuttia. Lopuksi on mahdollisesti käytännön harjoitus ja kotitehtävän määrittäminen seuraavalle kerralle. (Pöyhtäri & Repo 2013.)

9 LUENTO PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSSAIRAALAN LASTENPSYKIATRIAN HOITOTYÖNTEKIJÖILLE

Luento järjestettiin maanantai-iltapäivänä lastenpsykiatrian poliklinikan tilassa, jossa oli mahdollisuus esittää Powerpoint-esitys (LIITE 3). Osastonhoitaja Regina Leppänen oli ennalta nimennyt luentoa kuuntelemaan kotihoitotiimin, johon kuuluu psykologi, neljä sairaanhoitajaa, joista yksi on apulaisosastonhoitaja Henriikka Kuusela sekä sosiaalityöntekijä. Lisäksi paikalla oli yksi sairaanhoitaja neuropsykiatrisesta tiimistä.

Aloitin luennon kysymällä osallistujilta läsnäolon tasoa. Se on yksi käytetty aloitustyyli myös DKT-taitovalmennuksen ryhmätapaamisilla ja johdattaa tietoisuuden lisäämiseen. Kuulijani kertoivat rehellisesti kuulumisensa ja aika monella oli maanantai-iltapäivän viimeisinä tunteina läsnäolon tasossa vajausta. Tästä oli hyvä jatkaa mindfulness-harjoitukseen tällä kertaa omaa hengitystä havainnoimalla. Teoriaosuuteen siirryttyämme ilokseni huomasin, että aihe vaikutti yleisöstäni kiinnostavalta ja minulle esitettiin hyviä kysymyksiä. Puhuin paljon sellaista, mitä ei mainittu dioissa välttääkseni liian tekstin ja tehdäkseni esityksestä kuulijaystävällisemmän ja mielenkiintoisemman. Käytin myös paljon käytännön esimerkkejä. Ajoittain syntyi hyvää keskustelua, esimerkiksi DKT:n ominaispiirre liittyen terapeutin lupaan kertoa omasta elämästä aiheutti mielipiteiden vaihtoa. Omasta elämästä kertominen oli monelle ammattilaisista hieman kyseenalainen toimintatapa, jota heitä on aikaisemmin aina kehoitettu välttämään.

DKT-luennon tarkoituksena oli, että kotihoitotiimille tarjotaan katsaus DKT:n teoriaan ja käytännön menetelmiin. Luento perustui DKT:sta keräämäni tietoperustaan ja täydensin dioja nimenomaan kyseisen teorian pohjalta. Luennon tavoitteena oli, että se antaisi työntekijöille riittävän laajan ymmärryksen arvioida, sopisiko menetelmä lastenpsykiatrian poliklinikalle sekä arvioida myös omaa kiinnostusta lähteä kouluttautumaan DKT-terapeuteiksi ja ottaa menetelmä yhdeksi työvälineeksi.

Sain jo luennon aikana kuvan, että ryhmämuotoinen taitovalmennus oli kuulijoiden mielestä toimivan ja taloudellisesti kannattavan tuntuinen sovellus DKT:sta. Luennon päätteeksi jaoin kyselylomakkeita (LIITE 2), joilla keräsin palautetta luennosta sekä arvioita DKT:n hyödyntämisestä käytännössä. Palautteiden perusteella arvioin luennon onnistumista esittämisen, luennon rakenteen ja teoriasisällön näkökulmista.

Tarkoituksena oli lisäksi pitää luennon osallistujille ryhmähaastattelu, mutta aineistonkeruun aikaan työntekijät olivat erittäin kuormittuneita ja sairaslomat ja muutostoimenpiteet koko lastenpsykiatrian toimenkuvassa estivät ryhmähaastattelun järjestämisen.

10 PALAUTTEIDEN KÄSITTELY JA TULOKSET

10.1 Sisällönanalyysi aineiston käsittelyn perustana

Kyseessä on avoimia kysymyksiä sisältäneellä kyselylomakkeella kerätty aineisto, jonka analysointiin sovelsin sisällönanalyysin keinoja. Kyselylomake soveltuu aineistonkeruun menetelmäksi laadulliseen tutkimukseen silloin, kun kyseessä on ennalta tiedossa oleva aihe ja aineistoa kerätään aiheen hyvin tuntevalta, asian tuntevalta joukolta, kuten tässä opinnäytetyössä.

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa. Sisällönanalyysia voidaan käyttää yksittäisenä metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä ja liittää suurempiin analyysikonaisuuksiin. Moni laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä perustuu tavalla tai toisella sisällönanalyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Keräsin kapea-alaisesti, sillä tutkittava kohde oli selkeä ja kohdistui yhteen pieneen joukkoon. Kerätyn aineiston ollessa suppea, kaikki saatu tieto on oleellista tutkimuksen kannalta, eikä mitään tarvitse sulkea pois. Muodostin saaduista palautteista taulukot kategorioineen, joissa palautteet on luokiteltu esityksessä esiin nousseiden teemojen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92 - 93.) Kategorioiden luomisessa käytin tyypittelyä ja deduktiivista analyysia. Alakategorioissa luokittelin samaa näkemystä kuvaavat palautteet yhteen ja tein niille oma yläkategoriat, jotka kuvaavat näkemysten kokonaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93 - 95.)

10.2 Palautteet luennosta

Kiireisiltä kotihoitotiimin työntekijöiltä kerätyt palautteet oli ilmaistu niin ytimekkäästi, että tein pelkistetyistä ilmauksista suoraan alakategorioita. *Kuvio 1* kuvaa luennon onnistumista. Näiden palauteosioiden pohjalta olen kirjoittanut auki niitä tekijöitä, jotka luennoitsijan kannattaa huomioida luennoita valmistellessa ja sitä pitäessä.

| Pelkistetty ilmaus → alakategoria | Yläkategoria |
|--|-------------------------------------|
| mielenkiintoinen esitys hyviä keskusteluja | Kuulijoiden aktiivisuus esityksessä |
| rento esittäminen esiintyjän innostuneisuus selkeä esittäminen | Hyvä esittäminen |
| sopiva määrä tietoa hyvä rakenne hyviä esimerkkejä | Hyvä teoriasisältö |
| selkeät diat | Visuaalinen selkeys |
| olisi voinut olla kestoaltaan pidempi | Koulutuksen keston riittämättömyys |

Kuvio 1: Luennon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä

Yhdistävä kategoria on luennon onnistuminen niin esittämisen, esityksen sisällön kuin mielenkiinnon ylläpitämisen kannalta.

Palautteiden mukaan osallistujien mielenkiinnon ylläpitäminen on tärkeää. Palautteissa kiiteltiin hyviä käytännön esimerkkejä: *”Esimerkit omasta elämästä jäivät mieleen”*. Luennoitsijan kannattaakin etukäteen miettiä, millaisia esimerkkejä on hyvä jakaa ja mikä syventäisi kuulijoiden ymmärrystä käsiteltävästä aiheesta. Mielenkiinnon ylläpitämistä lisää myös hyvin suunniteltujen käytännön harjoitusten lisääminen osaksi luentoa käytettävissä olevan ajan puitteissa. Pitämäni luennon kesto olisi saanut olla joidenkin palautteiden mukaan pidempikin, jotta käytännön harjoituksille olisi jäänyt

lisää aikaa. Jos luento on haluaa enemmän käytäntöä, on syytä varata aikaa enemmän kuin kaksi tuntia. Palautteista kävi vielä ilmi, että kuulijoiden aktiivisuutta lisäsi keskustelut, jotka ”tekivät luennosta vuorovakutuksellisen”. Luennoitsijan on hyvä huomioida myös se, että aina keskustelua ei synny itsestään ja silloin luennoitsijalla on hyvä olla mielessä aiheita, jotka ikään kuin provosoivat luennon osallistujia avoimeen vuorovaikutukseen. Luennoitsijan kahden tunnin yksinpuhelu on puuduttavaa ja oppimisen kannalta vähemmän hedelmällistä kuin osallistava ote.

Esittämistä keuhuttiin yhtä lukuunottamatta jokaisessa palautteessa. Erityisesti palautteissa kiitettiin sitä, että luennoitsija puhui myös diojen ulkopuolelta: *”Hyvät diat, joihin ei onneksi ollut laitettu kaikkea sitä, mitä esitettiin. Esitys luontevampaa ja mukavampaa kuunnella, kun se ei ole suoraa lukemista.”* Esittämisen suhteen nostettiin useammassa palautteessa esille myös innostuneisuus. *”Luennoitsija hyvin perillä asiasta ja innostunut, mikä innosti myös kuulijaa.”* Dioja suunnitellessa luennoitsijan on siis syytä rajata asiaa ja miettiä, mitkä ovat niitä pääasioita, jotka nostetaan kirjalliseen osioon, ja mikä mainitaan ikään kuin lisädetaljinä ainoastaan puheessa. Tämä lisää myös luennoitsijan uskottavuutta: hän on niin perillä aiheestaan, että pystyy kertomaan pieniäkin yksityiskohtia ulkomuistista. Kuvatun kaltainen asioiden hallinta edellyttää luonnollisesti hyvää pohjatyötä opinnäytetyön teoriaosuuden parissa.

Luennon rakenne ja tiedon määrä suhteessa luennon kestoon arvioitiin palautteissa ”optimaaliseksi”. Tiedon määrästä käytettiin myös kuvausta ”olennainen pähkinäkuoressa”. Yhdessä palautteessa luentoa keuhuttiin ”valaisevaksi, asialliseksi ja ymmärrettäväksi”. Selkeistä Powerpoint-diosta tuli kiitosta useassa palautteessa. Jotta tiedonmäärä ei paisuisi liikaa, on luennoitsijalla hyvä olla mielessä pitämänsä luennon tavoite. Onko päämääränä saada kuulijoille hyvä yleiskuva aiheesta vai halutaanko todella antaa hyvin yksityiskohtaista opetusta niin, että kuulijat tietävät aiheesta lähes yhtä paljon kuin luennoitsija itse? Jälkimmäistä tavoiteltaessa aikaa tarvitaan enemmän. Kahdessa tunnissa opinnäytetyön teoriasta pystyy saatujen palautteiden mukaan antamaan kattavan yleiskuvan käyttäen esimerkiksi opinnäytetyön luentomateriaalia (LIITE 3)..

10.3 Palautteet DKT:sta menetelmänä

Kuviossa 2 olen avannut itse DKT:hen liittyvät palautteiden osiot. Näillä sain vastauksen siihen kysymykseen, mitä toimeksiantaja on halunnut ensisijaisesti selvittää, eli onko hoitotyöntekijöillä halua perehtyä menetelmään ja soveltuisiko se heidän näkökulmastaan osaksi hoitotyötä lastenpsykiatrian poliklinikalla.

| Alakategoria | Yläkategoria |
|--|-------------------------------------|
| heräsi halu oppia lisää uusiin menetelmiin ja teorioihin aina hyvä tutustua ja oppia halu todella perehtyä juuri tähän menetelmään | Halu perehtyä DKT:hen |
| menetelmä vaikuttaa tulokselliselta | Tuloksellisuus |
| taustateorioiden tuttuus hyvät raamit lastenpsykiatriselle työskentelylle → yhdistelee teorioita | Hyvät taustateoriat |
| heräsi ajatuksia myös itsestä ja omasta käyttäytymisestä | Oman käyttäytymisen pohdinta |
| antaa vanhemmalle käyttökelpoisia menetelmiä työstää omaa van- hemmuutta | Hyödynnettävyys suoraan työssä |
| voisi sopia pkl:lle osittain sopisi ryhmämuotoisena | Menetelmän sovellus sopivin |
| sopii pkl:lle jos on resursseja työntekijöillä oltava halu sitoutua menetelmään | Henkiset ja taloudelliset resurssit |
| Kustannustehokas menetelmä | Taloudellinen kannattavuus |

Kuvio 2: DKT:n hyödynnettävyys ja ominaisuudet

Yhdistävä kategoria on DKT:n vakuuttavuus kustannustehokkaana ja teoreettisena kokonaisuutena, jolla voidaan suoraan auttaa perheitä sekä sopivuus poliklinikalle sovellettuna resurssien salliessa.

Palautteiden mukaan neljä vastaajaa kuudesta oli innokas perehtymään DKT:hen. DKT:n tuloksellisuudesta oltiin yhtä mieltä. *”Vaikuttaa hyvältä ja kustannustehokkaalta hoitomuodolta”. ”Olisi upeaa päästä oppimaan ja omaksumaan tästä lisää. Saisi vinkkejä omaan työhön.”*

Käytännön soveltuvuutta arvioitaessa moni vastaaja koki, että erityisesti jokin DKT-sovellus palvelisi poliklinikan tarpeita: *”Ryhmä-menetelmä on mielenkiintoinen ja kannatettava.” ”Ehdottomasti ainakin joitain osia voisi ottaa käyttöön.” ”Tällaiselle ryhmälle olisi varmasti tarvetta jos kohderyhmä saataisiin kasaan.” ”DKT voisi olla toimiva lisä poliklinikan työkalupakkiin. Työskentelyssä on toki hyvä olla tarjolla eri suuntauksia, työskentelyotteita ja koulukuntia.” ”Työskentelysapluuna ja jonkinlaiset raamit tuovat selkeyttä työskentelyyn sekä työntekijälle että asiakkaalle.”* Menetelmä sai kiitosta siitä, että vanhemmille annetaan konkreettisia keinoja: *”Mielestäni antaa vanhemmalle mahdollisuutta tarkastella omaa toimintaansa ja saada uutta näkökulmaa ja toimintamallia vanhemmuuteensa.”*

Teoreettisesta näkökulmasta DKT koettiin vakuuttavaksi, mutta osittain tutuksi. *”Ensikosketuksen perusteella taustateoriat ja tekniikat... ovat osin tuttuja ja jo käytössä – ehkä eri nimillä tai soveltaen.”*

Resurssit tiedostettiin palautteissa niin työntekijän kuin taloudellisen tilanteen näkökulmasta. *”Vaatii toki koulutusta ja sitoutumista asiaan.”* Eräässä palautteessa vastaaja myönsi haluavansa perehtyä DKT:hen, jos se vaan on käytännössä mahdollista.

11 POHDINTA

Tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen on olennainen osa tutkimuksen tekoa. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toinen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin käsite on validiteetti eli pätevyys. Sillä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Valittu menetelmä ei aina annakaan vastauksia niihin kysymyksiin, joita tutkija oli halunnut menetelmällään tutkia. Laadullisessa tutkimuksessa nämä luotettavuuden arvioinnin käsitteet on joskus liitetty määrälliseen tutkimusperinteeseen eikä niiden koeta sopivan ainutlaatuiseen ihmisen tai kulttuurin tapaukseen. Kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi kuitenkin jotenkin arvioida. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetilla voidaan tarkoittaa johtopäätösten ja tulkintojen yhteensopivuutta aineiston kuvaukseen. (Varto 1992, 103; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada yksittäisistä tuloksista yleistys, joka mahdollistaa myös muissa tapauksissa kyseisen ilmiön tunnistamisen, ymmärtämisen ja mahdollisesti ennakoimisen. Laadullisessa tutkimuksessa muodostuva teoria voi olla muodoltaan ohje, kuten tässä opinnäytetyössä. (Varto 1992, 101.) Uskon, että DKT-tietämys lisääntyy opinnäytetyön avulla. Palautteiden perusteella onnistuin kokoamaan sopivan määrän teoriaa ja niiden pohjalta olen voinut nostaa esille yleistettävissä olevia tärkeitä seikkoja, jotka DKT-tietämystä luennon muodossa lisäämään pyrkivä ihminen voi omassa toiminnassaan hyödyntää.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus lisääntyy, kun tutkija antaa tarkan selostuksen tutkimuksensa toteutuksesta. On tärkeää kuvata ne olosuhteet, jotka ovat vaikuttaneet aineistonkeruuseen. Aineiston riittävyys on yhteydessä tulosten luotettavuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227; Kananen 2003, 134.) Opinnäytetyöni empiirisestä aineistosta ei olosuhteiden vuoksi tullut niin laaja ja monipuolinen kuin olin toivonut. Saamani palautteet ovat kuitenkin olleet siinä määrin yksimielisiä, että koen niiden antavan luotettavan tuloksen erityisesti luennon järjestämisen osalta. Olen

pyrkinyt lisäämään luotettavuutta myös kuvaamalla aineistonkeruun ja analysoinnin vaiheet tarkasti edellisessä luvussa.

Luotettavuuteen vaikuttaa haastattelulomaketta käytettäessä mahdollisuus, että kysymyksiä ymmärretään väärin ja niihin vastataan tämän tutkijan tarkoituksesta poikkeavan ymmärryksen pohjalta. Keräsin aineistoa harvalukuiselta ja erittäin asiantuntevalta joukolta. Kysymykset olivat asetelultaan lyhyitä ja ytimekkäitä. Vastaajien ollessa tällä tavalla tuttuja ja heidän ammattitaitonsa tietäen pystyn melko varmasti luottamaan siihen, että heidän antamansa palautteet vastaavat tutkittaviin kysymyksiin.

Keräämäni aineiston perusteella tämän opinnäytetyön kautta saa hyvän ymmärryksen dialektisesta käyttäytymisterapiasta. Opinnäytetyön tietoperustaan perehtymällä ja palautteiden pohjalta esiin tulleet asiat luennoitsemisen osalta huomioimalla muillakin DKT:sta kiinnostuneilla psykiatrian ta-
hoilla voidaan tutustua tähän selkeästi tulokselliseen terapeuttiseen menetelmään. Lisäksi aineistoni perusteella toimeksiantajan kannattaa resurs-
siensa puitteissa ottaa DKT:n taitovalmennusosio ryhmämuotoisena osaksi poliklinikalla annettavaa hoitoa, sillä moni työntekijä koki sen lupaavaksi ja oli valmis sitoutumaan menetelmän opiskeluun.

Mikäli dialektinen käyttäytymisterapia tulee osaksi Päijät-Hämeen lasten-
psykiatrian hoitotarjontaa, olisi tarpeellista tehdä tulevaisuudessa jatkosel-
vitystä sen taloudellisista ja hoidollisista tuloksista.

LÄHTEET

- Ahola, K., Joensuu, M., Mattila-Holappa, P., Tuisku, K., Vahtera, J. & Virtanen, M. 2014. Mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten tausta. Suomen Lääkärilehden verkkojulkaisu 4.12.2014. [Viitattu 8.1.2015.] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/pdf/SLL502014-3441.pdf>
- Ben-Porath, D. 2010. Dialectical Behavior Therapy Applied to Parent Skills Training: Adjunctive Treatment for Parents With Difficulties in Affect Regulation. Cognitive and Behavioral practice vol. 17/2010, 458-465. [Viitattu 14.1.2015.] Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722910001264>
- Brown, K. & Ryan, R. 2004. Fostering healthy self-regulation from within and without: A self-determination theory perspective. Teoksessa P. Linley & S. Joseph (Eds.), Positive psychology in practice. New York: Wiley. 105-124
- Fruzzetti, A., Santisteban, D. & Hoffman, P. 2007. Dialectical Behavior Therapy with Families. Teoksessa Dimeff, L. & Koerner, K. Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across disorders and settings. New York: Guilford Press, 222-244.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. 2002. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G., Higgitt, A. 1991. The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. Infant Ment Health 1991; 12:201–18.
- Haynes, S., O'Brien, W. & Kaholokula, J. 2011. Behavioral Assessment and Case Formulation. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Heikkilä-Kari, P. & Mannila, A. 2000. Kiintymyssuhdeteoria epävakaaan persoonallisuuden ymmärtämisessä ja hoidossa. Teoksessa Kuusinen, K.-L. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia ja kiintymyssuhdeteoria. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus, 84–101.
- Hentinen, K. 2010. Dialektinen käyttäytymisterapia mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden omaisten apuna. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos: Tampereen yliopisto. [Viitattu 9.4.2015.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81345/gradu04110.pdf?sequence=1>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 14. uudistettu painos. Helsinki: Tammi
- Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2007. Hyväksymisestä muutokseen – dialektinen käyttäytymisterapia epävakaaan persoonallisuuden hoidossa. Duodecim 2007;123:551–8 [Viitattu 29.12.2014] Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xme-dia/duo/duo96324.pdf>
- Häkkinen, M. 2015. Psykiatri, apulaisylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), Hyvinkään sha. Haastattelu 12.1.2015.
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3.-4. painos. Helsinki: WSOY.
- Joutsenniemi, K. & Mustonen, V. 2013. Ruuhkataidot - iloa vanhemmuuteen. Onni-sarja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikoulun julkaisuja –sarja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Koivisto, M., Keinänen, M. & Isometsä, E. 2007. Epävakaaan persoonallisuuden hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim

2007;123(12):1398–407. [Viitattu 23.3.2015.] Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=A62B7FD980C91B8AFA4975CFE5C32702?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=masennus&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo96561

Kåver, A. & Nilsonne, Å. 2004. Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito -suositus 2008. Epävakaa persoonallisuus. [Viitattu 28.12.2014.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50064>

Larmo, A. 2010. Mentalisaatio - kyky pitää mieli mielessä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 5.1.2015.] Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98674

Lindeman, S. 2007a. Dialektinen käyttäytymisterapia, epävakaa persoonallisuus ja itsensä vahingoittaminen. Näytönastekatsaukset. [Viitattu 29.12.2014.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06295&suositusid=hoi50064>

Lindeman, S. 2007b. Dialektinen käyttäytymisterapia, epävakaa persoonallisuus ja päihteiden käyttö. Näytönastekatsaukset, Duodecim. [Viitattu 29.12.2014] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06294&suositusid=hoi50064>

- Linehan, M. 2015. DBT Skills Training Manual. 2. Uudistettu painos. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. 1993a. Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. 1993b. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. 1. painos. New York: The Guilford Press.
- Myllyviita, K. 2012. Peace! Selviytymisopas nuorten vanhemmille. Onnisarja. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.
- Nurmi, J.-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruopala, I. 2014. Ihmisen psykologinen kehitys. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Oja-Koski, R. & Vartiainen, A. 2006. Tuoli ja tunteet: Tunnetyöskentely kahden tuolin dialogin avulla kognitiivisessa psykoterapiassa. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti 3/2006, 19–45. [Viitattu 12.3.2015.] Saatavissa: <http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2006/ktrokav0106.pdf>
- Pajulo, M. 2004. Vauvan tunnetila ja sen säätely. Äidin reflektiokyky ja sen merkitys turvallisessa kiintymyssuhteessa. Duodecim 2004;120:2543–8. [Viitattu 6.3.2015.] Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo94604.pdf>
- Paukkunen, A. 2013. Vähemmän häpeää, enemmän elämää. Tutkielma häpeästä ja sen terapeutisesta hoitamisesta. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalityö: Tampereen yliopisto. [Viitattu 7.1.2015.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84594/gradu06733.pdf?sequence=1>
- Perepletchikova, F., Axelrod, S.R., Kaufman, J., Rounsaville, B.J., Douglas-Palumberi, H. & Miller, A. 2011. Adapting dialectical behaviour therapy for children: towards a new research agenda

for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. Julkaisussa Child Adolescent Mental Health 2011; 16: 116–121.

Pöyhtäri, J. 2014. Dialektisen käyttäytymisterapian sovelluksia Lastenpsykiatrian klinikassa. TAYS: lastenpsykiatrian luentomateriaalia.

Pöyhtäri, J. & Repo, S. 2013. TAITO –ryhmä vanhemmille. Rakenne ja toiminta kaudella 2012-2013. TAYS: Perheosasto, Lastenpsykiatrian klinikka.

Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria - Tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 5.1.2014.] Saatavissa: http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/uusinumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo94437

Stengård, E. 2007. Yhteistyö asiakkaan omaisten kanssa. Teoksessa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY, 153–167.

Tuomisto, M., Lappalainen, R. & Timonen, T. 2005. Funktionaalisen käyttäytymisanalyysin perusteet. Tampere: SKT.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieija – Terveiden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Helsinki: Kirjayhtymä OY.

Vento, E. 2015. DKT-terapeutti, psykoterapeutti, sairaanhoitaja PHSOTEY, Lahden psykiatrian poliklinikka. Haastattelu 20.2.2015.

Willard, C. 2013. Lapsen ja nuoren mieli. Mindfulness-harjoituksia mielen kehittämiseen, rauhoittamiseen ja tasapainoon. Parainen: Samsaraa-Tasapaino-oppaat

LIITTEET

LIITE 1: saatekirje luennolle osallistuville lastenpsykiatrian poliklinikan työntekijöille

Saatekirje tulevalle opinnäytetyö-yhteistyölle 13.02.2015

Hei kotihoitotiimin työntekijä,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Lahden ammattikorkeakoulusta. Olen saanut opinnäytetyölleni toimeksiannon lastenpsykiatrian poliklinikalta. Yhteistyöstä on sovittu osastonhoitajan sekä ylilääkärin kanssa. Osana opinnäytetyötäni olen tulossa järjestämään teille luennon dialektisestä käytäytymisterapiasta (DKT). DKT on tutkitusti tehokas hoitomenetelmä ja lastenpsykiatriassa sitä on sovellettu Tampereella jo useamman vuoden ajan hyvin tuloksin.

DKT-luentoni ajankohdaksi on sovittu maanantai 23. maaliskuuta klo 14. Luennon tavoitteena on toimia lähinnä johdatuksena DKT:n maailmaan. Myöhemmin tulen keräämään teiltä palautetta ja mielipiteitä siitä, koetko DKT:n soveltuvan työhönne ja pidätkö sitä hyvänä hoitomenetelmänä. Palautetta voisi kerätä esimerkiksi ryhmäkeskustelulla muutama viikko koulutuksen jälkeen.

Kiitos jo etukäteen!

Tavataan maaliskuussa,

Ystävällisin terveisin

Pia Haarnio (044-090 4050)

LIITE 2: Palautekyselylomake

Palautekysely

Luento Dialektisesta käyttäytymisterapiasta (DKT)


1. Vastasiko DKT-luento odotuksiasi? (esimerkiksi tiedon määrä, diojen selkeys, esittäminen)

2. Minkälaisia ajatuksia itse DKT herätti?

3. Koetko, että DKT voisi soveltua osaksi lastenpsykiatrian poliklinikan toimintaa?

4. Haluaisitko tulevaisuudessa itse perehtyä vielä tarkemmin DKT:hen ja hyödyntää sitä työssäsi?

LIITE 3: Luentomateriaali lastenpsykiatrian poliklinikan henkilökunnalle
(Tämä versio on siirretty Powerpoint-ohjelmasta, sivut eivät täysin täsmää
alkuperäisen kanssa.)



Dialektinen käyttäytymiste- rapia – tietoi- sena ja taita- vana kohti muu- tosta

Pia Haarnio, sairaanhoitajaopiskelija,
LAMK

Luennon rakenne

A. DIALEKTISEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAN (DKT) TAUSTAA

B. TAITOVALMENNUS PERHEILLE: TEORIASSA JA KÄYTÄNNÖSSÄ

DKT:n taustaa

- Washingtonin yliopistossa työskentelevän psykologian professori Marsha Linehanin ja hänen työryhmänsä vuonna 1987 kehittämä psykoterapiamuoto erityisesti epävakkaan persoonallisuuden hoitoon.
- Linehan muotoili terapiamallin 1993 ilmestyneessä klassikkokirjassaan Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.
- DKT:ssa erilaisia terapeutisia menetelmiä yhdistetään ymmärtäväisessä ja hyväksyvässä ilmapiirissa, tavoitteena kuitenkin aikaansaada potilaan haitalliseen toimintaan muutos.
- Dialektisuus ilmenee potilaan tunteiden ja käyttäytymisen validointina muutokseen ohjaamisen ohella. Huomioidaan ja ymmärretään ilmiöiden monimuotoisuus ja siedetään sitä.

- Terapian tavoitteena on, että potilas oppii luottamaan omiin tunnekokemuksiinsa sekä kehittää tunteiden säätelytaitoja.
- Standardi-DKT sisältää useita rinnakkaisia hoitokonteksteja, jotka ovat taitovalmennus, yksilöterapia, puhelinyhteys ja ryhmätyö. Menetelmä on kuitenkin sovellettavissa ja siitä on tehty erityisryhmille omia interventiota.
- DKT:n erityisenä ominaisuutena on yhteistyöhön perustuva terapeutti-potilas-suhde, jossa potilas on aktiivinen ja yhdenvertainen osapuoli. Häntä perehdytetään hoidon periaatteisiin ja opetetaan paljon hoidon aikana.

DKT:n teoreettiset lähtökohdat

- Dialektinen filosofia, oppimisteoria ja kognitiivinen teoria muodostavat DKT:n teoreettiset kulmakivet. Lisäksi siihen on omaksuttu piirteitä zenbuddhalaisesta filosofiasta.
- DKT:ssa hyödynnetään erityisiä muutostratégioita, joiden perustana ovat toistuvat ketjuanalyysit haitallisista, toistuvista reaktio- ja toimintatavoista. Tavoitteena on kartoittaa ympäristössä esiintyviä vahvistussuhteita, jotka toimivat ongelmakäyttäytymisen laukaisevina tai ylläpitävinä tekijöinä.
- Ydinkysymys on se, miten tutusta kaavasta voisi poiketa ja vieläpä mahdollisimman aikaisin
- DKT:n mukaan ongelmakäyttäytymisen lopettaminen vaatii taitovalmennuksen taitoja, joita on mahdollista käyttää tapahtumien eri vaiheissa.

Tutkimuksia DKT:sta

- Satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa (15) DKT on osoittautunut tulokselliseksi. Käypä Hoito -suosituksen mukaan DKT vähentää epävakaiden naisten itsetuhoisuutta ja itsemurhayritysten määrää sekä sairaalajaksoja. Tutkimusten mukaan toivottomuus, ahdistuneisuus ja masentuneisuus vähenivät.
- Hentilän (2010) tutkimuksessa kahdeksan mielenterveyshäiriöistä kärsivän henkilön omaista osallistui dialektisen käyttäytymisterapian omaisten ryhmään.
- Tutkimustuloksissa nousi esiin taitojen tärkeäksi kokeminen. Taitoja oli ryhmän kesken opeteltu käytännönharjoitusten avulla.
- Jorvissa tehdyn selvityksen mukaan sairaalahoitopäivät putosivat DKThoidon aikana viidesosaan ja vähenivät entisestään hoidon päätyttyä. Useat toipuivat vaikeasta itsetu-

hoisen käyttäytymisen kierteestä työ-elämään, parisuhteeseen ja pois esi-koissairaanhoidosta

Epävakaa persoonallisuus

- Esiintyvyys väestössä on noin 0.6%, kuitenkin kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää
- Erään arvion mukaan noin 20 prosentilla psykiatrisen sairaalahoidon potilaista olisi taustalla myös epävakaa persoonallisuushäiriö.
- Keskeisimpiä kliinisiä oireita ovat impulsiivisuus, mielialojen vaihtelu masentuneisuudesta ahdistukseen ja vihausuudesta ahdistuneisuuteen sekä minäkuvan ja tunteiden epävakaus, usein myös taipumus itsetuhoisuuteen.

- Epävakaila usein käsitys itsestä epäonnistuneena.
- Häiriön esiintyvyys on suurinta nuorilla aikuisilla, erityisesti matalamman koulutustason omaavilla ja pienituloisilla naisilla.
- Muut samanaikaiset psyykkiset häiriöt ovat yleisiä.

Biososiaalinen teoria

- DKT:ssa epävakaita persoonallisuutta ja miksei yleisestikin tunteidensäätelyn vaikeuksia tarkastellaan biososiaalisen teorian näkökulmasta.
- Teoria pyrkii tekemään ongelmista ymmärrettäviä ja samalla toimimaan hoitostrategioiden perustana
- Joillakin ihmisillä on biologinen herkkyys eli tietynlainen suurentunut haavoittuvuus sosiaalisia ympäristötekijöitä kohtaan
- Mitätöivässä kasvuympäristössä herkän ja lapsen intensiivisten tunteiden kokeminen ja ilmaiseminen kielletään. Voimakkaita tunnereaktioita ei ymmärretä, vaan niitä pidetään väärinä ja jopa rangaistavina.

➤ Lapsi voi menettää luottamuksen omiin tunteisiinsa eikä hänelle anneta herkkyytensä käsittelemiseen tarvittavia taitoja.

➤ Tunteidensäätelyhäiriöille altistavia stereotyyppisiä perhemalleja:

- Kaoottiset perheet (Elämä on kaoottista, lapsi tunteineen jää huomioimatta)
- Täydelliset perheet (lapsen negatiiviset tunneilmaisut ovat kiellettyjä)
- Suorituskeskeiset perheet (Lapsen tulee käyttäytyä hyvin ja hillitysti joka tilanteessa)
- "Curling" perheet (Vaikeudet siloiteltu lasten tieltä, jolloin niissä ilmenevien tunteiden harjoittelu ei ole mahdollista)

Miksi DKT kannattaisi omaksua lastenpsykiatriseen hoitotyöhön?

- Nykyisten hoitosuosittelujen mukaan sekä lasten tunne- ja käytöshäiriöiden syntymisen että niistä toipumisen yksi tärkein tekijä on kasvu- ja kehitysympäristö
- DKT:n lapsi- ja perhesovelluksissa huomioidaan niin lapsen oireilu kuin hänen kasvu- ja kehitysympäristönsä, tavoitteena vaikuttaa molempiin
- Kokemukset ja palaute ovat olleet positiivisia.
- DKT-taitovalmennus on kustannustehokasta hoitoa.

Taitovalmennus perheille

- Hoffman, Fruzzetti ja Swenson [1999] ovat ensimmäisinä kehittäneet dialektisen perheterapiamuodon asiakkaille, joilla on epävakaata persoonallisuushäiriötä
- Lähtökohtana, että tunnesäätelyn häiriöistä kärsivän omaisten tunnesäätelyssä esiintyy niin ikään puutteita. Usein he ovat itsekin herkkiä ja epävalidoivassa ympäristössä kasvaneita
- perheenjäsenet oppivat ymmärtämään vuorovaikutuksen ongelmia ja muuttamaan toimintaansa ihmissuhteiden parantamiseksi.
- Fruzzettin mukaan ideana on, että vanhemmat oppivat hallitsemaan omia tarpeita, ajattelua ja tunteita, jotta he voivat auttaa lapsiaan käsittelemään omia tarpeitaan, ajatteluaan ja tunteitaan
→ perheen hankala tilanne helpottuu
- Vanhemmat pääsevät myös jakamaan kokemuksiaan toisten vanhempien kanssa

Perheiden taitovalmennuksen rakenne

- Kaksi 45 minuutin pituista osaa, välissä tauko
- Ensimmäinen 45-minuuttinen käsittää opetusta, jonka aiheena ovat perinteiset DKT-taidot sekä perhepainotteiset ihmissuhdetaidot.
- Ryhmätapaamisen toinen puolikas käytetään käytännön harjoitusten ja keskustelun parissa. Osallistujat voivat vapaasti ottaa esille perhettä koskevia aiheita.
- Keskusteluissa esiin tulleita ongelmia pyritään ratkaisemaan muun muassa rooliharjoituksilla, joissa terapeuteilla on aktiivinen rooli. Osallistujatkin joutuvat osallistumaan, mutta myös tukemaan toisia.

TAYS:n Lastenpsykiatrian klinikassa
Susanna Repo ja Janne
Pöyhtäri ovat vuodesta 2011 jär-
jestäneet DKT-
taitovalmennusryhmiä vanhem-
mille. Lisäksi heidän säätely-
häiriöyksikössään on lapsille omia
taitovalmennusryhmiä.

**Seuraavassa esitellään lyhyesti
TAYS:n mallia (Pöyhtäri & Repo
2013) käytännössä. Taitovalmen-
nusta kuvaavaan osioon on yh-
distetty lisäksi perinteisen DKT-
taitovalmennuksen periaatteita.**

Ohjauksesta

- Vanhempien kanssa pyritään tasa-arvoiseen ja kunnioittavaan yhteistyöhön.
- "ei-tietävä asenne"
- ohjaajat ovat valmiita sopivassa määrin tuomaan myös omia kokemuksiaan, ajatuksiaan ja tunteita esiin keskustelussa. Vanhempien kannalta on erittäin validoivaa, että ohjaaja osoittaa myös omaa haavoittuvuuttaan.
- Osoitetaan sekä välittämistä että vaatimuksia. Ohjaaja on lämmin, empaattinen, lohduttava ja hyväksyvä, mutta samalla hänellä on tavoitteellinen, looginen, muutokseen pyrkivä ote.
- Ohjaajat sitoutuvat samoihin tavoitteisiin kuin vanhemmat. Yhteisen projektin vuoksi kotitehtävät ja harjoitukset koskevat myös ryhmän vetäjiä.

TAITO -ryhmän tavoitteet

1. Vanhempi oppii ymmärtämään paremmin lapsen oireilua ja käyttäytymistä.
2. Vanhempi oppii hallitsemaan paremmin omia tunnereaktioitaan haastavissa tilanteissa lapsensa kanssa.
3. Vanhemman ja lapsen vuorovaikutus paranee.
4. Vanhempi oppii taitoja, jotka mahdollistavat muutoksen hankalaan perhetilanteeseen.
5. Vanhempi jakaa kokemuksia muiden vanhempien kanssa.
6. Vanhempi parantaa omaa ja perheensä elämänlaatua.

Orientaatio

- Ensimmäisellä kerralla ja aina kun mukana uusia ryhmäläisiä
- Käydään läpi DKT:n ja tunnesäätelyn perusteita sekä biososiaalista teoriaa
- Tutustutaan
- Kerrataan ryhmän säännöt
- Käydään läpi taitovalmennuksen teemat

Tunnesäätelytaidot

- Osion tavoitteena tunteiden ja mielialojen epävakaisuuden vähentäminen
- Tunnesäätelyn edellytykset:
 1. Tunteen tunnistaminen. Tämä edellyttää kykyä jakaa tunteen primaareihin ja sekundaareihin tunteisiin. Primaari eli ensisijainen tunne on esimerkiksi ensireaktiossa ilmaantuva tiedostamaton pelko tai epätoivo. Sekundaari eli toissijainen tunne on tästä johdettu syyllisyys, häpeä tai suuttumus.
 2. Ensisijaisen tunteen tunnistaminen ja työstäminen johtaa toissijaisen tunteen hallintaan ja vähenemiseen.
- Emotionaalisia eroavuuksia selittävät lapsuudessa koetut läheiset ihmissuhteet sekä perinnöllisesti määräytyvä

temperamentti eli pysyvä toimintamalli, jolla ihminen reagoi tunneperäisiin asioihin

- DKT auttaa vanhempia hyväksymään lapseen suuntautuvien tunteiden dialektisuuden: lapsi voi aiheuttaa ylpeyden ja häpeän tunteita, iloa ja surua, samanaikaisesti. Terapiassa pyritään osoittamaan vanhemmille vastakkaisten tunteiden arvo □ tunnetilojen mentalisaatio
- Toimivia ja ei-toimivia tunnesäätelyn keinoja
- Toimiminen tunteen vastaisesti jonkin tavoitteen saavuttamiseksi

Tietoisuustaidot

- Buddhalaisen mietiskelyn päämääränä on tulla tietoiseksi nykyhetkessä.
- Tietoisuustaidot muodostavat perustan, jonka varaan kaikki muut DKT-taidot rakentuvat.
- Käsitteenä “mindfulness”, suomeksi tietoinen läsnäolo: ei tarkoita rauhallisen meditatiivista tilaa, vaan tarkkaavaista ja valpasta olemista tässä ja nyt
- Havainnoidaan, kuvaillaan ja osallistutaan arvottamatta, yksi asia kerrallaan ja tehokkaasti.
- Pyritään olemaan yhtä tapahtumien kanssa itseä tiedostamatta
- Tietoisuustaidot auttavat hyväksymään hankalia olosuhteita ”näin asiat nyt vain ovat”. Siten voi nähdä tilanteensa etäämpää ja osoittaa niitä asioita, joihin voi vaikuttaa.

Validointi

- Tarkoituksena on oppia henkilön ja hänen kokemuksensa hyväksymistä tai todesta ottamista, kokemusten oikeaksi vahvistamista.
- Validointi voi olla kaikkea puolueettomasta kuuntelemisesta sanallistamattomien tunteiden ja käyttäytymismallien sanalliseen ilmaisemiseen.
- Validointi kohottaa identiteettiä lisää luottamusta ihmissuhteissa
- Validoinnin ja empatian välillä on se ero, että joissakin tilanteissa validointia on olla lohduttamatta ja ymmärtämättä.
- Toisen validoiminen edellyttää itsevalidointia: Oman itsen hyväksymistä ja arvostamista
- Validoivasti toimiessaan vanhempi ilmaisee selkeästi lapselle pitävänsä hänen reaktiotaan olosuhteisiin nähdäksensä käsitettävänä ja järjellisinä

→ edesauttaa uusien vahvistussuhteiden syntymistä rakentamalla tilanteen, käyttäytymisen ja seurausten välistä vuorovaikutusta siten että lapsi lähtee kokeilemaan uusia toimintatapoja.

- Validoinnin vastakohta on mitätöinti. Mitätöintiä on toisen huomioimatta jättäminen, hänen tunteidensa tai ajatustensa kritisoiminen tuomitsevasti, toisen määrääminen ja holhoaminen, halveksunta, ym. Mitätöidyksi tuleva alkaa hyökkäävästi ja epäillä omia kokemuksiaan ympäristöstä.

Vuorovaikutustaidot

- Kaikissa ihmissuhteissa vuorovaikutus on avainasemassa. Usein iso osa vanhemmuuden tai perheen pulmista liittyy itse asiassa ongelmiin vuorovaikutuksessa tai sen tehottomuuteen.
- Vuorovaikutustaitojen osiossa opetellaan pyytämään sitä mitä tarvitaan ja toisaalta sanomaan ei.
- Sosiaalisella tehokkuudella tarkoitetaan sitä, että osataan ylläpitää itsekunnioitus ja vaalia samalla ihmissuhdetta
- Vanhempia ohjataan itsensä kannustamiseen vaikeuksista huolimatta

Käyttäytymisen teoriaa

- Käyttäytymisanalyysi (ketjuanalyysiä)
- Positiivinen ja negatiivinen vahvistus
- Käyttäytymisen asteittainen muokaus (shaping) ➤ Heikentäminen ja sammuttaminen

Vanhemmille annetaan konkreettisia keinoja lisätä haluttua käyttäytymistä ja vähentää epätoivottua käyttäytymistä.

TAYS: rajaaminen (Perinteinen DKT-taitovalmennus: ahdingonsietotaidot)

- Ongelmana usein dialektisuus rajaamisessa: ilmenee käytöksen muutoksena hyvin sallivasta erittäin rankaisevaan vanhemmuuteen
- Rajaamista vältellään voimakkaan tunnereaktion estämiseksi
- Mindfulness, validointi ja tehokas vuorovaikutus ovat rajaamisen kulmakivet
 - Omien rajaamistavoitteiden tunnistaminen tietoisien läsnäolon avulla
 - Asianmukaisten, lasta ohjaavien rajojen muodostaminen
 - Täsmällinen ilmaisu - Tehokas viestintä

Ryhmätyöskentelyn etuja

- Perheet oppivat toisiltaan tarkkailemalla.
- Toisten ongelmia saa seurata puolueettomana sekä etäämpää kuin omia
- Puolueettomuus tekee myös validoinnista helpompaa. Vieras vanhempi kykenee validoimaan ja ymmärtämään lasta hetkessä, kun oma vanhempi jää liiaksi kiinni lapsen aikaisempaan käyttäytymiseen.
- Ryhmän avoimuus mahdollistaa uusien jäsenten oppimisen kokeneemmilta ryhmäläisiltä.
- Kokeneemmat ryhmäläiset taas voivat huomata edistymistään ja tunnistaa uusissa asiakkaissa käyttäytymismalleja tai ongelmia, joita heillä on ollut, ja joista he ovat edenneet.
- Vertaistuki

Lähteet

- Sinkkonen, Jari 2004. Kiintymyssuhdeteoria - Tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 5.1.2014.] Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnu-mero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo94437
- Paukkunen, Antti 2013. Vähemmän häpeää, enemmän elämää. Tutkielma häpeästä ja sen terapeuttisesta hoitamisesta. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalityö: Tampereen yliopisto. [Viitattu 7.1.2015.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84594/gradu06733.pdf?sequence=1>
- Linehan, M. 1993. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: The Guilford Press.
- Holmberg, Nils & Kähkönen, Seppo 2007. Hyväksymisestä muutokseen – dialektinen käyttäytymisterapia epävakaa persoonallisuuden hoidossa. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 29.12.2014] Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96324.pdf>
- Joutsenniemi, Kaisla & Mustonen, Veera 2013. Ruuhkaidot - iloa vanhemmuuteen. Onni-sarja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kåver, Anna & Nilsson, Åsa 2004. Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaa persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ben-Porath, Denise 2010. Dialectical Behavior Therapy Applied to Parent Skills Training: Adjunctive Treatment for Parents With Difficulties in Affect Regulation. Julkaisussa Cognitive and Behavioral practice vol. 17/2010, s. 458-465. [Viitattu 14.1.2015.] Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722910001264>

- Käypä hoito -suositus 2008. Epävakaa persoonallisuus. [Viitattu 28.12.2014.] Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50064>
- Koivisto, Maarit & Korkeila, Jyrki 2014. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 28.12.2014] Saatavissa:
- Larmo, Anneli 2010. Mentalisaatio - kyky pitää mieli mielessä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 5.1.2015.] Saatavissa:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98674
- Lindeman, Sari 2007. Dialektinen käyttäytymisterapia, epävakaa persoonallisuus ja päihteiden käyttö. Näytönastekatsaukset, Duodecim. [Viitattu 29.12.2014] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06294&suositusid=hoi50064>
- Lindeman, Sari 2007. Dialektinen käyttäytymisterapia, epävakaa persoonallisuus ja itsensä vahingoittaminen. Näytönastekatsaukset. [Viitattu 29.12.2014.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06295&suositusid=hoi50064>
- Myllyviita, Katja 2012. Peace! Selviytymisopas nuorten vanhemmille. Onni-sarja. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.
- Hentinen, Kirsi 2010. Dialektinen käyttäytymisterapia mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden omaisten apuna. Pro Gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos: Tampereen yliopisto. [Viitattu 9.4.2015.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81345/gradu04110.pdf?sequence=1>
- Pöyhtäri, Janne 2014. Dialektisen käyttäytymisterapian sovelluksia Lastenpsykiatrian klinikassa. TAYS: lastenpsykiatrian luentomateriaalia.
- Pöyhtäri, Janne & Repo, Susanna 2013. TAITO -ryhmä vanhemmille. Rakenne ja toiminta kaudella 20122013. TAYS: Perheosasto, Lastenpsykiatrian klinikka.

- ▶ Oja-Koski Raija & Vartiainen Antti 2006. Tuoli ja tunteet: Tun-
netyöskentely kahden tuolin dialogin avulla kognitiivisessa
psykoterapiassa. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti
3/2006, s. 19-45. [Viitattu 12.3.2015.] Saatavissa:
<http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2006/ktrokav0106.pdf>