

# **KÄYTTÄYTYMISANALYYSI JA KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMIS- TERAPIA**

*SKY RY:N JULKAISUJA 1*

**Toim. Martti T. Tuomisto**

Copyright © 1997 Suomen käyttäytymisanalyysin  
ja kognitiivisen käyttäytymisterapian  
yhdistys, SKY r. y.

ISBN 952-5162-00-1

# KÄYTTÄYTYMISANAALYYSI JA KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA

**Kognitiivinen käyttäytymisterapia** on psykoterapiaa, jolla on käyttäytymistieteellinen pohja ja jossa käytetään ajatteluun ja toimintaan pohjautuvia hoitomenetelmiä ratkaisemaan emotionaalisia, kehityksellisiä, kasvatuksellisia ja terveydellisiä ongelmia.

**Käyttäytymisanalyysi** on menetelmä, jota terapeutit, kasvatustajat, opettajat ja muut sosiaalisilla aloilla työskentelevät ammattilaiset käyttävät analysoidessaan hoidettavia

ja ratkaistavia ongelmia. Käyttäytymisanalyysin sovelluskohteita on siis muitakin kuin puhtaasti terapeuttiset sovelluskohteet, nimittäin koulutus-, kasvatus-, ja sosiaaliala, sekä esimerkiksi organisaatiokehitys ja ympäristöasioiden hoito.

**Käyttäytymislääketiede** on käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteiden ja biolääketieteen muodostama monitieteinen tutkimusalue. Se on myös käyttäytymisanalyysia ja -terapiaa sovellettuna lääketieteen alueella.

## SISÄLTÖ

<b>MITÄ KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA ON? .....</b>	<b>3</b>
<b>KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA KLIINISESSÄ TYÖSSÄ .....</b>	<b>6</b>
<b>KÄYTTÄYTYMISLÄÄKETIEDE.....</b>	<b>18</b>
<b>KÄYTTÄYTYMISANAALYYSIN MUITA SOVELLUKSIA .....</b>	<b>20</b>

## MITÄ KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMIS- TERAPIA ON?

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on psykoterapiaa, joka perustuu mm. oppimis-, kognitiivisen ja sosiaalipsykologian teoriaan ja tutkimukseen (ks. esim. Catania, 1992).

Nimet *käyttäytymisterapia (behaviour therapy)* tai *kognitiivinen käyttäytymisterapia (cognitive behaviour therapy)*—kuten tällä hetkellä useimmiten ilmaistaan—tulevat siitä, että siinä painotetaan yksilön vuorovaikutusta (sosiaalisen) ympäristönsä kanssa nykyhetkessä. Seuraavassa käytetään ajoittain termiä käyttäytymisterapiat viittaamaan kaikkiin näihin terapia-tyyppien eri menetelmiin ja painotuksiin. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa käsitellään sitä, miten ihminen *käyttäytyy tai menettelee* (ajattelee tai toimii) eri tilanteissa ratkaistakseen pulmiaan ja ongelmiaan. Ehkä sana menettely kuvaakin parhaimmin terapiamuodon ydintä.

Psykologiset tai tunneongelmat ilmenevät vaikeuksina toimia halutulla tai toivotulla tavalla perheessä, työssä ja yleensä ihmissuhteissa tai ylipäänsä suhteessa ympäristöön. Kognitiivinen käyttäytymisterapia aloitetaan aina käyttäytymisanalyysillä ts. analysoidaan yksilön vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa. Tämä voi johtaa huomaamaan, että asiakkaalta puuttuu sosiaalisia valmiuksia, että hänellä on itsensä tai muiden kannalta tuhoisia tai epäedullisia ongelmanratkaisu- tai suhtautumistapoja, “noidankehä”, joihin hän on juuttunut jne. Tällainen analyysi voi johtaa myös huomaamaan, että jokin ongelmareaktiot ovat kehittyneet liian voimakkaiksi tai että niihin liittyy suoria, ikäviä kokemuksia.

Catania, A. C. (1992). *Learning* (3<sup>rd</sup> ed.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

### Käyttäytymisanalyysi

Jokainen yksilö on ainutlaatuinen ja jokaisen hoidon täytyy sen vuoksi perustua tarkkaan käyttäytymisanalyysiin. Sen tavoitteena on että yksilön ongelmia ylläpitävät tekijät tai niiden syyt saadaan selville. Nämä voivat olla sisällöltään hyvin erilaisia ihmisestä toiseen, vaikka niitä ohjaisivatkin samantyyppiset mekanismit tai periaatteet tapauksesta toiseen. Ongelmia ylläpitävät tekijät ovat tietenkin aina nykyhetkessä, vaikka ongelma onkin voinut alkaa ilmetä jo lapsuudessa. Jotkut ongelmat voivat esim. johtua puutteellisista ihmissuhteista. Jotkut ihmiset kärsivät siitä, etteivät pysty rentoutumaan ja toiset siitä, että heiltä puuttuu tehokkaita ongelmanratkaisumenetelmiä. Tällaiset puutteet on tärkeää saada selville ja analysoida, jotta tehokasta apua pystytään antamaan. On myös tärkeää analysoida erilaisten välttämistäytymisten esiintymistä. Ne voivat johtaa tarpeettomaan oman elämän rajoittamiseen. Ahdistuneisuusongelmista kärsivät ihmiset kehittävät usein itselleen tällaisia välttämistapoja, jotta heidän ei tarvitsisi kohdata ahdistusta herättävää asiaa tai tilannetta. Tämä johtaa kuitenkin siihen, että he juuttuvat ongelmaansa eivätkä pysty pääsemään siitä eroon. Käyttäytymisanalyysin jälkeen voidaan aloittaa yksilöllinen hoito-ohjelma, jolla asiakas voi pienin, toisiaan seuraavin askelin lähestyä pelkäämäänsä tilannetta tai asiaa.

Tärkeitä, ongelmia ylläpitäviä syitä ovat erilaiset noidankehät. Masentuneiden ihmisten passiivinen ja pessimistinen suhtautuminen voi esimerkiksi herättää kielteisiä reaktioita muissa ihmisissä, minkä masentuneet ihmiset puolestaan voivat tulkita siten, että “ihmiset eivät pidä minusta” tai he

voivat tulkita sen jollakin muulla kielteisellä tavalla, joka osaltaan ylläpitää masennusta.

Osa tällaisista noidankehistä voi olla pääasiassa ajatuksiin liittyviä. Masentuneet ihmiset ajattelevat hyvin kielteisesti ja tulkitsevat tapahtumia kielteisellä tavalla, mikä entisestään lisää heidän masentunutta mielentilaansa. Kielteiset ajatukset ylläpitävät depressiota, mikä puolestaan aiheuttaa lisää kielteisiä ajatuksia. Keskeinen osa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa onkin tämäntyyppisten kielteisten kierteiden katkaiseminen ja niiden korvaaminen myönteisillä ajattelu- ja toimintatavoilla.

### Käyttäytymisterapioiden kehitys

Käyttäytymisterapia syntyi 1950-luvulla ja se on kehittynyt hyvin nopeasti sen jälkeen. Jo 70-luvulla tieteellisissä lehdissä julkaistujen artikkelien määrässä käyttäytymisterapia oli ohittanut psykoanalyttiset terapiat. *Nykyisin suurin osa psykologisesta, kontrollidusta hoitotutkimuksesta käsittelee kognitiivista käyttäytymisterapiaa.* Tämän voi todeta Psychlitistä tai MEDLINEstä tehtävällä tieteellisen kirjallisuuden haulla.

Laajan tutkimuksen ansiosta käyttäytymisterapioiden menetelmiä on koko ajan parannettu. Sen vuoksi nykyisin on olemassa tutkitusti tehokkaita todettuja hoitomenetelmiä mm. useimpiin ahdistuneisuusongelmiin, depressioihin, itseluottamusongelmiin, syömishäiriöihin, suhde- ja sukupuoliongelmiin, väärinkäyttöongelmiin, nukkumisongelmiin, käyttäytymislääketieteellisiin ja stressiin liittyviin ongelmiin ja sairauksiin, rajatilahäiriöihin ja skitsofreniaan sekä erilaisiin lapsilla ja oppimisvaikeuksista kärsivillä esiintyviin ongelmiin (esim. Bellak, Hersen & Kazdin, 1990; Hawton, Salkovskis,

Kirk & Clark, 1993; Van Hasselt & Hersen, 1996).

*Verrattaessa käyttäytymisterapian tai kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja muiden psykoterapiamuotojen tuloksia on käyttäytymisterapeuttisilla menetelmillä tavallisesti saatu parempia tuloksia kuin muilla* (ks. esim. Grawe, Bernauer & Donati, 1994<sup>1</sup>; Rachman & Wilson, 1980). Millään alueella käyttäytymisterapioiden tulokset eivät ole olleet huonompia kuin muiden terapiamuotojen tulokset.

Yhdysvalloissa, Kanadassa, Australiassa, Uudessa Seelannissa, Irlannissa ja Isossa Britanniassa kognitiivisella käyttäytymisterapialla on vahva asema psykologien, psykoterapeuttien ja psykiatrisen hoitohenkilökunnan keskuudessa yleensä. Myös muissa pitkälle kehittyneissä maissa kuten Norjassa, Ruotsissa, Alankomaissa, Saksassa ja Japanissa on runsaasti käyttäytymisterapioiden edustajia ja tutkijoita.

Suomessa käyttäytymisterapia- tai kognitiivinen käyttäytymisterapia-nimikkeitä ei ole juurikaan aikaisemmin käytetty (ks. Timonen, 1987). Sen sijaan niistä on esitetty joskus perin omalaatuisia kannanottoja. Tämä on johtunut sekä ideologisista että tietämykseen liittyvistä tekijöistä eikä niillä ole tieteelliseen tutkimukseen liittyviä perusteita. Yleensä maissa, joissa psykoterapiaa on olemassa, ovat käyttäytymisterapia tai kognitiivinen käyttäytymisterapia-nimikkeet vakiintuneet käyttöön. SKY ry käyttää toiminnassaan näitä kansainvälisiä nimikkeitä.

Bellak, A. S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1990). *International handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

<sup>1</sup> Kirjan englanninkielinen painos on tulossa: *Psychotherapy in transition. From speculation to science*. Seattle: Hogrefe & Huber.

Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1993). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Rachman, S. J. & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2<sup>nd</sup> edition). Oxford: Pergamon.

Timonen, T. (1987). Käyttäytymistieteellinen terapia—käyttäytymisterapia. *Psykologia*, 3, 163-171.

Van Hasselt, V. B. & Hersen, M. (toim.) (1996). *Psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum.

### Minkälaisia ovat nykyiset käyttäytymisterapiat?

Ei ole olemassakaan kaikenkattavaa teoriaa, joka selittäisi kaikki psykologiset ongelmat ja antaisi suuntaviivat kaikelle hoidolle. Kognitiivisen käyttäytymisterapian mukainen työskentely ei perustu etukäteen annettuihin ja kiistattomiin teorioihin vaan se perustuu enemmän tutkimukseen ja käytännön kokemuksiin siitä, mikä auttaa erilaisien ongelmien hoidossa. Käyttäytymisterapiat kehittyvät siksi jatkuvasti. Niihin kuuluu joukko erilaisia teorioita ja menetelmiä. (Ks. näitä esimerkiksi ajankohtaisesta kirjasta: O'Donohue & Krasner [toim.] 1996). Käyttäytymisterapioiden teoreettinen perusta on kuitenkin vankka ja käyttäytymisterapeuttisella työskentelytavoilla on eräitä yhteisiä piirteitä. Niitä ovat mm. seuraavat:

1. Järjestelmällinen, konkreettinen ja tavoitteellinen työskentelytapa
2. Asiakasta hyvin aktiivisesti auttava ja avustava terapeutti<sup>2</sup>
3. Keskittyminen pääasiassa nykyisiin ongelmiin ja niiden ratkaisuihin
4. Käytettyjen menetelmien tieteellisen kuvaus ja testaus

5. Menetelmien muuttuminen ja kehittyminen uusien tutkimustulosten myötä
6. Harjoitus- ja kotitehtävien käyttö asiakkaan normaaliympäristössä nopeuttamaan ja parantamaan hoitoa
7. Koulutuksellinen tai harjoittelua korostava suuntaus, jossa pyritään antamaan asiakkaalle elämänsä hallintaan tarvittavia keinoja ja itsehallintamenetelmiä
8. Yksilön ongelmien ja tarpeiden mukaan suunniteltu hoito
9. Terapeuttinen suhde, joka perustuu toverilliseen yhteistyöhön terapeutin ja asiakkaan välillä
10. Hoitomenetelmien avoimuus, jolloin asiakas on jatkuvasti perillä eri terapiamenetelmien käytön perusteista ja siitä, mitä hoidossa aiotaan tehdä
11. Eettinen suhtautuminen terapiatointaan ja asiakkaaseen
12. Terapian tuloksellisuuden arvioinnissa ei käytetä ainoastaan oireita, vaan myös selviytymistä normaalissa elämässä, omaisten kanssa, elämän laatua, fyysistä terveyttä ja lääkkeiden käyttöä

Käyttäytymisterapioissa ei yleensä ole painotettu terapiasuhdetta ensisijaisena seikkana kuten eräissä muissa terapiamuodoissa, koska sitä on pidetty vain perusedellytyksenä hyvälle hoidolle. 1980-luvulla on kuitenkin kehitetty funktionaalis-analyttinen käyttäytymisterapian muoto, jossa terapiasuhte on keskeinen asia (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.

<sup>2</sup> Tutkimuksissa on todettu esimerkiksi, että asiakkaat kokevat kognitiivisen käyttäytymisterapeuttisen työskentelytavan miellyttäväm-

mäksi kuin monet muut terapiamuodot: Wani-garatne, S. & Barker, C. (1995). Clients' preferences for styles of therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 215-222.

O'Donohue, W. & Krasner, L. (toim.) (1996). *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*. Washington: American Psychological Association.

## KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA KLIINISESSÄ TYÖSSÄ

Alun alkaen käyttäytymisterapiaa pidettiin ennen kaikkea fobioihin sopivana hoitomuotona. Wolpen uraauurtavan "järjestelmällisen epäherkistämismenetelmän"<sup>3</sup> kehittämisen jälkeen (1950-luvun puolivälissä) käyttäytymisterapeutit ovat kliinisessä työssä ja perusteellisessa tutkimuksessa osoittaneet, että käyttäytymisanalyysi ja -terapiat ovat tehokkaita analysointi- ja hoitomuotoja hyvin monenlaisiin psykologisiin ja käyttäytymislääketieteellisiin ongelmiin ja sairauksiin.

Seuraavassa käydään läpi tavallimmat ongelmat, joita psykiatriassa ja kliinisessä psykologiassa on menestyksellisesti hoidettu kognitiivisella käyttäytymisterapialla.

### Ahdistuneisuusongelmat

Lievä, ajoittainen ahdistuneisuus tai pelko on normaali tunne, joka auttaa välttämään vaarallisia tilanteita tai pakenemaan niistä. Monet ihmiset kärsivät kuitenkin ahdistuksesta ja peloista, jotka ovat paljon voimakkaampia kuin todellinen tilanne tai vaara edellyttäisi. Tällaiset ahdistukset ja pelot estävät ihmisiä elämästä normaalia elämää. Tällöin puhutaan ahdistuneisuushäiriöistä. On olemassa monenlaisia ahdistuneisuushäiriöitä: fobioita, yleistynyttä ahdistuneisuutta, paniikkihäiriöitä, pakkoajatuksia ja -toimintoja sekä traumaperäistä stressioireyhtymää (Barlow, 1988; Barlow & Lehman, 1996).

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.

Barlow, D. H. & Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 727-735.

### Fobiat tai pelot

Fobioissa ahdistuneisuus tai pelko liittyy selkeästi tiettyihin tilanteisiin. *Määritetyt (yksittäiset) pelot* rajoittuvat yhdenlaisiin tilanteisiin tai asioihin kuten esimerkiksi käärmeisiin, hyönteisiin, hämähäkkeihin, veren näkemiseen, pistosten antamiseen, lentämiseen tai korkeisiin paikkoihin. Nämä voimakkaat pelot voidaan usein parantaa lyhyillä ja intensiivisillä hoidoilla. Joskus riittää pelkästään yksi pitkä hoitotapaaminen (ks. esim. Davey, 1997).

Hoitoperiaatteena fobioita hoidettaessa on, että ihmisen on kohdattava pelon aihe, jotta hän voi huomata, että se ei ollutkaan niin vaarallista kuin hän luuli ja että hän saa hyvän kokemuksen ongelmatilanteesta selviytymisestä. Tämä pelon aiheen kohtaaminen tapahtuu tavallisesti järjestelmällisin, pienin askelin. Ensin lähestytään kohdetta, joka herättää vain vähän ahdistusta tai pelkoa, minkä jälkeen jatketaan yhä vaikeampiin tilanteisiin, kun helpommista on selvitty. Tätä kutsutaan *asteittaiseksi altistukseksi*. Siinä on periaatteena oppiminen kokemuksen kautta. Edellytys tällaisen hoidon onnistumiselle on, että se tapahtuu asiakkaan

<sup>3</sup> Tässä, yhdessä käyttäytymisterapian ensimmäisistä menetelmistä oli kognitiivinen ja rentoutusmenetelmä yhdistetty.

kannalta turvallisesti pelosta huolimatta. Tuloksena on realistisempi käsitys sekä ongelmatilanteesta että omasta kyvystä selviytyä sellaisista tilanteista.

*Agorafobia eli julkisten paikkojen pelko* on monimutkaisempi häiriö, mutta siihenkin käyttäytymisterapiat ovat osoittautuneet tehokkaiksi hoitomenetelmiksi. Henkilö, joka kärsii agorafobiasta pelkää liikkua sellaisilla julkisilla paikoilla, joilta olisi vaikea paeta tai joilla ei voisi saada apua jos saisi paniikkikohtauksen. Agorafobikko pelkää sen vuoksi suuria ihmisjoukkoja kaduilla tai liikkeissä, tunneleita, siltoja, moottoriteitä ja julkisia kulkuneuvoja. Paras hoito tähän ongelmaan on asteittainen altistus ts. terapeutti auttaa asiakasta asteittain uskaltautumaan ahdistusta aiheuttaviin tilanteisiin ja viipymään niissä, kunnes ahdistus hellittää. Tällä tavalla asiakas saa uutta luottamusta siihen, että hän pystyy selviytymään näistä tilanteista ja pelko alkaa siten vähetä.

Ihminen, jolla on *sosiaalisia pelkoja*, pelkää tilanteita, joissa muut ihmiset voivat häntä tai hänen käyttäytymistään arvioida sekä sitä että hän käyttäytyisi kiusallisella tavalla tai "munaisi itsensä" (esim. punastuisi tai kaataisi kahvikuppinsa). Sosiaalisten pelkojen hoitoon on useita erilaisia malleja. Eräs malli, joka on osoittautunut tehokkaaksi, on ryhmäterapia, jossa ryhmän jäsenet saavat rooliharjoituksin harjoitella tilanteita, jotka ovat heille vaikeita, ja joissa he voivat keskustella omia ja muiden reaktioita koskevista tulkinnoistaan ja yrittävät löytää realistisempia tulkintoja.

Näiden hoitomenetelmien tultua käyttöön psykoanalyttisesti suuntautuneet terapeutit esittivät väitteen, että tällä tavoin otettaisiin pois vain ongelman oire, koska lapsuusajan "sisäiset ristiriidat" jäisivät vaikuttamaan, mikä johtaisi uusien oireiden syntymiseen.

Vuosikymmenien kokemus on kuitenkin osoittanut, että esitetty väite ei pidä paikkaansa, vaan useimpien ihmisten it-seluottamus päinvastoin lisääntyy siitä, että he onnistuvat vähentämään ongelmiaan. Ei ole harvinaista, että asiakkaan edistysaskelet jatkuvat terapian jälkeenkin ja yleistyvät vielä muihinkin tilanteisiin kuin siihen, johon hän on saanut apua terapiassa. Terapia näyttää johtavan siihen, että asiakas kehittää itselleen uusia menettelytapoja selviytyäkseen paremmin vaikeista ja ahdistavista tilanteista yleisesti. Vanhat välttämiskeinot korvautuvat uusilla, aktiivisilla ja rakentavilla tavoilla selviytyä ongelmatilanteista.

Davey, G. (toim.) (1997). *Phobias: A handbook of theory, research and treatment*. Chichester: Wiley.

### **Pakkoajatukset ja -toiminnot**

Pakkotoiminnot, jotka tavanomaisimmassa muodossaan ovat joko pakonomaista peseytymistä tai asioiden tarkastamista, ovat itse asiassa tapoja hallita ahdistuneisuutta. Tämä ahdistuneisuus liittyy "tartuntavaaraan" tai pelkoon itselle tai muille aiheutuvasta muusta ikävästä tapahtumasta tai käyttäytymisen seurauksesta.

Aikaisemmin näitä ongelmia pidettiin hyvin vaikeasti hoidettavina ja 1960-luvun alussa terapeutit olivat hyvin pessimistisiä tämäntyyppisten ongelmien hoitotuloksista. Käännekohta oli englantilaisen Victor Meyerin hoitomenetelmät, joita hän oli käyttänyt fobioiden hoidossa. Hänen hoitomenetelmässään asiakas altistettiin "tartunnalle" tai "huolimattomuudelle" ja sen jälkeen hän vapaaehtoisesti pidättyi peseytymisestä tai tarkastamisesta. Nyt 30 vuotta myöhemmin voidaan todeta tämän hoitomenetelmän olleen käännekohta pakko-oireiden hoidossa.

Tämän hoitomenetelmän nimi on altistus ja reagoinnin ehkäisy (*exposure*

*and response prevention*). Altistus tarkoittaa itsensä altistamista pelottavalle tai ahdistusta aiheuttavalle asialle. Reagoinnin ehkäisy viittaa siihen, että asiakas pidättäytyy neutralisoimasta ahdistustaan pesemällä tai tekemällä erilaisia rituaaleja tai tarkastamalla asioita (ks. esim. Foa & Wilson, 1996). Hoidossa aloitetaan ongelmasta, joka on tarpeeksi helppo, jotta asiakas voi heti saada kokemusta ahdistuksen sietämisestä. Samalla hän havaitsee, että se vähenee ilman, että sitä täytyisi neutralisoida epänormaalin käyttäytymisen avulla. Sen jälkeen jatketaan asteittain yhä vaikeampiin tilanteisiin. Terapiatapamisista voi tulla tällöin aluksi hyvin pitkiä (jopa kolme tuntia), koska asiakasta ei jätetä yksin ennen kuin ahdistus on laantunut.

Foa, E. B. & Wilson, R. (1996). *Kerrasta poikki. Vapaaksi pakko-oireista ja rituaaleista*. Helsinki: Lyhytterapia-instituutti.

### **Paniikkihäiriöt**

Paniikkisyndroomiin kuuluu taipumus saada voimakkaita ahdistuskohtauksia, joihin liittyy erilaisia fysiologisia reaktioita kuten hengenahdistusta, sydämentykytystä, rintakipuja, tukehtumisen tunnetta, huimausta, vapinaa ja täristyksiä, puutumisen tunnetta, hikoilua, kylmä- ja lämpöaaltoja jne. Nämä oireet aiheuttavat kuolemanpelkoa, "hulluksi" tulemisen pelkoa tai pelkoa itsehallinnan menettämisestä. Paniikkihäiriöstä kärsivät ihmiset hakeutuvat usein ensiapuun, koska he tulkitsevat fysiologiset reaktionsa jonkin hengenvaarallisen sairauden kuten esimerkiksi sydäninfarktin oireiksi.

1970-luvulla paniikkisyndroomaa tarkasteltiin biologisesta näkökulmasta ja sitä hoidettiin ennen kaikkea lääkkeillä. 1980-luvulla kehittyi paniikki-kohtausten kognitiivinen malli, jonka mukaan paniikkikohtaukset syntyvät siitä, että ihminen ensin tulkitsee kehonsa reaktiot uhkaaviksi, mikä entisestään kiihdyttää näitä kehon reaktioita ja

johtaa noidankehän lailla paniikkikohtaukseen.

Samaan aikaan kehitettiin useita menetelmiä, joilla onnistuttiin vapauttamaan asiakkaita paniikkikohtauksista. Menetelmä, jolla on eniten kokeellista tukea sisältää mm. sen, että asiakas saadaan käyttäytymistien (eli uusien kokemusten) avulla oivaltamaan, ettei häntä uhkaa mikään katastrofi sekä auttamalla häntä vähentämään näitä reaktioitaan erityisellä hengitystekniikalla. Myös rooliharjoituksiin perustuvalla paniikkihäiriön hoitomenetelmällä on empiiristä tukea (ks. Lajko, 1997).

Lajko, K. (1997). Paniikkireaktiosta kärsivien asiakkaiden hoito käyttäytymisanalyttisin periaattein. *Käyttäytymisanalyysi ja -terapia, 1*, 5-10.

### **Yleistynyt ahdistuneisuus**

Ns. *yleistynyt ahdistuneisuushäiriö* eroaa foobisesta ahdistuksesta siten, ettei se näyttäisi liittyvän mihinkään tiettyntyyppiseen tilanteeseen. Paniikkiahdistuksesta yleistynyt ahdistuneisuus eroaa siten, että se on jatkuvampaa eikä ilmene rajallisina kohtauksina. Sille on tyypillistä, että ihminen tuntee kroonista ahdistusta ja huolta monista erilaisista elämään kuuluvista asioista kuten perheen hyvinvoinnista, taloudesta, työstä tai omasta terveydentilastaan.

Tämäntyyppisiä ongelmia voidaan hoitaa monella eri tavalla. Kognitiivisilla menetelmillä asiakasta autetaan tunnistamaan ja testaamaan murheidensa realistisuutta sekä kehittämään uusia tulkintoja ja ajattelutapoja. Ongelmanratkaisumenetelmällä asiakasta autetaan arvioimaan ongelmiaan ja ratkaisemaan todellisia ongelmiaan. Rentoutusmenetelmillä asiakasta voidaan auttaa tunnistamaan levottomuutta herättäviä ajatuksia aikaisessa vaiheessa ja vähentämään niiden vai-



kutusta rentoutumalla (ks. esim. Tuomisto, Lappalainen, Tuomisto & Timonen, 1996).

Tuomisto, M. T., Lappalainen, R., Tuomisto, T. & Timonen, T. (1996). Sovellettu rentoutus hoitomenetelmänä psykiatriassa ja käyttäytymislääketieteessä. *Duodecim*, *112*, 960-967.

## Traumaperäinen stressioireyhtymä

Ihmisille, jotka kokevat hyvin pelottavia tai traumaattisia asioita (kuolemia, raiskauksia, liikenneonnettomuuksia, sotatapahtumia jne.), kehittyy toisinaan voimakkaita ahdistuneisuusreaktioita. Nämä ilmenevät esim. muistivälähdyksinä ja painajaisunina tai voimakkaana pahoinvointina tilanteissa, jotka jotenkin muistuttavat traumaattisessa kokemuksessa tapahtuneita asioita. Traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivä henkilö yrittää usein välttää onnettomuuteen liittyviä ajatuksia, tunteita, aktiviteetteja ja tilanteita, ja hän voi esim. menettää kyvyn kokea rakkautta ja hellyyttä.

Tämäntyyppisiä ahdistuneisuusongelmia hoidetaan periaatteessa samalla tavalla kuin fobioita ja pakkokäyttäytymisiä ts. siten, että asiakasta altistetaan toistuvasti mutta turvallisesti tilanteille, jotka herättävät ahdistuneisuutta (esim. onnettomuuden muistolle<sup>4</sup>) kunnes ahdistuneisuus laantuu. Tässä tapauksessa altistus tapahtuu kuitenkin useimmiten mielikuvituksessa ("mielikatselussa ja -kuuntelussa") tai esim. valokuvien, elokuvien ja tekstien avulla ja harvemmin siten, että etsiydytään tilanteisiin, joihin ahdistuneisuus liittyy (ks. esim. Timonen ja Tuomisto, 1997).

Timonen, T. & Tuomisto, M. T. (1997). Iranilaisen miehen tapaus—kuvaus kidutuskokemusten hoidosta. *Suomen lääkärilehti*, 52.5, 441-446.

## Depressiot ja muut mielialahäiriöt

Vaikeasti masentuneet ihmiset ovat menettäneet kiinnostuksensa useimpiin asioihin eivätkä pysty tekemään juuri mitään, keskittymään, ajattelemaan

kunnolla tai tekemään päätöksiä. Tavallisia oireita ovat myös unettomuus ja painon lasku. Masentunut ihminen ajattelee useimmista asioista kielteisesti: elämä tuntuu tarkoituksettomalta, tulevaisuus toivottomalta, ja itsensä hän tuntee arvottomaksi. Syyllisyydentunteet ja itsemurha-ajatukset ovat tavallisia.

Useimmat depressiot alkavat jonkin menetyksen yhteydessä. Tällaisia ovat esim. läheisen menettäminen joko kuoleman tai avioeron kautta sekä terveyden, työn tai arvostuksen menettäminen. Depressio voi olla seurausta siitä, ettei kykene hallitsemaan tällaisia, monesti elämään liittyviä kielteisiä tapahtumia riittävän hyvin. Depression lievittämiseksi täytyy palata siihen elämäntyyliin, joka on johtanut myönteisiin kokemuksiin tai löytää uusia tapoja kokea iloa elämässään. Toisinaan tämä vaatii kielteisten elämäkokemusten käsittelyä, mutta usein hyvin konkreettisetkin päivittäiset toimet saattavat riittää. 1970-luvulta lähtien on kehitetty koko joukko kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä asiakkaiden auttamiseksi myönteisempiin ajatuksiin ja uuteen elämänhaluun (esim. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Uusien masennuskausien ehkäisemiseksi sovelletaan uusia tapoja suhtautua ja hallita tulevaisuudessa tapahtuvia vaikeita tilanteita (esim. uusia menetyksiä ja pettymyksiä).

Tavallisin depression psykiatrinen hoitomuoto on lääkehoito. Monet ihmiset saavat lääkkeitä kuitenkin sivuvaikutuksia tai eivät tunne saavansa niistä riittävästi apua. Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät ovat osoittautuneet vähintään yhtä hyviksi kuin lääkehoito, mutta ilman sivuvaikutuksia (Persons, Thase & Crits-Christoph, 1996). Niiden vaikutus näyttää sitä

<sup>4</sup> Tässä tapauksessa aikaisemmat kokemukset ovat hoidon keskipisteenä nykyhetken muutujien ohella (vrt. kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteet ss. 4-5)!

paitsi olevan pysyvämpi kuin lääkkeiden. Lääkkeet voivat katkaista itse depression, mutta kognitiivisen käyttäytymisterapian toimenpiteet johtavat uusien ongelmanratkaisutapojen omaksumiseen. Nämä auttavat paremmin selviytymään tulevista ikävistä tapahtumista ja uuden depression vaara vähenee.

Depression hoidossa käyttäytymisterapeutit käyttävät hyvin paljon kognitiivisia menetelmiä. Kognitiivisen käyttäytymisterapian ydinhän koostuu depressioille tyypillisten kielteisten, automaattisten ajatusten tunnistamisesta, kyseenalaistamisesta ja testaamisesta.

Masentuneet ihmiset ovat juuttuneet kielteiseen tiedonkäsittelyyn, mikä tarkoittaa, että heidän on helpompi tulkita tapahtumia kielteisesti, helpompi muistaa kielteisiä tapahtumia, helpompi itse ottaa syy niskoilleen kielteisistä tapahtumista jne. Nämä kielteiset ajatusprosessit tulevat usein niin nopeasti ja "automaattisesti", että niitä on vaikea tietoisesti havaita (ts. ne ovat ehdollistuneet).

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa ensimmäinen toimenpide on sen vuoksi näiden kielteisten automaattisten ajatusten tunnistamisen harjoittelu. Tähän tarkoitukseen käytetään mm. kotitehtäviä, joissa asiakas saa pitää päiväkirjaa masennusreaktioistaan ja yrittää tavoittaa niitä ajatusprosesseja, jotka niihin liittyvät. Seuraava askel on, että asiakas saa tehtäväkseen asettaa nämä ajatukset kyseenalaisiksi mm. sellaisin kysymyksiin kuin: Mitä todisteita tästä on? Mikä puhuu minun tulkintani puolesta ja mikä sitä vastaan? Voidaanko tilannetta tulkita jollakin muulla tavalla. Tällaisten kysymysten avulla terapeutti ja asiakas tutkivat kielteisten ajatusten mielekkyyttä.

Läpikäydyn terapian jälkeen asiakas on oppinut tavan testata omien tulkintojensa mielekkyyttä uusien kielteisten kokemusten yhteydessä. Hänellä on

siltoin uusi selviytymisperiaate pettymysten ja vastoinkäymisten varalle, minkä pitäisi vähentää tulevien masennuskausien määrää. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa yritetään myös tunnistaa tiettyjä perustavanlaatuisia asenteita, jotka lisäävät depression vaaraa. Näihin kuuluvat mm. sellaiset asenteet tai säännöt kuin "Jos kaikki eivät pidä minusta jatkuvasti, en ole minkään arvoinen" ja "Olen epäonnistunut, jos en pysty suoriutumaan kykyjeni mukaan". Terapiassa työskennellään näiden asenteiden tunnistamiseksi ja kyseenalaistamiseksi sekä niiden korvaamiseksi paremmilla asenteilla. Myös tämän tarkoituksena on vähentää uusien masennuskausien vaaraa. Myönteisen suhtautumisen ja havainnoinnin omaksuminen on tärkeä osa depression hoitoa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (Tuomisto, painossa).

Vaikeampiin tai vaikeammin hoitettaviin depressioihin on myös kehittymässä kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitomenetelmiä (McCulloch, 1995). Myös kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on lääkityksen ohella olemassa hyviä kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä (esim. Basco & Rush, 1996)

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. G., & Emery, C. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Basco, M. R. & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford.

McCulloch, J. P. (1995). *Treating the patient who is chronically depressed*. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University.

Persons, J. B., Thase, M. E., & Crits-Christoph, P. (1996). The role of psychotherapy in the treatment of depression. Review of two practice guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 53, 283-290.

Tuomisto, M. T. (painossa 1997). Vaikuteitsehallinta ja sen käyttö terapiatyössä. *Käyttäytymisanalyysi ja -terapia*, 2.

## Syömishäiriöt

Anorexia nervosa ja bulimia nervosa ovat häiriöitä, joille on tyypillistä, että niistä kärsivillä on epärealistisia käsityksiä vartalostaan ja painostaan. Anoreksiasta kärsivä rajoittaa syömistään epätavallisen paljon. Bulimiassa laihduttaminen ja ahmiminen vuorottelevat ja niitä seuraa usein oksentelu tai ulostuslääkkeiden käyttö.

Bulimian hoito kognitiivisella käyttäytymisterapialla aloitetaan antamalla faktatietoa painosta ja sen säätelystä, laihdutuksen fyysisistä seurauksista, ahmimisesta, oksentelusta ja ulostuslääkkeiden väärinkäytöstä jne. Asiakas saa samaan aikaan kotitehtäväkseen pitää päiväkirjaa syömisistään ja niistä tilanteista, joissa hän menettää syömisensä hallinnan sekä niihin liittyvät ajatukset ja tunteet.

Saadun tiedon perusteella tunnustetaan ongelmalliset ajatukset, joiden realiteetti testataan. Tässä työssä noudatetaan samoja periaatteita kuin depression hoidossa. Samanaikaisesti asiakasta ohjataan noudattamaan säännöllisiä ruoka-aikoja ja tapoja. Terapiassa selvitetään myös ongelmallisia asenteita kuten että "hoikkuus osoittaa menestystä, viehätysvoimaa ja onnellisuutta", "nautinnonhalu on heikkouden merkki" ja "kaiken täytyy onnistua täydellisesti".

Anoreksia nervosa vaatii yleensä pitempää hoitoa, mutta terapian on pitkästi samanlaista kuin bulimian hoito (Epling & Pierce, 1992). Kognitiivinen käyttäytymisterapia on syömishäiriöiden ensisijainen hoitomuoto (treatment of choice; Agras, 1987).

Agras, W. S. (1987). *Eating disorders: Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa*. New York: Pergamon.

Epling, W. F. & Pierce, W. D. (1992). *Solving the anorexia puzzle: A scientific approach*. Toronto: Hogrefe & Huber.

Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (toim.) (1993). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford.

## Parisuhde- ja seksuaaliset ongelmat

Parisuhdeongelmissa on yleensä kysymys siitä, että parilla on vain vähän myönteistä ja palkitsevaa kanssakäymistä keskenään, mutta sen sijaan paljon hyökkävää, syyttävää ja rankaisevaa vuorovaikutusta. Tällaiset parit ovat hyvin herkästi kielteisesti reagoivia, ja heillä on huonot viestintä- ja ongelmanratkaisutaidot. Keskeistä terapiassa on lisätä myönteistä vuorovaikutusta parin kesken sekä harjoitella itsensä ilmaisemista ja ongelmanratkaisua (esim. Bornstein & Bornstein, 1986; Hayes, Strosahl, Wilson, painossa).

Ristiriitojen syynä on usein puolisoitten puutteelliset taidot ilmaista itseään toisilleen. He ehkä ymmärtävät toisensa väärin, heiltä saattaa puuttua taitoa esittää tarpeitaan tai toiveitaan, ja he voivat haavoittaa toisiaan tarkoituksettomasti, tai he voivat tulkita tai kuvitella toiselle tunteita, joita tällä ei ole. Viestintätaitojen harjoittelussa opitaan kuuntelemaan toista aktiivisesti ja avautumaan hänen tunteilleen, opitaan ilmaisemaan selvästi haluja ja toiveita, antamaan myönteistä palautetta, osoittamaan arvostusta, ilmaisemaan tunteita ja kritiikkiä rakentavalla tavalla.

Viestinnän harjoittelu perustuu mm. terapiatapaamisten aikana tehtäviin rooliharjoituksiin. Pari saa ensin kokeilla jonkin ongelmallisen asian ilmaisemista parhaan kykynsä mukaan. Sen jälkeen keskustellaan yhdessä siitä, miten molemmat voisivat parantaa itsensä ilmaisemista. Tällöin terapeutti voi rooliharjoituksin näyttää erilaisia toimintatapoja (ts. olla mallina), minkä jälkeen puoliset voivat kokeilla samoja tapoja kunnes ovat tyytyväisiä tulokseen.

Seksuaalisia ongelmia käsitellään, kun ne häiritsevät suhdetta. Parille annetaan kotitehtäväksi herkistymisharjoituksia, joiden tarkoituksena on antaa heille kokemusta toistensa hyväilemisestä ja koskettelusta ilman, että yhdyntä on tavoitteena. Tällä tavalla vähennetään suorituspaineita ja epäonnistumisen pelkoa.

Miesten tavallisimmat seksuaaliset ongelmat ovat erektion saamiseen liittyvät vaikeudet ja liian aikainen siemensyöksy. Naisten tavallisimmat ongelmat ovat kiihottumiseen ja orgasmin saamiseen liittyvät vaikeudet. Kaikkiin näihin ongelmiin on jo kauan ollut tuloksekkaita käyttäytymisterapeuttisia hoitomenetelmiä.

Bornstein, P. H. & Bornstein, M. T. (1986). *Marital therapy: A behavioral communications approach*. New York: Pergamon.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (pääntö). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford.

## Skitsofrenia ja muut psykoosit

On olemassa paljon viitteitä siitä, että biokemiallisilla ja geneettisillä tekijöillä on merkitystä skitsofrenian synnyssä. Tämä ilmenee siten, että toisilla ihmisillä on perinnöllistä herkkyyttä saada skitsofrenian oireita, kun he joutuvat koettelemuksiin ja stressiin elämässään. Skitsofrenian vakiintunut hoitomuoto on neuroleptein tapahtuva lääkehoito. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteivät psykologiset, käyttäytymiseen liittyvät tekijät olisi tärkeitä skitsofrenian hoidossa. Tutkimukset ovat mm. osoittaneet sen, että ongelman palautumisriski on suurempi niillä henkilöillä, jotka elävät perheessä, jolle on tunnusomaista samanaikaisesti liian suojeleva ja kriittinen ilmapiiri.

1980-luvulla ilmestyi tutkimustuloksia, jotka osoittivat merkittävästi parempia tuloksia yhdistämällä lääkehoito, käyttäytymisterapeuttiset perheterapiamenetelmät ja sosiaalisten taitojen harjoittelu (Penn & Mueser,

1996). Robert Liberman kehitti hoito-ohjelman, jota kutsuttiin nimellä "Itsenäinen elämä". Siihen kuuluu mm. ongelmanratkaisun harjoittelu, muiden ihmisten tunteiden tunnistamisen sekä parempien viestintätaitojen harjoittelu (Liberman, 1995). Tämä ohjelma on ollut menestyksekkäs ja saanut tunnustusta myös psykoanalyttisesti suuntautuneilta terapeuteilta. Yhdysvaltain psykoanalyttinen yhdistys nimittäin palkitsi tämän ohjelman vuoden parhaana hoito-ohjelmana vuonna 1988. Myös Ian Falloonin (Falloon & Graham-Hole, 1995) kehittämät perheterapeuttiset menetelmät ovat tuottaneet hyviä tuloksia.

Tällä vuosikymmenellä skitsofrenian kognitiivinen käyttäytymisterapia on kehittynyt voimakkaasti Isossa-Britanniassa, jossa tehdään aiheesta paljon uutta tutkimustyötä, jonka tulokset näyttävät lupaavilta (Bouchard, Vallières, Roy & Maziade, 1996). Alueen tunnetuimpia edustajia on mm. Richard Bentall.

Mainittakoon, että skitsoaffektiivisiin häiriöihin sopivat hyvin pitkälle samat hoitomenetelmät kuin kaksisuuntaiseen mielialahäiriön hoitoon kehitetyt menetelmät.

Bouchard, S., Vallières, A., Roy, M.-A. & Maziade, M. (1996). Cognitive restructuring in the treatment of psychotic symptoms in schizophrenia: A critical analysis. *Behavior Therapy*, 27, 257-277.

Falloon, I. R. H. & Graham-Hole V. (1995). *Mielenterveyshäiriöiden kokonaisvaltainen hoito*. Aylesbury Vale: Buckinghamin mielenterveysyksikkö (käännös).

Liberman, R. (1995). *Sosiaalisen ja itsenäisen elämisen taidot. Oireidenhallintaohjelma*. Espoo: Jorvin sairaala.

Penn, D. L. & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.

## Persoonallisuushäiriöt

Marsha Linehan kehitti 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa dialektiseksi käyttäytymisterapiaksi kutsumansa kognitiivisen käyttäytymisterapian muodon, jota hän käyttää rajatila-ongelmista kärsivien asiakkaiden hoidossa. Dialektinen käyttäytymisterapia on niitä harvoja terapiamuotoja, jotka kontrolloiduissa kokeissa on osoitettu menestykselliseksi rajatila-asiakkaiden hoidossa. Tämä terapiamuoto on lupaava ja siinä sovelletaan myös perinteisempiä käyttäytymisterapian menetelmiä hyvin laajasti (ks. Linehan, 1993). Myös toista mielenkiintoista, uutta terapiamuotoa, funktionaalisanalyyttistä psykoterapiaa voidaan hyvin soveltaa tähän häiriöryhmään (Kohlenberg & Tsai, 1991, ks. s. 5).

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

## Väärinkäyttö- ja mieliteko-ongelmat

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät kuuluvat niihin terapiamenetelmiin, joilla on ollut parhaat tulokset alkoholiongelmiensa hoidossa. Niihin kuuluvat ennen kaikkea menetelmät, joissa painotetaan itsehallintaa, käyttäytymisen seuraamusten hallintaa, sosiaalisten taitojen harjoittelua sekä ryhmä- ja perheterapiaa.

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa pyritään luomaan luottamuksellinen yhteistyö asiakkaan kanssa. Eräs tapa, jolla tällainen luottamuksellinen terapiasuhde saadaan aikaan, on antamalla asiakkaan kerätä tietoa itsestään ja sen jälkeen analysoimalla näitä tietoja yhdessä terapeutin kanssa. Oppimalla enemmän itsestään ja juomisestaan sekä siitä, mitkä olosuhteet ohjaavat sitä, asiakas voi oppia paremmin hallitsemaan itseään.

Juomista ohjaavat suuressa määrin lyhytaikaiset, yksilölle myönteiset seuraukset kuten esim. iloisuus, itsevarmuus, puheliaisuus, rauhallisuus, rohkeus, aktiivisuus jne. Kielteiset seuraukset ovat pitkän tähtäyksen seurauksia eikä niillä sen vuoksi ole samaa suoraa vaikutusta käyttäytymiseen kuin nopeilla seurauksilla. Tärkeä askel suurempaa itsehallintaa kohti on lisääntyvä tietoisuus kaikista juomisen kielteisistä seuraamuksista.

Väärinkäyttöongelmista kärsivillä on usein puutteita sosiaalisissa valmiuksissa. Näihin kuuluvat mm. kieltyminen juomatarjouksista myönteisellä tavalla, keskustelun aloittaminen vieraan ihmisen kanssa, sellaisen kehon kielen käyttäminen, joka ei pelota muita, kielteisten tunteiden kuten suuttumuksen, pettymysten, pelon sekä muiden tunteiden hallinta. Tähän sopivat lisäksi myönteisen suhtautumisen ja havainnoimisen omaksuminen sekä muut stressin ennaltaehkäisy- ja hallintamenetelmät.

Rooliharjoitusten avulla asiakas voi kokeilla vaihtoehtoisia tapoja toimia eri tilanteissa ja harjoitella niitä kunnes hallitsee ne. Tärkeä tavoite on löytää uusia keinoja hallita tilanteita, joissa juomahalut heräävät.

Viime vuosien aikana on repsahdusten ennaltaehkäisystä tullut oleellinen osa käyttäytymisterapeuttien työkentelyssä alkoholi- ja muiden väärinkäyttöongelmien hoitamiseksi (Marlatt & Gordon, 1985). Repsahdukset ovat hyvin tavallisia, mutta jo pelkkä tieto tästä voi luoda valmiuksia hallita riskitilanteita tavalla, jolla niitä voidaan välttää. Ns. mini-interventiot ovat mainio lisä alkoholiongelmiensa ennaltaehkäisyssä (ks. esim. Sobell & Sobell, 1993). Erittäin lupaava suunta on yhdistää kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät juomahalukkuutta vähentävien uusien lääkkeiden (esim. Naltreksonin) käyttöön.

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive disorders*. New York: Guilford.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers. Guided self-change treatment*. New York: Guilford.

## Lasten ongelmat

Perinteisesti lapsen kehitys on aina ollut keskeinen kysymys psykologiassa. Se on tärkeä myös kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa, mutta siinä painotetaan kehityksen jatkuvuutta jakamalla sitä eri vaiheisiin.

Lapsen kehitystä voidaan yleisesti pitää yksilön biologisten edellytysten ja hänen vuorovaikutushistoriansa tuloksena hedelmöityksestä nykyhetkeen. Käyttäytymisanalyyseissä keskitytään lapsen käyttäytymisen ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksen analysointiin. Tilannetekijöiden, käyttäytymistapojen ja käyttäytymisen seuraamusten suhdetta kartoitetaan yksilöllisesti ja järjestelmällisesti.

Käyttäytymisterapioissa keskitytään sosiaaliseen ja muuhun vuorovaikutukseen sen koko laajuudessa. Tämän vuoksi muussa kehityspsykologiassa tutkittuja ilmiöitä voidaan tarkastella jonkin verran eri näkökulmasta (esim. Schlinger, 1995). Lapsen kiintymystä ("attachment") voidaan analysoida monella muullakin tavalla kuin arvioimalla, miten turvalliseksi lapsi kokee olonsa tai miten vaikea eroahdistus on, kun äiti poistuu paikalta. Vuorovaikutusta analysoimalla saadaan tietoa siitä, miten käyttäytymistavat muotoutuvat, pysyvät yllä ja vahvistuvat. Tällä tavoin voidaan löytää uusia mahdollisuuksia auttaa esim. epävarmojen lasten vanhempia lisäämään lastensa itseluottamusta, kun lapset ahdistuneena tarrautuvat vanhempiinsa, vaikka heidän ikänsä ei sitä edellyttäisi.

Käyttäytymisanalyyseissä kerätään tietoa siitä, miten ympäristö vaikuttaa

lapsen ja miten lapsi puolestaan vaikuttaa ympäristöönsä sen sijaan että luokiteltaisiin lapsia erilaisiin persoonallisuustyyppisiin. Tämä tutkimusalue on jatkuvassa muutostilassa, koska uutta tietoa psykologian eri alueiden järjestelmällisissä tutkimuksissa selvitettyistä käyttäytymisen lainalaisuuksista integroidaan vanhaan tietoon (ks. esim. Mash & Terdal, 1988; Ollendick, King & Yule, 1994).

1950-luvulla käyttäytymisterapiaa alettiin käyttää järjestelmällisesti lasten ja perheiden hoidossa, vaikka jo 1920-luvulta oli yksittäisiä tapausselostuksia. Aluksi hoidettiin kehitysvammaisia ja vaikeasti psykoottisia lapsia, jotka usein olivat laitoshoidossa. Tavoitteet olivat silloin vielä varsin kapea-alaisia. Monet tällöin laboratorio-olosuhteissa käytetyt perustavanlaatuiset periaatteet ja menetelmät ovat yhä tärkeitä: pelon aiheen asteittainen lähestyminen, malliopetus, myönteisten seuraamusten merkitys käyttäytymisen vahvistamisessa tai vaikkapa "vuoteenkastelupatja" vuoteenkastelun hoidossa ovat eräitä esimerkkejä.

1970- ja ennen kaikkea 1980-luvulla hoitotavoitteet laajenivat entisestään ja sovellukset tavallisen sairaanhoidon yhteydessä yleistyivät. Monialaiset ja -tieteiset toimenpiteet osoittautuivat usein tarpeellisiksi. Samoin tarvittiin monia ihmisiä hoidon toteutukseen. Nykyisin päätökset hoidosta ja ongelmien ennaltaehkäisystä pyritään tekemään laajenevan, hyvin dokumentoidun tutkimustiedon pohjalta. Toimenpiteiden suunnittelussa integroidaan entistä paremmin kognitiivisia ja emotionaalisia (tai kokemuksellisia) tekijöitä.

Eräitä lasten ongelma-alueita, joilla käyttäytymisterapiat ovat olleet kaikkein tehokkaimpia terapiamuotoja ovat (a) emotionaaliset ongelmat (fobiat ovat kaikkein tutkituin ongelma-alue), (b) erityyppiset nykimishäiriöt, (c), varhaislapsuuden autismi, (d) vanhempainkoulutus pienten lasten vanhemmille,

kun lapsilla on erityisesti sosiaalisia ongelmia ja (e) ohjelmat perusvalmiuksien kuten lukemisen kirjoittamisen ja laskemisen opettamiseen.

Tällä hetkellä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on tapausselostuksia onnistuneista hoidoista, jotka koskevat käytännöllisesti katsoen kaikkia lasten ja nuorten ongelmia (ks. esim. Mash & Barkley, 1989). Yhä on kuitenkin liian vähän tutkimusta, jossa kognitiivista käyttäytymisterapiaa on verrattu muihin hoitotoimenpiteisiin. Nykyiset tulokset puhuvat kuitenkin selvästi käyttäytymisterapioiden puolesta (esim. Thomsen, 1996). Tämänhetkisen tiedon perusteella useimpien lasten ja nuorten ongelmien hoidossa käyttäytymisterapiat ovat osoittautuneet parhaiksi.

Mash, E. J. & Barkley, R. (1989). *Treatment of childhood disorders*. New York: Guilford.

Mash, E. J. & Terdal, L. G. (toim.) (1988). *Behavioral assessment of childhood disorders*. 2. painos. New York: Plenum.

Ollendick, T. H., King, N. J. & Yule, W. (toim.) (1994). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum.

Schlinger, H. D. (1995). *A behavior analytic view of child development*. New York: Plenum.

Thomsen, P. H. (1996). Treatment of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 55-66.

## Kehitysviivästymät

Kehitysvammahuollossa on sovelletulla käyttäytymisanalyysillä keskeinen asema koskee se sitten oppimisvaikeuksista kärsiviä kehitysvammaisia tai monivammaisia kuten kuuroja ja kurosokeita kehitysvammaisia. Monia vakavia ongelmia kuten itsensä vahingoittamista ja aggressiivisuutta on menestyksellä hoidettu oppimispsykologisiin ja käyttäytymisanalyyttisiin periaattein.

1960-luvun loppupuolella ja 1970-luvun alkupuolella oppimispsykologian

sovelluksista tuli nopeasti suosittuja. Oppimispsykologisten periaatteiden näennäinen yksinkertaisuus johti kuitenkin siihen, että monet unohtivat sovellusten vaativan sekä tarkkaa analyysia että huolellista suunnittelua. Taitamattomuudesta johtuva sovellusten väärinkäyttö psykologien ja lääkärien keskuudessa johti joskus siihen, että käyttäytymisterapia sai kehitysvammahuollossa huonoa mainetta. Sen seurauksena jotkut psykologit kehitysvammahuollossa hylkäsivät sen ymmärtämättä sen mahdollisuuksia. Pätevästi ohjatulla hoitohenkilökunnalla se säilyi kuitenkin parhaana vaihtoehtona vaikeiden käyttäytymisongelmien hoidossa. 1980-luvun aikana käyttäytymisterapian suosio on uudelleen kasvanut sen tarjoamien laajojen hoitomahdollisuuksien ansiosta (ks. Iwata ym., 1996).

Vaikuttavin esimerkki käyttäytymisanalyysin ja -terapian tuloksellisuudesta on autismin hoito. Autismi on hyvin vaikea oppimiskyvyn ongelma, jossa erityisen hankalia ovat huomiokyvyn, kielen ja kommunikaation ongelmat sekä oman aloitteellisuuden puutteellisuus. Aikaisemmin autismia pidettiin äiti-lapsi -suhteen häiriönä ja tällöin uskottiin, että autismissa ilmenivät ongelmat ovat muodostuneet ensimmäisen 3 kehityskuukauden aikana. Tälle väitteelle ei kuitenkaan ole löydetty tieteellistä tukea. Autismissa on kysymys yksiselitteisesti neurobiologisesta perusongelmasta, joka vaikeuttaa oppimista. Tutkimus on osoittanut, että tärkeimmät kuntoutusta edistävät menetelmät perustuvat oppimispsykologisiin ja pedagogisiin periaatteisiin. Niihin perustuvat esim. Ivar Lovaasin ryhmän Kaliforniassa kehittämä käyttäytymisterapeuttinen ohjelma ja Pohjois-Carolinassa toteutettu TEACCH -ohjelma (Treatment and Education of Autistic and other Communication handicapped CHildren). Kuntoutuksen tulokset erityisesti näillä menetelmillä



ovat osoittautuneet hyväksi (esim. Lovaas, 1987). Jopa 47% hoidetuista lapsista aloitti 2-4 vuoden kuntoutuksen jälkeen koulun normaaliluokalla. Aiemmat kuntoutustulokset olivat osoittaneet n. 5-17 %:n tuloksellisuutta, mikä lisäksi koski vain niitä henkilöitä, joilla jo oli arvioitu olevan edellytyksiä kuntoutukselle. Suomessa erityisesti Itä-Suomessa Honkalammella saadut hoitotutkimusten tulokset ovat olleet samansuuntaisia kuin Lovaasin tulokset (Timonen, 1993).

Iwata, B. A., Bailey, J. S., Neef, N. A., Wacker, D. P., Repp, A. C. & Shook, G. L. (toim.) (1996). *Behavior analysis in developmental disabilities*. Bloomington: SEAB.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Counseling Psychology*, 55, 3-9.

Timonen, T. E. (1993). North Carelia studies on autism: Perspective to early intervention. Kirjassa: H. Perho, H. Rätty & P. Sinisalo (toim.), *Crossroads between mind, society and culture*. Joensuu: Joensuu University Press.

## Ryhmä- ja perheterapia

Käyttäytymisterapioihin perustuvia ryhmä- ja perheterapioita on käytetty etenkin sosiaalisten valmiuksien harjoittamiseen skitsofreniasta ja sosiaalisista peloista kärsivillä asiakkailla (ks. esim. Falloon, 1988). Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa ryhmäterapia soveltuu kuitenkin lähes kaikkeen hoitoon, etenkin silloin kun ryhmän jäsenillä on sama tai samantyyppinen ongelma (Upper & Ross, 1985).

Falloon, I. R. H. (toim.) (1988). *Handbook of behavioural family therapy. A reference book for the caring professions*. London: Hutchinson.

Upper, D. & Ross, S. R. (toim.) (1985). *Handbook of behavioral group therapy*. New York: Plenum.

## KÄYTTÄYTYMISLÄÄKETIEDE

Käyttäytymislääketiede (*behavioural medicine*) on poikkitieteellinen tutkimusalue, jonka tarkoituksena on kehittää ja integroida käyttäytymistieteellisiä ja biolääketieteellisiä tietoja terveydestä ja sairaudesta ja soveltaa näitä tietoja sairauksien ennaltaehkäisyyn, diagnoosiin, hoitoon ja kuntoutukseen. Käyttäytymisterapeuteilla on tällä alueella tärkeä asema.

Käyttäytymislääketieteen alue on kasvanut hyvin nopeasti 1970-luvulta lähtien. Monet tekijät ovat vaikuttaneet tähän kehitykseen:

1. On osoittautunut yhä selvemmin, etteivät biolääketieteellisesti tai käyttäytymistieteellisesti suuntautuneet tutkijat yksinään pysty selittämään, *miksi jotkut sairastuvat ja jotkut eivät*.
2. On myös selvinnyt, että useimmat nykyajan lääketieteen haasteista liittyvät enemmän *kroonisiin* kuin akuutteihin sairauksiin, ja että nämä krooniset sairaudet puolestaan liittyvät *käyttäytymiseen ja elämäntyyliin*.
3. Käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteet (esim. tilastotiede) ovat kehittyneet niin pitkälle, että niiden tutkimusmenetelmiä ja käyttäytymisepidemiologiaa voidaan menestyksellä soveltaa terveydenhuollon alueella.
4. Terveydenhuollon jatkuvasti lisääntyneet (esim. verenpainelääkkeiden) kustannukset ovat johtaneet siihen, että ennaltaehkäisystä, kansanterveytyydestä ja vaihtoehtoisista tai täydentävistä hoitomuodoista on kiinnostuttu yhä enemmän. Tietotekniikan kehitys on mahdollistanut yhä tarkemmat, laajemmat ja nopeammat mittaus- ja hoitomenetelmät.
5. Oppimispsykologisten ja käyttäytymisterapeuttien periaatteiden sovellukset ovat tuoneet alueelle käyttökelpoisia menetelmiä, jotka

ovat puuttuneet vanhasta psykosomaatikasta (esim. Pearce & Wardle, 1989). Enää ei tutkita pelkästään "persoonallisuuden" vaikutusta terveyteen tai sairauteen tai "psykosomaattisia sairauksia" vaan kaikki psykologiset, käyttäytymiseen liittyvät tekijät otetaan potentiaalisina vaikuttajina mukaan kaikkia sairauksia tai terveyttä tutkittaessa. Ne liittyvät jollakin merkittävällä tavalla ainakin johonkin sairauden kehitysvaiheeseen tai terveyden ylläpitämiseen oli sitten kysymys ennaltaehkäisystä, sairauden tunnistamisesta, hoidosta, kuntoutuksesta tai hoitotulosten seurannasta (esim. Tuomisto, Lappalainen, Paldanius, Tuomisto, Steptoe & Wardle, 1996).

Jo 1970-luvulta lähtien on ilmaantunut useita kehityssuuntia, joiden ansiosta käyttäytymisanalyysista ja -terapioidista on tullut yhä tärkeämpiä menetelmiä terveydenhuollossa. Näihin kuuluvat tutkimustulokset, jotka ovat osoittaneet, että käyttäytyminen ja elintavat vaikuttavat olennaisesti fysiologisiin prosesseihin, ja että ne sitä kautta suoraan tai epäsuorasti johtavat joko terveyden säilymiseen tai sairauksien syntymiseen (Tuomisto, 1987).

Toinen yhtä tärkeä kehityssuunta on ollut luotettavien käyttäytymisen muutosmenetelmien kehittäminen. Näihin kuuluvat varsinkin monet itsehallintamenetelmät, joiden avulla terveyttä voidaan ylläpitää, sairautta parantaa tai lievittää (ks. esim. Lappalainen, 1997; Lappalainen & Tuomisto, painossa; Tuomisto ym., 1996).

Kolmas kehityssuunta on ollut biopalaute menetelmien (*biofeedback*) kehittämällä psykofysiologisten prosessien ohjaamiseksi.

Neljäs kehityssuunta on ollut käyttäytymisgenetiikan (*behavioural genetics*) kehittyminen geneettisen tutkimuksen ansiosta.

Lappalainen, R. (1997). Syömisen hallinta ja käyttäytymisterapia. Kirjassa: M. Fogelholm, P. Mustajoki, A. Rissanen, M. Uusitupa. *Lihavuus. Ongelma ja hoito* (ss. 114-124).

Lappalainen, R. & Tuomisto, M. T. (painossa). Beteendeanalys och -terapier i behandling av överviktiga klienter. Kirjassa: T. Andersen, A. Rissanen, S. Rössner & B. Strömberg (toim.), *Nordisk lärobok i obesologi*. Lund: Studentlitteratur.

Pearce, S. & Wardle, J. (toim.) (1989). *The practice of behaviour medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Tuomisto, M. T. (1987). Verenkiertoelimistön reaktiivisuus psykologisiin tapahtumiin. *Psykologia*, 3, 178-187.

Tuomisto, M., Lappalainen, R., Paldanius, T., Tuomisto, T., Steptoe, A. & Wardle, J. (1996). Korkeakouluopiskelijoiden ravintokäyttäytyminen, paino ja niihin suhtautuminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 33 (Suppl.), 61-70.

Tuomisto, M. T., Lappalainen, R., Tuomisto, T. & Timonen, T. (1996). Sovellettu rentoutus hoitomenetelmänä psykiatriassa ja käyttäytymislääketieteessä. *Duodecim*, 112, 960-967.

# KÄYTTÄYTYMISANALYYSIN MUITA SOVELLUKSIA

Samaa järjestelmällistä ongelmien analysointi- ja hoitotapaa kuin kognitiiviset käyttäytymisterapeutit käyttävät kliinisessä työssään käytetään myös monilla muilla alueilla. Eräs esimerkki on opetus- ja kasvatustyö. Tärkeä alue on myös yhteisöjen kehittämistyö, jossa käyttäytymisanalyttisiä menetelmiä on käytetty sekä ammattiopetuksessa että kehitettäessä yhteistyötä ja ratkaistessa niissä esiintyviä ristiriitoja. Muita esimerkkejä ovat ns. työklubit sekä työturvallisuuden lisääminen ja myymälävarkauksien ennaltaehkäisy sekä energian säästö.

## Opetus- ja kasvatustyö

Opetus- ja kasvatustyössä käyttäytymisanalyysin tulokset ovat olleet hyviä (esim. Gardner, Sainato, Cooper, Heron, Heward, Esleman & Grossi, 1994). Laajassa meta-analyysissä ne on todettu paremmiksi kuin perinteisen opetuksen tulokset (Kulik, Kulik & Cohen, 1979).

Kulik, J. A., Kulik, C-L. C. & Cohen, P. A. (1979). A meta-analysis of Keller's personalized system of instruction. *American Psychologist*, 34, 307-318.

Gardner, R., Sainato, D. M., Cooper, J. O., Heron, T. E., Heward, W. L., Esleman, J. & Grossi, T. A. (1994). *Behavior analysis in education. Focus on measurably superior instruction*. Pacific Grove: Brooks & Cole.

## Henkilöstön koulutus

Kaikilla yhteisöillä on toiminnallaan tavoitteita, jotka voivat olla selkeästi määriteltyjä tai osittain määrittelemättömiä. Työntekijöiden tehtävänä on päästä näihin tavoitteisiin, ja sen vuoksi heidän täytyy olla päteviä omiin tehtäviinsä. Käyttäytymisanalyysin avulla näitä pätevyysvaatimuksia voidaan konkretisoida ja tarkentaa.

Tällä tavalla voidaan esimerkiksi saada tietoa siitä, mitä valmiuksia eri asemissa olevilta työntekijöiltä vaaditaan työyhteisössä. Esimerkkejä sellaisista valmiuksista ovat sekä myönteisen että kielteisen palautteen antamisen ja vastaanottamisen taito, aktiivinen kuuntelu ja omien mielipiteiden tai viestien tehokas ilmaiseminen ja ongelmanratkaisutaidot.

Samalla tavalla on kehitetty malleja organisaatioiden johtajuuskoulutukseen. Tärkein näistä malleista on tilanteeseen mukautettu johtajuusmalli. Johtajien pätevyyteen kuuluvat valmiudet sosiaaliseen viestintään, kuten esimerkiksi kyky muotoilla tavoitteita ja keskustella niistä, antaa ja saada palautetta, ristiriitojen hallinta, kokousten johtaminen, tiedottaminen eri ryhmille, ryhmien muodostaminen sekä suhteiden kehittäminen. Eräs tärkeä valmius on myös oma-aloitteisuus ja uskallus ottaa riskejä.

Käyttäytymisterapioissa on menetelmiä myös yhteisöjen henkilökunnan erilaisten valmiuksien kehittämiseksi. Siinä käytetään opetusmenetelmiä, joissa painotetaan yksilön osallistumista kehitysprosessiin sekä koulutustavoitteisiin pohjautuvaa valmiuksien harjoittelua. Siinä korostetaan myös sitä, että muutoksen pitää tapahtua osallistujien luonnollisessa ympäristössä eli työpaikalla. Todellisten muutosten edellytyksenä on vuorovaikutusympäristön muuttuminen työpaikalla.

## Ryhmien ja yhteisöjen kehittämistyö

Ryhmien kanssa työskentelyssä ohjaajien tarkoituksena on opettaa yhteisöjen jäsenille käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteita. Ryhmän jäsenten käyttäytymistä analysoidaan tarkastelemalla, mikä ryhmän toiminnassa ylläpitää näitä käyttäytymisiä. Yhdessä analyysin osassa selvitetään, missä määrin ryhmien jäseniä ohjaavat ryhmän tavoitteet ja missä määrin omat, yksilölliset tavoitteet. Toinen tärkeä alue on ryhmän kommunikaatio. Tehokas yhteisön kehittäminen edellyttää työtehtävien ja työhalukkuuden käyttäytymisanalyysia.

Eräs ryhmien muutoksen ja kehityksen menetelmä on yhteinen tavoitteiden selventäminen eri tasoilla (yksilö-, ryhmä- tai yhteisötaso). Toinen toimenpidetyyppi on ryhmän sisäisen kommunikaation tehostaminen. Kolmas toimenpiteiden joukko on vaihtoehtoisten sääntöjen tai normien kehittäminen ryhmälle.

Suorien kehitysvälineiden ohella käyttäytymisterapioissa on pitkä perinne ennaltaehkäisevien ja tukevien menetelmien käytöstä.

## Konfliktien ratkaisu

Yhteisössä ilmenevät ristiriidat johtavat usein vaikeuksiin. On tutkimuksia, jotka osoittavat, että palkansaajien sairaspöissaoloista jopa 20% johtuu työpaikan ihmissuhdeongelmista. Usein yhteisön toiminnan tehokkuus ja työpaikan tunnelma kärsivät ristiriidoista melkoisesti.

Ristiriitoja on monenlaisia, mutta useimmat niistä kuuluvat kahteen päätyyppiin. Toinen niistä johtuu osapuolten erilaisista työtehtäviä tai työpaikan olosuhteita koskevista tavoitteista. Toinen ristiriitojen tyyppi johtuu kahden tai useamman henkilön tavasta kohdella

toisiaan. Puuttuvat viestintätaidot johtavat usein riitoihin.

Nämä ristiriitojen muodot edellyttävät erilaisia ongelmanratkaisumenetelmiä. Sekä pariterapiaan kehitettyjä että neuvotteluristiriitojen ratkaisumenetelmiä voidaan käyttää ongelmien ratkaisemiseen.

## Työklubit

Käyttäytymisanalyysia sovelletaan myös työttömien työnhakua helpottamaan (Mononen, 1996). Nathan Azrinin kehittämiä "työklubeja", jotka ovat järjestelmällisen työnhaun sovelluksia, on käytetty mm. Yhdysvalloissa ja Ruotsissa. Ruotsin työmarkkinahallinnossa työklubeja on menestyksellisesti käytetty 1980-luvulta lähtien. Muutamin paikoin erilaiset järjestöt perustivat myös "työklubeja" tai lähes vastaavalla nimikkeellä käytettyjä menetelmiä. Nämä eivät olleet yhtä menestyksellisiä ja vuoden 1992 syksyllä Ruotsin työmarkkinahallinnossa palattiin alkuperäiseen käyttäytymisterapeuttien kehittämään työklubin muotoon, joka oli osoittautunut hyväksi.

Mononen, A. (1996). Työklubi - käyttäytymisanalyttinen ammatillisen ohjauksen menetelmä. *Käyttäytymisanalyysi ja -terapia*, 1, 5-8.

## Työturvallisuuden edistäminen, myymälävarkauksien estäminen, energian säästö jne.

Oppimispsykologista tietoa on sovellettu myös muille työelämän alueille kuten työturvallisuuden parantamiseen ja myymälävarkauksien ehkäisyyn. Tulokset osoittavat, että yrityksissä, joissa tätä tietoa ja käyttäytymisanalyttisiä menetelmiä on käytetty parantamaan työturvallisuutta, on tapahtunut vähemmän vakavia onnettomuuksia kuin aikaisemmin. Suojavälineiden lisään-

tynyt käyttö, parempi järjestys ja varmemmat työmenetelmät ovat oppimispsykologisten periaatteiden ansiota.

Myymälävarkauksia voidaan ehkäistä uusilla varkauksille alttiiden tavaroiden käsittelytavoilla. Yksinkertaiset, edulliset tavat merkitä varkauksille alttiit tavarat merkkivilloilla on esimerkiksi vähentänyt varkauksia suuresti vähentämättä myyntiä (ks. esim. Arto Monosen kirja-arvio Ned Carterin

väitöskirjasta, joka oli *Käyttäytymisanalyysi ja -terapia*-lehden numerossa 1 vuonna 1997 s. 12).

Nykyisessä yhteiskunnassa ympäristön ja luonnonsuojelu on tullut hyvin tärkeäksi. Tähän liittyy esim. energian säästö. Siihen on onnistuneesti sovellettu käyttäytymisanalyttisiä periaatteita (ks. Schou, 1982).

Schou, P. (1982). *Tillämpad experimentell beteendeanalys vid energisparande*. Stockholm: Stockholms universitet.

## MIKSI KANNATTAA LIITTYÄ SKY:HYN?

- \* Saat *Cognitive Behaviour Therapy* –lehden vuosikerran (neljä numeroa) *European Journal of Behavior Analysis* (kaksi numeroa) ja *Käyttäytymisanalyysi ja -terapia* -lehden eli SKY-jäsenlehden (2-4 numeroa).
- \* Alan opiskelijana pääset jäseneksi halvemmalla kuin muut.
- \* Saat osallistua alennettuun hintaan yhdistyksen järjestämiin *opinto- ja koulutuspäiviin* sekä "workshopeihin", jotka useimmiten ovat kansainvälisten huipputerapeuttien ja -tutkijoiden pitämiä. Sama koskee eräitä alan *kansainvälisiä kongresseja*. Perusammattiinsa opiskelevat opiskelijat pääsevät osallistumaan niihin vielä halvemmalla kuin muut.
- \* Saat tietoa yhdistyksen toiminnasta ja mahdollisuuden vaikuttaa sen toimintamuotoihin.
- \* Saat tietoa psykologian, psykoterapian, psykofysiologian ja käyttäytymislääketieteen *koulutus-mahdollisuuksista ja kongresseista*.
- \* Ennen kaikkea saat tietoa terapiamuodoista, jotka maailman laajimman ja perusteellisimman, riippumattoman psykoterapiatutkimuksen mukaan on arvioitu tuloksellisimmiksi terapiamuodoiksi.
- \* Voit tutustua alalla toimiviin väitelleisiin tutkijoihin ja vaativan erityistason terapeutteihin, joilla on laaja kokemus sekä kotimaasta että ulkomailta ja saada heiltä neuvoja ja opastusta.
- \* Alan ihmisenä saat vähentää jäsenmaksun verotuksessa.
- \* ...ja paljon muuta esim. kirjoja huomattavalla jäsenalennuksella.

## KÄYTTÄYTYMISANALYYSI JA KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA

### Mitä ovat käyttäytymisanalyysi ja kognitiivinen käyttäytymisterapia?

Yleisesti ottaen käyttäytymisanalyysi on kognitiivisen käyttäytymisterapian pohjana, mutta sitä voidaan myös pitää omana vaikuttamis- ja hoitomuotonaan, jolloin puhutaan sovelletusta käyttäytymisanalyysistä. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on terapiamuoto, jolle on tyypillistä järjestelmällinen, tavoite-, asiakas- ja ongelmakeskeinen toiminta. Se on myös aktiivista ja koulutuksellisesti suuntautunutta. Perustavaa laatua siinä on oletus, että inhimillinen käyttäytyminen laajimmassa merkityksessään on perimän ja ympäristön vuorovaikutukseen perustuva suhde, johon kuuluu ajatukset, tunteet, toiminta ja fysiologiset reaktiot, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Tämä vuorovaikutus on käyttäytymisanalyysin kohde ja siihen vaikutetaan terapiassa. Ihmistä hoidetaan sen vuoksi todella kokonaisuutena. Samat peruseräkkeet selittävät sekä ihmisen subjektiivista että muiden havaitsemaa käyttäytymistä. Käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian tarkoituksena on usein parantaa ihmisten itsehallintaa ja -hoitoa antamalla ja opettamalla uusia valmiuksia ja taitoja. Tämä voi sisältää esim. uusien toimintatapojen omaksumisen (toimiminen luottaen paremmin omaan itseeseen), uusien tunteen hallintatapojen oppimisen (eläminen ilman jatkuvaa ahdistusta ja pelkoa tai masennusta), uusien ajattelutapojen omaksumisen (myönteinen ajattelu ja suhtautuminen omaan itseeseen ja muihin ihmisiin) tai terveysriskien ja sairauksien hoitotapojen omaksumisen ja hallinnan (kipujen vähentäminen, liikalihavuuden tai kohonneen verenpaineen hoito).

### Mitä ongelmia ja sairauksia voidaan hoitaa näillä menetelmillä?

Kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuus on todettu sadoissa tieteellisissä tutkimuksissa ja se on saavuttanut tunnustusta kaikkialla maailmassa erityisen tehokkaana ja tieteellisesti tutkittuna terapiamuotona. Tällä hetkellä on olemassa käyttäytymisterapeuttisia hoitomenetelmiä lähes kaikkiin psykiatriin, neurologisiin ja terveystieteisiin ongelmiin ja häiriöihin ja monien ongelmien hoidossa nämä hoitomenetelmät on osoitettu parhaiksi psykologisiksi hoitomenetelmiksi. Alueita, joilla käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitomenetelmät ovat osoittautuneet erityisen tehokkaiksi ovat esim. ahdistuneisuus-, pelko-, ja masennusongelmat, syömis- ja unihäiriöt, oppimisvaikeudet, seksuaaliset ja muut parisuhdeongelmat, huono itseluottamus, väärinkäyttöongelmat, skitsofrenia ja erityyppiset stressiongelmat ja yleiseen terveyteen liittyvät ongelmat sekä lapsuuteen ja kehitysvammaisuuteen liittyvät häiriöt.

Verrattaessa kognitiivista käyttäytymisterapiaa muihin psykoterapiamuotoihin sillä on tavallisesti saatu parempia tuloksia kuin muilla. Millään alueella ne eivät ole olleet huonompia kuin muilla terapiamenetelmillä. Eräs uusi hoitoalue on rajatilahäiriöt, joiden hoidossa kognitiivisella käyttäytymisterapialla on myös saatu hyviä tuloksia. Maailman laajimmassa ja perusteellisimmassa psykoterapiatutkimuksessa (Grawe ym. 1994) juuri kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät saivat parhaat tulokset. Tämä saavutus perustuu suuresti siihen kokeelliseen ja tieteelliseen traditioon, johon tämä terapiamuoto perustuu. Huonoksi osoittautuneet menetelmät on yksinkertaisesti hylätty.

**Jäsenmaksu on varsinaisilta jäseniltä 50 euroa ja PERUSopiskelijoilta 25 euroa.  
Official member of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies**

**Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian  
yhdistys (SKY) ry.  
Pyhäjärvenkatu 1 A, 4. krs, 33200 Tampere  
Puh. 03 213 4444 t. 040 548 3200  
Pankkitili FI40 5730 0820 0901 04 (Osuuspankki)  
Internet: <https://kayttaytymisterapiat.fi>**

**Leikkaa -----**

**Tutustu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan - maailman tutkituimpaan ja tehokkaimpaan terapiamuotoon?**

Haluan liittyä jäseneksi SKY:hyn. Lähettäkää minulle jäsenkaavake ja maksukuitti. *Jäseneksi kannattaa liittyä myös loppuvuodesta, sillä jäsenedut ovat lähes samat kuin alkuvuodesta liittyneillä.* Saat esim. kaikki jäsenetulehtien numerot.

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero/ sähköposti: \_\_\_\_\_

Tämä kaavake lähetetään yhdistyksen jäsensihteerille, psykologi Terhi Tuomistolle puh. 03 213 4444,  
s-posti: [terhi.tuomisto@kolumbus.fi](mailto:terhi.tuomisto@kolumbus.fi)

Osoite:

Terhi Tuomisto

SKY ry

Pyhäjärvenkatu 1 A, 4. krs

33200 TAMPERE

Tietoja jäsenyydestä voi myös tiedustella Raimo Lappalaiselta puh. 0500 677 113 tai Tero Timoselta puh. 040 751 4576.

**Leikkaa -----**

**Tutustu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan - maailman tutkituimpaan ja tehokkaimpaan terapiamuotoon?**

Haluan liittyä jäseneksi SKY:hyn. Lähettäkää minulle jäsenkaavake ja maksukuitti. *Jäseneksi kannattaa liittyä myös loppuvuodesta, sillä jäsenedut ovat lähes samat kuin alkuvuodesta liittyneillä.* Saat esim. kaikki jäsenetulehtien numerot.

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero/ sähköposti: \_\_\_\_\_

Tämä kaavake lähetetään yhdistyksen jäsensihteerille, psykologi Terhi Tuomistolle puh. 03 213 4444  
s-posti: [terhi.tuomisto@kolumbus.fi](mailto:terhi.tuomisto@kolumbus.fi)

Osoite:

Terhi Tuomisto

SKY ry

Pyhäjärvenkatu 1 A, 4. krs

33200 TAMPERE

Tietoja jäsenyydestä voi myös tiedustella Raimo Lappalaiselta puh. 0500 677 113 tai Tero Timoselta puh. 040 751 4576.