

Eripainos

PSYK.FI

1.
2013

Psykososiaalisen hyvinvoinnin asiantuntijalehti

Tutkimusuutisia maailmalta

Erilaisuus

Uusia koulutuksia

Psyyke ja Soma

Muistisairaudet

Perheet

Lapset ja nuoret

Testaa tietosi

PSYKOSOSIAALISEN HYVINVOINNIN ASIAANTUNTIJALEHTI

Toimitusneuvosto: Sanna Aavaluoma, Mikko Haarala, Arja Kinnarinen, Piia Nurhonen, Raul Soisalo

Toimituksen osoite:

Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry

Siltakatu 20 A 31, 80100 Joensuu, 050-4086375, www.psyk.fi

Taitto / painatus: Kiige RB OÜ, Tallinna

Tilaukset ja osoitteenmuutokset: mikko.haarala@psyk.fi 050-4086375

Ilmoitukset: Eija Sonninen, Puh. 044 566 7195, fax (09) 852 1377, eija.sonninen@tjm-systems.fi

Julkaisija: Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry

Kustantaja: Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry

PSYK.FI ilmestyy neljä kertaa vuodessa.

Vuosikerran hinta 49€.

PSYK.FI -lehden rekisteriin tallennettuja asiakastietoja voidaan käyttää suoramarkkinointitarkoituksiin henkilötietolain mukaisesti. Tilaaaja voi kieltää tietojensa käytön markkinointitarkoituksiin ilmoittamalla asiasta tilaajapalveluun.

HUOM! Psyk.fi lehti jaetaan veloitusetta Suomen Psykologisen Instituutin yhteistyökumppaneille ja opiskelijoille (myös valmistuneille).

Sisältö:

Hyvä Kollega

Tutkimusuutisia maailmalta

Levätään sitten haudassa...

Masennuslääkkeet eivät tehoa ilman psykoterapiaa

Nonverbaalinen viestintä

Perhetyö osaksi hyvän hoidon kokonaisuutta

Miten kouluissa ehkäistään seksuaalivähemmistöön kuuluvien nuorten kiusaamista?

Kiusaamisen ja syrjinnän fysiologiset ja psykologiset vaikutukset nuoriin, joiden seksuaalinen suuntautuminen poikkeaa valtavirrasta

Mistä löytyy psyykkisesti normaaleja?

Kognitiivisbehavioaraalinen terapia voi auttaa, jos lääkkeet eivät tehoa masennukseen

Masennuksen kokonaiskuva 7x4-kentän avulla

Muistisairaat henkilöt ja heidän perheensä tarvitsevat pikaista tukea diagnoosin jälkeen

Psykososiaaliset interventiot vähentävät mielenterveyshäiriöitä iäkkäillä henkilöillä, joiden sosiaalinen vuorovaikutus on rajoittunutta

Kietoutuminen perheen ihmissuhteissa

Interpersoonallisen kompetenssin arviointi – opettajan lomake

Tajua mieli – Mielitaju on linssi, jonka avulla voi nähdä kirkkaammin oman sisäisen maailman

Testaa tietosi

Kirjoja

Kaikkosen kolumni

Psykologi, psykoterapeutti, psykologian lisensiaatti, Juhani Heiska



MASENNUKSEN KOKONAISKUVA 7x4- KENTÄN AVULLA

Johdanto

Depressionkäsittelyn lähtökohdiksi tulee tieteellisten tutkimusten tarkastelun ja käytännön terapia-työskentelyn kautta monenlaisia otsikoita. Ne jäsentyvät käytännöllisesti seuraavasti:

Ihmissuhteisiin keskittyvä lähtökohta

Esimerkiksi otsikko ”Rooleissa ja sen kaltaisissa alasysteemeissä ilmenevä tasapainottomuus” viittaa potilaana ja hoitajana olemiseen tai vaikka yhteiskuntaluokkiin. Ihmisten suhteisiin keskittyvä lähtökohta on myös ”Minäkuvan ja saadun minäihanteen välinen kuilu”, joka ilmenee esimerkiksi tutkittaessa kateuden yhteyksiä masennukseen.

Kehon toimintoihin, liikkumiseen ja liikuntaan keskittyvä lähtökohta

”Biologisten säätelyjärjestelmien häiriö” on sopiva otsikko lähtökohdille, joissa pääasiana on vaikka lääkehoito. ”Tyydyttämättä jääneiden elämisen tarpeiden ilmentymä”, joka kohdataan esimerkiksi synnytykseen ja imetykseen liittyvässä masennuksessa, on myös biologiaan viittaava lähtökohta.

Välittömään toimeentulemiseen, oppimiseen ja pohdiskeluihin keskittyvä lähtökohta

Kasvatustieteeseen viittaa ”opittu avuttomuus”, joka on lähtökohtana monissa masennustutkimuksissa. ”Epäsuotuisa merkityssuhteiden jäsentyminen/organisointuminen” tai ”tiettyjen masennuskaavioiden

ja niiden yhteenliittymien ilmeneminen” on monien psykoterapiatutkimusten ja vastaanottotyöskentelyjen lähtökohta. Ja vielä: ”Masennus taloustieteeseen ja sosiologiaan liittyvänä yhteiskunnallisena ilmiönä” on laaja käsittelyalue, jossa masennusta pidetään vaikkapa väistämättömänä reaktiona huonoihin olosuhteisiin.

Elämäkatsomukseen ja tunteisiin keskittyvä lähtökohta

”Elämänhalun ja/tai elämänuskon hiipuminen” on vanha perusta masennuksen käsittelyssä. ”Tahdotta riippumaton alavireisyyden ja riittämättömyyden kokemus” on uudempi tarkastelutapa. ”Vihan kohdistuminen sisäänpäin/itseensä” on merkittävä lähtökohta masennuksen ja aggression tarkastelussa. ”Jokaisessa minässä olevan Vanhemman ankaruus jokaisessa minässä olevan Lapsen heikkoutta kohtaan” on merkittävä masennuksen tarkastelutapa elämäkatsomus- ja persoonallisuusproblematiikassa. Elämäkatsomuksellisella puolella masennuksesta tulee myös ”negatiivinen olotila elämän veloissa, osumattomuuksissa, kompastumisissa, väärintoimimisissa, sääntöjen rikkomisissa ja kunnioittamisissa”.

Tarkennukset ja syysuhteet

Mitä ovat sitten elämänhalu ja elämänusko tai vaikka epäsuotuisat merkityssuhteiden organisoitumiset? Mitä masennuskoulukuntaa kannattaa tukea? Mikä liikuttaa aamuisin kättä, jos vain käsittämättömästi vetää peittoa korviin, sairaus, masennus, aivoprosessit vai persoona? Milloin masennus onkaan sairautta? Siinä on esimerkkejä vaikeista kysymyksistä etsittäessä eri lähtökohtaisille käsittelijöille yksimielisyyttä ja koko masennuksen kokonaiskuva. Tätä toimintaa helpottaa 7x4-kenttä. Ensimmäisen kerran se on esitelty Psykologia-lehdessä 1980-luvulla (Heiska 1984).

Metodi

Kyseinen kenttä on tässä esityksessä menetelmä tai työkalu, jolla jäsennetään ja kuvataan psyykkisten häiriöiden, sairauksien, poikkeavuuksien ja pahoinvointien syitä sekä ihmisen tuskaa muutenkin. Sillä voi käsitellä myös laajemmin kuin tietynlaisilla pysähdyskuvilla erilaisia tuskaprosesseja.

Kentän seitsemän vaikuttavaa syyryhmää (VAIKUTTAJAT) eli 1) yksinäisyydet, 2) mallit, 3) stressit, 4) rangaistuselämykset, 5) menetykset, 6) välttelymahdollisuudet ja 7) muutokset *lisäävät tai myös vähentävät* siis myös masennusta, joka ilmenee neljällä alueella (MIELENTERVEYDEN / PSYKKISEN HYVINVOINNIN KULMAKIVET): A) ihmissuhteet, B) liikunta/liikkuminen/kehon toiminnot, C) rationaalinen toiminta ja D) irrationaalinen toiminta. Kyseiseen metodiin kuuluvat ruudut ovat loogisia, faktorianalyysilläkin todennettavia kokonaisuuksia, joiden luokittelijareliabiliteetillekin on erilaisissa käytännön tilanteissa saatu korkeita lukemia (Heiska 1990). Sen teoreettiset lähtökohdat ja kehittyminen ovat oma kokonaisuutensa. Sitä on käsitelty kognitiivisen psykoterapian konferensseissa Corfussa (Heiska 1994) ja Prahassa (Heiska 2003), mielenterveyden-kulmakivet-kongressissa Lahdessa (Heiska 1997), psykologiakongressissa Turussa (Heiska 2004), kolmilla terveydenhoitajapäivillä, viimeksi Tampereella v. 2011 (Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011) sekä kestävän kehityksen, kulttuurin ja kasvatuksen kongressissa Savonlinnassa v. 2012 (Gröhn & Härkönen 2012). Myös käytäntöihin sovelluksista on paljon esimerkkejä (Heiska 1998, 2002, 2010, 2012). Tietoa laajasta 7x4-tutkimustiedostosta on muun muassa nettiosoitteessa www.juhaniheiska.com. Kyseisissä tiedostoissa on satoja psyykkisen pahoinvoinnin, psyykkisen häiriön ja poikkeavan käyttäytymisen syistä kertovia tutkimustuloksia sijoitettu 7x4-kentän mukaisiin ryhmiin.

Tulokset

Masennuksen olemuksen, masennuksen ja itsetuhoisuuden, masennukseen liittyvän hoitoonmenokynnyksen ja hoidossa pysymisen, masennusterapian sisältöjen sekä masennuksen yksilöllisen seurannan käsittelyssä on keskeistä, että muodostuu erilaisia otsikkoluetteloita. Niiden jäsennyksestä 7x4-kentän avulla on oheisissa luvuissa esimerkkejä. Myös kuvataan tällaisen jäsentämisen kautta saatavia muita

tuloksia. Suluissa olevalla tähdellä (*) merkityt kohdat viittaavat aina 7x4-kentän osiin ja tarkennuksiin.

MASENNUKSEN OLEMUKSEN KÄSITTELY

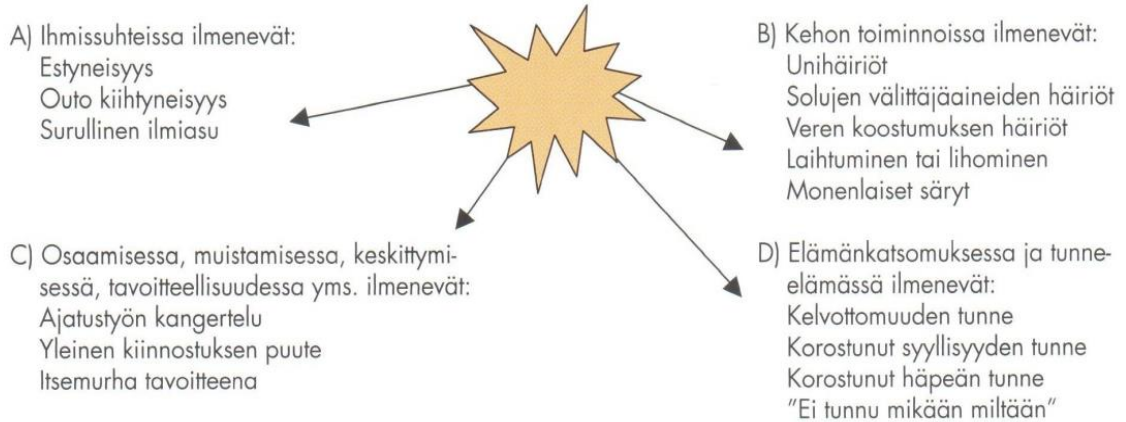
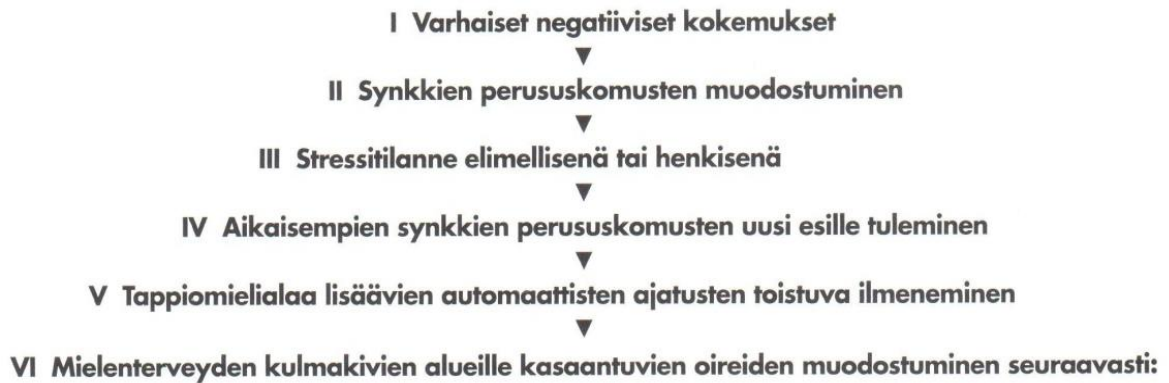
Tärkeätä teesiä, depressioprosessi voi alkaa jo lapsuuden kokemuksista, tarkensi Aaron Beck seuraaviin pääkohtiin (Beck 1971): Yksinäisyys esimerkiksi vanhempien poissaolon muodossa varmasti vaikuttaa. Ihmissuhdepettymykset ynnä muut ihmissuhteiden rangaistuselämykset ovat masennusprosessissa mukana. Syyllisyyskokemustenkin masennusvaikutuksista on paljon empiirisiä todisteita. Ihmissuhdemenetykset ovat miltei itsestään selviä masentavia tapahtumia. Nämä sisältyvät oheisen 7x4-kentän tähdellä merkittyihin ruutuihin seuraavasti (kuvio 1):

V
A
I
K
U
T
T
A
J
A
T

MIELENTERVEYDEN KULMAKIVET				
	IHMISSUHTEET	KEHON TOIMINNOT/ LIIKUNTA	RATIONAALI- NEN TOIMINTA	ELÄMÄNKATSO- MUKSELLINEN TOIMINTA
YKSINÄISYYDET	*			
MALLIT				
STRESSIT				
PETTYMYKSET/RANGAISTUKSET	*			*
MENETYKSET	*			
VÄLTTELYMAHDOLLISUUDET				
MUUTOKSET				

Beckin jäsennystä voi 7x4-kentällä sitten työstää laajemminkin. Beck itsekkin laajensi depression lähtökohtia stressien suuntaan (Beck 1982). Myös esimerkiksi depression valohoito liittyy kehontoimintojen stresseihin ja –muutoksiin, tai masennuksesta kärsivän talouden kohentaminen liittyy rationaaliin stressiin. Lisäksi monet taiteilijat kuvaavat ja ovat kuvanneet 7x4-ruutuihin sopivia elämyksellisiä kokonaisuuksia. Vaikkapa masentuneen nuorukaisen huokaus "juokse sinä humma, kun tuo taivas on niin tumma", kuvaa tunnetussa laulussa liikkumiseen sisältyvää negatiivista yksinäisyyttä (*) tai tunnetussa musikaalissa esitetty vakavan tunneristiriidan kuvaus "on lainaa ilon sekunnitkin" kertoo irrationalisesta stressistä (* itsearvostuksen probleemat). Runoilijoista vaikka Kahil Gibran runossaan "Seitsemän kertaa olen halveksinut sieluain" kertoo omalla tavallaan 7x4-kentän vaikuttajista. Lisäksi monien kuvataiteilijoiden teokset ovat oikeastaan 7x4-kentän ruutujen kuvausta (Heiska 1998). Esimerkiksi Albert Edelfeltiltä ja Carl Larssonilta löytyy joka ruutuun osuva kuva. Masennuksen taideterapioihinkin saadaan siis näin linkki.

Masennusprosessin vaiheet liittyvät mallioppimisen (*) ihmissuhdemallit) tai muun toimintamallin (*) elämäntatsumukselliset mallit) ja stressitilanteiden (*) kautta 7x4-kenttään seuraavasti (kuvio 2):



Esimerkiksi varhaiset negatiiviset kokemukset koulussa tuottavat negatiivisen mallin (*) ”minusta ei ole mihinkään”. Tämä synkkä peruskomus tulee esille ja vahvistuu sitten työn etsimisen vaikeuksissa. Näin työelämän stressitilanteissa muodostuu automaattisia ajatuksia ja ennen pitkää ollaan oireiden ilmestymisessä kulmakivialueille (* kyseiset neljä aluetta). Kuvassa esitetty oireluettelo on kooste monista oiretutkimuksista.

Vaiheista kertoo myös Virginian osavaltiossa tuotettu naiskaksosten seurantalutkimus. Siinä masennusprosessista muodostettiin korrelaatiokertoimista tehtyjen päätelmien avulla vuokaavioita (Kendler et al. 2002) ja käytettiin 18- ruutuista kenttää. Sen 13 ruutua sisältyvät 7 x 4 -kentän seuraaviin ruutuihin verrattain hyvin (kuvio 3):

V
A
I
K
U
T
T
A
J
A
T

MIELENTERVEYDEN KULMAKIVET				
	IHMISSUHTEET	KEHON TOIMINNOT/ LIIKUNTA	RATIONAALI- NEN TOIMINTA	ELÄMÄNKATSO MUKSELLINEN TOIMINTA
YKSINÄISYYDET	*		*	
MALLIT	*		*	*
STRESSIT	*	*	*	*
PETTYMYKSET/RANGAISTUKSET	*			
MENETYKSET	*			
VÄLTTELYMAHDOLLISUUDET				
MUUTOKSET	*		*	

Loput viisi ovat neuroottisuus, matala itsetunto, ahdistusalttius, käytöshäiriö ja nautintoaineiden ongelmakäyttö.

Tässä ilmenee sitten masentumisen syytekijöiden tarkastelualue, **muut häiriöt tai sairaudet**, joilla on tietysti omat syykenttensä. Esimerkiksi matalan itsetunnon syntymiselle voi osoittaa 7x4-kentästä olennaisia kohtia. Tai sitten: Välttelymahdollisuuksien kohdalla ei oheisessa ruudukossa ole yhtään tähteä, mutta viihdeaineiden ongelmakäyttö on tunnetusti sairaus ja/tai välttelyreaktio (*). Samaan viittaa suomalainen tutkijaryhmä (Torikka et al. 2001), joka sai 14 -16-vuotiaiden aineistolla vahvistusta väitteelle, että alkoholin käyttö lisää depressiota mutta depressio ei lisää alkoholin käyttöä. Myös esimerkiksi diabetessairaus eli menetys kehon toiminnoissa (*) on kiinteässä yhteydessä depression (Erikson 2001).

Kun sitten tutkitaan, **onko depressio sairautta yleensä**, kaksisuuntaisen mielialasairauden osa-alue, välttämätön vaihe psykoosista selviytymisessä, syvää uupumusta, laiskuutta, osa onnellisuuden vasta-kohtaa, osa ahdistuneisuus-masentuneisuus-noidankehää tai vaikka yksi merkittävä synnytyksen jälkeinen tila, saadaan 7x4-kentän avulla depression olemuksen käsittelyyn seuraava jäsennys: A) Sosiaalisesti (*) ja myös sosiologisesti on merkittävää esimerkiksi K. Fulfordin näkökulma: Milloin rakkaan menettämisen (*) jälkeinen suru määrittyy sairaudeksi (Fulford 1989). B) Somaattinen (*) näkökulma on tärkeä masennuksen sairausmäärittelyissä ja vaikka tupakoinnin ja masennuksen vuorovaikutusta tarkasteltaessa. C) Terveystenhuollon rahoituksessa (*) ja käyntikertalaskutuksissa tärkeä osa on depression sairausmäärittely. D) Depression liittyvissä eettisissä päättelyissä (*) kohdataan esimerkiksi seuraava tutkimustulos: Depressiota kokevien ja siinä havaintomaailmassa elävien itsearviointit ovat keskimäärin realistisempia ja tarkempia kuin ei-depressiivisillä, kun koehenkilöt itse ja ulkopuoliset tarkkailijat arvioivat sosiaalista pätevyyttä (Lewinsohn et al. 1980). Näin tulee kohdattavaksi elämäntilanteen / irrationalinen stressi (*). Onhan vaikeaa työstämistä siinä, että eettisesti hyvä realiteettitaju voi olla pahaa tai huonoa.

Itsestään paranemiset (*), lumehoidot (*) ja hoitojen sivuvaikutukset (*) kuuluvat myös masennuksen olemuksen käsittelyyn. Esimerkiksi jo 1980-luvulla masennustutkimus on tuottanut seuraavia tuloksia: Masennuslääkkeellä on aina joitain stressaavia sivuvaikutuksia (* veren koostumuksen, kehon yleiskunnon ynnä muiden sellaisten rasisustekijät) ja tutkimuksissa jopa saatiin yhtä hyviä hoitotuloksia tiettyjä sivuvaikutuksia tuottavilla lumelääkkeillä kuin varsinaisilla masennuslääkkeillä (Thomson 1982).

Masennuksen olemukseen liittyy kaiken edellisen lisäksi myös **evoluutionäkökulma** (muutokset (*): masennus ilmiönä, jonka avulla seuloutuu kehityskelvoton. Eläintarhoista saatu seuraava havainto on tässä jotenkin merkittävä: Susilauman mallien (*) mukaan erilaiset jalkapuolet tuhoetaan nopeasti. Kun sitten eläintenhoitajat eristävät tietyn jalkavammaisen omaan häkkiinsä paranemaan, niin hyvin usein tällainen yksilö jotenkin livahtaa entiseen laumaan. Siis se sahaa oksaa, jolla istuu -- kuten masentunut yleensäkin.

MASENNUS JA ITSETUHO

Itsetuhoisista eri arvioiden mukaan 30-40% ei ole masentuneita ja hoitokäytännöissä todetaan usein itsemurha masennuksen helpottumisvaiheessa. Itsemurha-ajatuksia herää myös hoidon aikana ja jo itsemurhan määrittelyssä on vaikeata, kun ihminen voi tappaa itsensä pelastaakseen toisen tai joutua onnettomuuteen, joka viittaa itsemurhaan. Edelleen sitten itsemurhauskut ovat useimmiten aivopesun tuloksia eikä itsemurhia. Myös määrittelyväite, että eutanasia ei ole itsemurha, on monen mielestä väärä. Tällöin määrittelyssä ovat tärkeitä seuraavat ajatusrakennelmat (Litman 1961): 1) Haluan sovittaa tai uhrautua tietyissä elämäntilanteeseen liittyvissä asioissa. 2) Haluan kostaa tai rankaista vielä haudan takaakin. 3) Haluan liittyä/yyhtyä menetettyyn rakastettuuni. 4) Haluan paeta/nukkua, koska en jaksa enää. 5) Haluan syntyä uudesti, aloittaa uuden elämän tai muun sellaisen. Nämä sijoittuvat seuraaviin ruutuihin (kuvio 4):

V
A
I
K
U
T
T
A
J
A
T

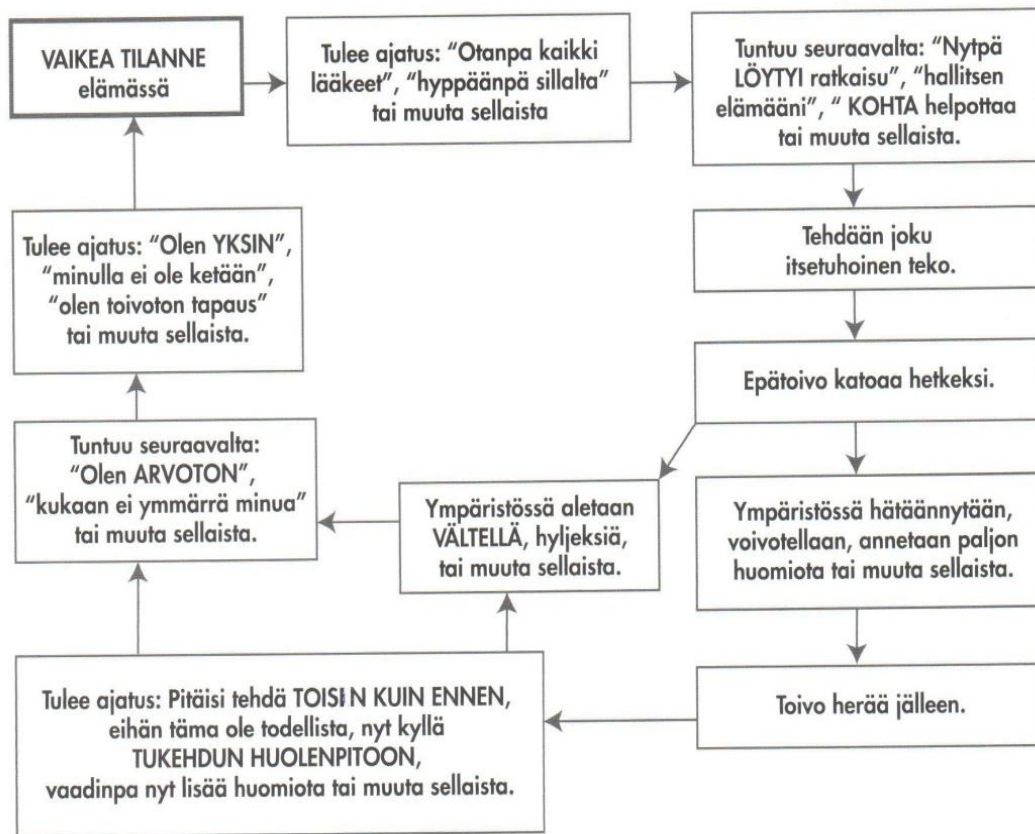
MIELENTERVEYDEN KULMAKIVET				
	IHMISSUHTEET	KEHON TOIMINNOT/ LIIKUNTA	RATIONAALI- NEN TOIMINTA	ELÄMÄNKATSO- MUKSELLINEN TOIMINTA
YKSINÄISYYDET				
MALLIT				1*
STRESSIT				
PETTYMYKSET/RANGAISTUKSET				2*
MENETYKSET				3*
VÄLTTELYMAHDOLLISUUDET				4*
MUUTOKSET				5*

Vastineet 7x4-kentän tarkennusluettelossa ovat silloin 1) Syyllisyydentuntojen käsittelymallit, 2) Anteeksiantamattomuustilanteet, 3) Identiteetin menetykset, 4) Mahdollisuudet vältellä niin sanottujen elämän suurten kysymysten ajattelemista ja 5) Uusien aatteiden ilmestyminen elämänkenttään. Näihin ajatusrakennelmiin on tietysti vielä yksilöllisiä tarkennuksia. Esimerkiksi elämänselämisestä välttelyistä (*) on merkittävä tarkennus seuraava: Kärsivä korostaa läheisilleen elämänmyönteistä jumalauskiaan ja kuitenkin pohjimmiltaan ajattelee seuraavasti: ”Olen karkea taakka, joka minun pitäisi poistaa tappamalla itseni, Jumalan lupaama armo tulee kyllä näinkin osakseni”.

Itsemurhan toteuttaneiden merkittävässä tilanteissa käyttämät lausahdukset, joita on kerätty läheisten muisteloista (Mikkelin läänin työryhmä 1988), antavat vielä tarkemman kuvan itsetuhoisten ajatusrakennelmien jäsentymisestä seuraavasti:

- 1) Yksinäisyyteen (*) liittyy seuraavia: ”Isä, hae minut pois”. ”Minä olen kallio tai kivi aavalla merellä”. ”Ei ole olijaksi liikemaailmaan eikä kaupungillakaan”. ”No kun tuntuu, et Jumalakaan ei auta”.
- 2) Vääristyneitä ajatusmalleja (*) ovat seuraavat: ”Jos sauna, viina ja naiset ei auta, niin tauti on kuolemaks”. ”Minulla on omat ratkaisuni” (hoitoon menemisissä). ”Näkymättömiin” (kuntoutusvastaanotolta lähtiessä toisteltu lausahdus). ”Jospa mulle tapahtuu” (saatuun reseptiin ja vakuutteluun, että mitään pahaa ei kehossa ole tapahtumassa). ”Minua ei enää revitä leikkauksissa, haluan kuolla kokonaisena”. Hän käytti vaikeasti ymmärrettäviä vertauksia, joihin selityksiä tai tarkennuksia ei saatu.
- 3) Liialliseen stressaantuneisuuteen (*) kuuluvia huudahduksia ovat ”en jaksa enää!” ja ”en jaksa enää elää, sillä on niin monia vikoja!”.
- 4) Rangaistus/pettymyselämyksiin (*) liittyy seuraavanlainen: ”Kyllä olen ruma ja laiha” (peilin edessä itseään katsellen). ”Pidä turpa kiinni, minä ammun”.
- 5) Menetyksiin (*) liittyviä ovat seuraavat: ”Nyt on kodista harjoors murtunut”. ”Äidin takia jaksoin elää”. ”Isä miksi minut jätit!”
- 6) Defensiivisyys (*) pääluokka välttelyt heijastelee seuraavissa: ”Tämän mailman työt on tehty”. ”En tule niille käräjille”. ”Tuosta voi sitten ottaa” (pankkikirjasta). ”Enhän minä enää pitkään tarvii” (ostamaansa virsikirjaa).
- 7) Muuttumiseen (*) liittyvät ”haluan isän luo” ja ”pidä hyvä huoli S:stä”.

Myös oheinen itsetuhojen noidankehien kaavio (Meretoja & Laakso 2002) sisältää 7x4-kentän osasia. Ne on osoitettu isoin kirjaimin seuraavassa kuviossa (kuvio 5):



Tämä noidankehäprosessi alkaa siis kohdasta vaikea tilanne (*), jatkuu kohtaan "Epätoivo katoaa hetkeksi" ja jatkuu sitten kolmea erilaista polkua pitkin.

HOITOONMENOKYNNYS JA HOIDOSSAPYSYMINEN DEPRESSION HOIDOSSA

Ainakin B. Brenner on kuvannut masennusprosessien seuraavaa lainalaisuutta: Masentuneista selvä vähemmistö hakee ammattiapua masennukseen, muihin ongelmiinsa he kuitenkin hakevat (Brenner 1985). Tästä välttelytoiminnosta (* hoitojen yhteydessä sattuneiden erehdysten, sivuvaikutusten tai muiden sellaisten antamat mahdollisuudet välttelyreaktioihin) tarkentuu itsemurhatapauksista saatuja seuraavia esimerkkejä (Mikkelin läänin työryhmä 1988):

Ihmissuhteisiin (*) liittyviä:

-- Viimeisenä elinvuotenaan hän kävi terveystieteidenkeskuksessa vain kerran -- ja silloinkin sunnuntain päivystysaikana avovaimon kanssa. Julki tuotiin vain unettomuus-väsyneisyysongelma. Vaikea seksiongelma-kin heillä kuitenkin oli.

-- Vain ystäväpiirissä hän esitti avunpyyntöjä -- ja kätkeytyinä. Terveystieteidenkeskukselle hän kertoi vain virtsaamisvaivoista ja niska-hartiaseudun lihasoireista. Koulu/opiskelija terveydenhoitajan luona käyntejä oli kaksi, ja ilman mitään masennusproblematiikkaa.

Kehon toimintoihin /liikuntaan ja liikkumiseen (*) liittyviä:

-- Eturauhasvaivojen takia hän kävi vuosittain hoidoissa, joista hän ei vaimolleenkaan kertoillut mitään.

Rationaaliseen toimintaan (*) liittyviä:

-- Kymmeneen vuoteen hän ei käynyt terveyden/sairauden hoitopaikoissa. Humalaisena hän kuitenkin usein pyrki sisarustensa perheisiin apua pyytämään räyhäten, jolloin hänet tietysti ajettiin kesken pois.

-- Sosiaalitoimistokäyntejä oli viimeisen elinvuoden aikana 14 ja vain raha-asoiden vuoksi.

-- Äidilleen hän kävi valittelemassa migreenivaivoja mutta hoitopaikkojen asiakirjoihin ei tullut päänsärystä merkintää.

Elämäkatsomukselliseen toimintaan () liittyviä:*

-- Hän kävi henkiparantajan luona hakemassa tuloksetonta apua päänsärkyyn, jota kaksi kuukautta aikaisemmin oli hoidettu neurologian klinikalla.

-- Hän otti yhteyttä entiseen koulukaveriinsa, erääseen pappiin, joka kuitenkin liian myöhään tajusi yhteydenottojen olleen hätähuutoja.

Kun suunnitellaan masentuneiden hoitoihin liittymisistä ja hoidoissa pysymisistä toimenpiteitä, edellä kuvatut esimerkit ja niiden jäsenitys ovat siis keskeisessä asemassa.

Lisänä on vielä jäsenitys mielenterveyden kulmakiviin. Esimerkiksi kehon toimintoihin (*) liittyvästä lääkehoidon seurannasta tiedetään, että lääkitsemättömien masentuneiden (N= 484) ja keskisyvästä masennuksesta kärsivien lääkittyjen (N=3671) terveydentilat olivat tutkittaessa sellaisia, että päädyttiin seuraavaan päätelmään: Masennuksen jääminen tunnistamatta perusterveydenhuollossa (*) ei johda vakaviin kielteisiin seurauksiin (Goldberg 1998 ja Pigott et al. 2010). Lisäksi hoitoonmenojen organisoinneissa on otettava huomioon varsinkin psykoanalyttisten tutkimusten kautta saadut transferenssiin liittyvät tulokset (Enckell 2012), joissa ilmenee seuraava irrationaalisuus (*): Hoitosuhde alkaa kehittyä jo ennen masennuksen hoitajankin tapaamista. Siis monta kohtaa on hoitoonmenon ja hoidoissa pysymisen organisoinneissa otettava huomioon. Nämäkin jäsenyvät helposti 7x4-kentän muotoon.

DEPRESSIOTERAPIAN SISÄLLÖT

Jo Vanhassa testamentissa (Job 16: 2-5) kerrotaan masentuneen Jobin huudahduksista, joista kuvastuu masennusterapian seitsemään jäsenyvä tärkeä alkutilanne seuraavasti:

- 1) Enpä kuule näitä puheita ensimmäistä kertaa! (yksin-seurassa-ilmiö) (*)
- 2) Parhaatkin lohduttajat! Tehän vain lisäätte tuskaa! (väärä malli lähestymisissä) (*)
- 3) Joko lopetit, vai vieläkö piekset tuulta! (aloittamisen stressi) (*)
- 4) Mikä panee sinut aina sanomaan vastaan! (pettymyselämys hoidossa tai hoidoissa) (*)
- 5) Tokihan minäkin osaisin puhua juuri noin! (huono menetysten tarkastelu) (*)
- 6) Jos te olisitte minun asemassani, kuinka taitavasti puhuisinkaan teille! Osaa ottaen nyökyttelisin teidän onnettomuudellenne. (huono defenssien tarkastelu) (*)
- 7) Minä rohkaisisin teitä kauniilla sanoilla. Minä lohduttaisin teitä huulteni puheilla! (tulevaisuuden toivo vähäinen) (*)

Tässä kuvauksessa siis jäsenyyt merkittävällä tavalla jo muinoin tärkeäksi oivallettu masentuneen sisäisen puheen käsittely. Merkittävää lienee, että nykyaikoina tuo sisäinen puhe on liitetty myös neuropsykologiaan.

Nykyisissä masennushoidoissa on tietysti monia nimikkeitä. Nimikkeet kuten rationaalis-emotiivinen oppimisterapia, hahmoterapia, realiteettiterapia, logoterapia, lääkehoito tai vaikka psykoanalyysi ja sielunhoito kertovat kuitenkin yllättävän vähän hoitajan ”virallisesta” koulukunnasta. Videoitujen terapiaistuntojen analyysit nimittäin viittaavat vahvasti siihen (Ablon et al. 2006). Kuitenkin masennusterapian neljä osa-aluetta ja psykoterapeutin toiminnan seitsemän vaikuttavaa osasta eli elementtiä tarkentuvat käytännöllisesti seuraavasti 7x4-muotoon:

A) Käytettävä kieli:

* Yhteinen käsitteistö tai ilmaisutapa, jolla kärsivä ja terapeutti ymmärtävät toisiaan.

* Yhteinen käsitteistö tai ilmaisutapa, jolla terapeutti voi kertoa muille asiantuntijoille terapian kulusta ja tuloksista.

B) Löytäminen:

* Uudet oivallukset, uudelleenhahmotukset ja toimintatavat.

* Psyykinen toiminta, josta oivallukset, uudelleenhahmotukset tai muut sellaiset löytämiset ovat seurauksia.

C) Rakenne:

- * Terapeutin ja potilaan tapaamispaikat, tapaamistilanteet ja tapaamisajat.
- * Terapeutin toiminnan teoreettinen perusta, jäsennostapa tai muu sellainen.

D) Ilmapiiri:

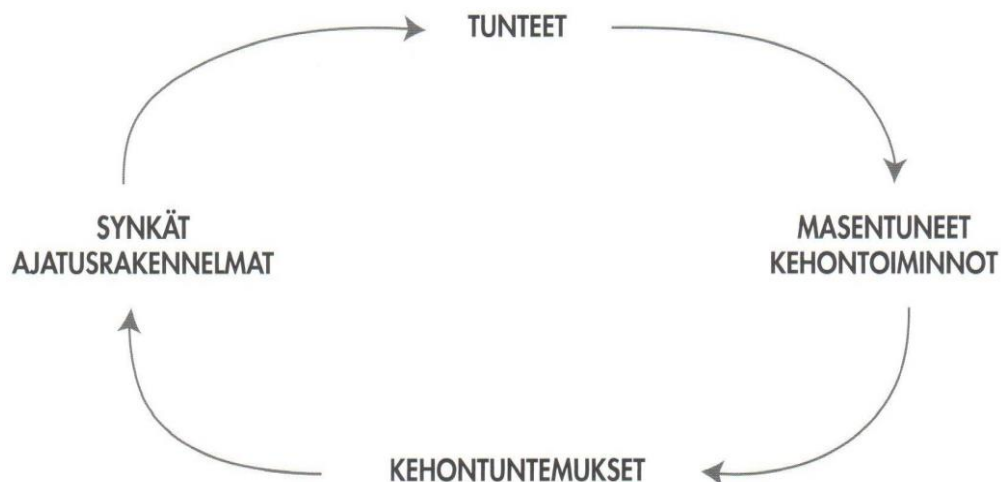
- * Terapeutin ja asiakkaan sisäisen toiminnan etenemismahdollisuudet.
- * Käytössä olevat ja kohdattavat arvot, toiminnan rajat ynnä muut sellaiset.

- - - -

- 1) Ehdoitta tapahtuva ja kunnioittava suhtautuminen: Esimerkiksi alkuhaastattelun toteutuksissa kunnioituksen huomioiminen.
- 2) Toisen osaan eläytyminen: Esimerkiksi transferenssin eli ihmistä kohtaan tunnettavan tunnesiirron käsittely.
- 3) Realiteettien ja rajojen huomiointi: Esimerkiksi ongelmien niin sanottu dynaaminen ja kognitiivinen käsittely sekä niiden rajoitukset.
- 4) Aitouteen pyrkiminen: Esimerkiksi minän eri tasoilta puhumisen hyödyntäminen.
- 5) Kohtaamaan asettaminen: Esimerkiksi niin sanotun desensitisaation eli asteittaisen totuttamisen tai niin sanotun ajatus-seis-harjoittelun hyödyntäminen.
- 6) Pelen välttäminen: Vastaanotoilla asiakkaat pelaavat herkästi esimerkiksi niin-mutta-peliä, jossa esitetään verukkeita. Vaikkapa ehdotuksiin liikunnan lisäämisestä tulee lauseita ”niin mutta kun on se, että...” ja tietynlainen voitto tulee siitä, kun saa ehdottajan hämmennyksiin. Tämä on yksi niin sanottu Bernen peli, jota jo 1950-luvun vastaanottohuoneissa osattiin käsitellä terapeutisesti.
- 7) Konkreettisuuteen pyrkiminen: Esimerkiksi oirehallintaohjelmien hyödyntäminen.

Lisäksi masennusterapian yleisperiaatteissa jälleen ilmenee toimiva seitsemään jäsennost eli seuraava:

- 1) Yksilöllisten uskomusten (*) käsittelyissä pyritään saamaan vallitsevaksi tunnelmaksi ymmärrettynä olemisen tunnelma.
- 2) Psykoterapeutin pääasialliset näkyvät toimintamuodot (*) ovat kysely, nyökkäily ja selostaminen.
- 3) Mitä vaikeamman tuntuinen (*) masennus tai itsetuhopyrkimys on, sitä aktiivisemmin hoitajat toimivat.
- 4) Arvostelevat/ leimaavat (*) lausahdukset minimoidaan.
- 5) Tulkitsevat lausahdukset minimoidaan, ettei heti alussa menetetä luottamusta (*).
- 6) Sopeutumiskeinoksi (*) tarkoitetut lausahdukset kuten ”yritäpä nyt piristyä”, ovat masentuneelle kauheita ehdotuksia. Tällaisia ei esitetä.
- 7) Kehonhoidon ja psykoterapian yhteensovittamisessa selostetaan ymmärrettävästi, että masennuksessa on olennaista synkät ajatusrakennelmat ja masentuneet kehon toiminnot (Scott 1993). Ne muodostavat tunteiden ja kehontuntemusten kautta stressitilanteen (*), jossa synkät ajatusrakennelmat vaikuttavat masentuneisiin kehontoimintoihin ja masentuneet kehontoiminnot vaikuttavat synkkiin ajatusrakennelmiin. Kyseinen noidankehä on seuraava (kuvio 6):



Masennusta hoidettaessa sitten jarrutetaan noidankehän pyörimistä kehon toiminnoista vaikka lääk-
keillä ja masentuneista ajatusrakennelmista psykologisin keinoin. Merkittävää lisäksi on, että kyseinen
noidankehä pyörii rationaalisen stressin (*) kohdalla myös seuraavasti: auttamistapahtu-
ma→taloussuunnitelma→rahavarat→käytetyt rahat→auttamistapahtuma. Siis synkkä auttamistapahtu-
ma, jossa autettavalle tai auttamisen maksajalle tulee alussa vaikutelma ”turhuutta”, voi viedä rahavarat
uudelta auttamisyritykseltä, jota kuitenkin kovasti tarvitaan.

Masennuksen psykoterapiassakin ilmenee paljon 7 x 4-kentän sisältöä. Oheinen kärsivän kanssa
yhteistyössä (*) yhteisten asioiden hoitoon liittyvät tilanteet) tehty ongelmalista oireista, elämäntilanteis-
ta, ajatuksista ja toivottomuuksista on ensimmäisenä jäsennyysesimerkinä.

Ihmissuhteet (*): Vaikeus hyväksyä parisuhteen rikkoutuminen, vaikeus selviytyä yksin (*) erosta ja
tydyttävän ihmissuhteen löytämisvaikeus.

Liikunta/liikkuminen & kehon toiminnot (*): Päivittäisten liikkumisvaatimusten stressikkyys (*), kyvyt-
tömyys melkein missä tahansa tekemisissä ja mielihyvän tuntemukset kehossa vähäisiä.

Ajattelu ja välitön toimeentuleminen (* Yksinäisyyksien alalaji: hoitoihin annettava lähiympäristön
käytännön tuen puute): ”Kyvyttömyys ilmaista itseäni karmeata”, vaikeus ilmaista oma toiveensa ja
samojen ajatusten jatkuva märehähtäminen.

Arvot ja elämäkatsomukset (*): Alemmuuden ja arvottomuuden tunteita ihmisenä, ”olen huono äiti”
sekä ”kukaan ei tykkää minusta”.

Masennusterapiassa myös tietynlaisin kysymyksiin kannustetaan arvioimaan esitettävää terapiamallia
(*) ja esitetään synkkyydelle vaihtoehtoisia toimintamalleja (*). Varsinkin hahmoterapeutit selostavat
tällöin paljon hahmottamisilmiötä. Myös ajatusten suuntaaminen toiveikkaaseen tulevaisuuteen (*) on
keskeistä, jolloin äärimmäistä toivottomuutta eli menetyksiä (*) käsitellään mahdollisimman varhaisessa
vaiheessa auktoritatiivisuutta kohottaen.

Terapeutin direktiivisyyden aste, viikoittaiset asiat, kotitehtävät ja palautekysely ovat suunnitelman
osia, joissa vaikkapa kognitiivinen terapeutti käsittelee asiakkaansa kielellä objektimoodia ynnä meta-
kognitiivista moodia ja transaktioanalyttikko puolestaan vanhempi-aikuinen-lapsi-systeemiä. Kuitenkin
kärsivän itsenäisyys (*), yksiselitteinen rationaalisuus (*) ja onnistumiselämykset (*) ovat niissä olennai-
sia huomioon otettavia seikkoja.

Ajatusvääristymien sekä synkkien ajatusten johdonmukaiseen tarkkailuun ja tiedostamiseen liittyy
masentuneella paljon välttelymahdollisuuksia (*), jolloin etsitään vain syitä masennukselle eikä välittö-
mästi masennukseen liittyviä ajatuksia. Näin kohdataan seuraavankaltainen vertauskuva: ”Kun palokun-
ta saapuu palopaikalle, kumpi on silloin tärkeämpää, pienentää liekkejä vai etsiä jotain tulipalon sytyttä-
jää?” Lisäksi moniakin terapiatunteja kuluu sen opettamisessa, että on mahdollista ajatella ajattelemista.
Merkittävää lienee, että tämä on myös NLP-terapian erikoisalue. Merkittävimmät automaattiset mutta
korjailtavat ajatusvääristymät ovat rationaalisen ja elämäkatsomuksellisen toiminnan malleja (*), joita
terapiatutkijat käsittelevät. Esimerkiksi Beck on löytänyt mallin *Kaikki tai ei mitään* (Beck et al. 1979),
joka ilmenee vaikka huudahduksessa ”Koska en onnistunut täydellisesti, ei kannata enää yrittää.” Muita
hänen löydöksiään ovat seuraavat: *Yliyleistäminen* (Beck 1976): ”Koska tuli vastoinkäyminen, olen
kokonaan epäonnistunut ihminen mutta en missään tapauksessa pelkän yhden virheen tehnyt ihminen.”
Itsensä syyllistäminen (Beck et al. 1979): ”Kaikki mikä onnistuu täällä huonosti, taitaa olla minun syytä-
ni.” *Hätäiset lamauttavat päätelmät* (Beck et al. 1979) ovat seuraavanlaisia: ”He ovat hylkäämässä mi-
nut, koska puheiden äänenpainot olivat sellaisia.” ja *Katastrofiojattelua* (Beck et al. 1979) on ”Ei kann-
ta enää yrittää, koska vielä kauheampaa on joka tapauksessa tulossa.”

Muilta tutkijoilta löytyy seuraavaa: *Minun-pitäisi-ajattelu* (Ellis & Grieger 1972): ”Minun on pakko
tehdä näin, jotta edes joku voisi minua rakastaa.” *Suurentelu ja minimointi* (Burns 1980): ”Minun oma
epäonnistumiseni on suurempi kuin muiden ja minun onnistumiseni on pienempi kuin muiden.” *Myön-*

teisten asioiden mitätöinti (Meichenbaum 1977): "Kokonaisuutena onnistuneesta kokemuksesta tarkastellaan yhtä kielteistä kohtaa ja jotenkin tuijotetaan sitä." *Automaattinen arvovähennys* (Katajainen et al. 2003): "Hän vain yrittää olla kohtelias, hänen ammattiinsa kuuluu sanoa noin." *Tunnevoittoinen järkeily* (Goldman & Greenberg 1997): "Tunnen syyllisyyttä - olen siis tehnyt jotain väärää."

Näistä eri tutkijoiden löytämistä haitallisista malleista (*) siis terapiassa etsitään aina kärsivän omia esimerkkejä.

Myös toimintamalli (*), asioiden yhdistely, on jokaisessa terapiassa tärkeä. Esimerkiksi kärsivää pyydetään kuvaamaan epämiellyttäviä tunteitaan ja niihin liittyviä tilanteita, jotka kirjataan isolle paperille. Sitten havainnoidaan synkkiä ajatuksia ja kirjataan niiden ynnä tunteiden yhteyksiä vetelemällä nuolia lauseiden välille.

Kun kärsivä osaa tunnistaa ja korjata välittömästi masennustilanteisiin liittyviä kielteisiä automaattisia ajatuksiansa, voidaan siirtyä niin sanottuihin *dysfunktionaalisiin perusoletuksiin* (Beck et al. 1979). Niille on ominaista esteiden muodostaminen, turhan ahdistuneisuuden kehittäminen ja todellisuuden puutteelliset tarkastelut, jotka monissa eri lähtökohtaisissa terapiakäsittelyissä ovat jotenkin samanlaisia haasteita. Esimerkiksi uskomus, "on oltava vahva ja pystyvä", syrjäyttää ihmiseen olennaisesti kuuluvan haavoittuvuuden. Myös jätetään huomiotta olosuhteiden muutokset (*) ja turhat äärimmäistunteet. Masennus ja epätoivo syntyvät siis todennäköisemmin kuin suru ja murhe. Lisäksi dysfunktionaalisuus ilmenee usein ilman sanoja eikä se yksinäisyydessä (*) tai omin voimin vähene. Seuraavassa on dysfunktionaalisuuden tarkennuksia:

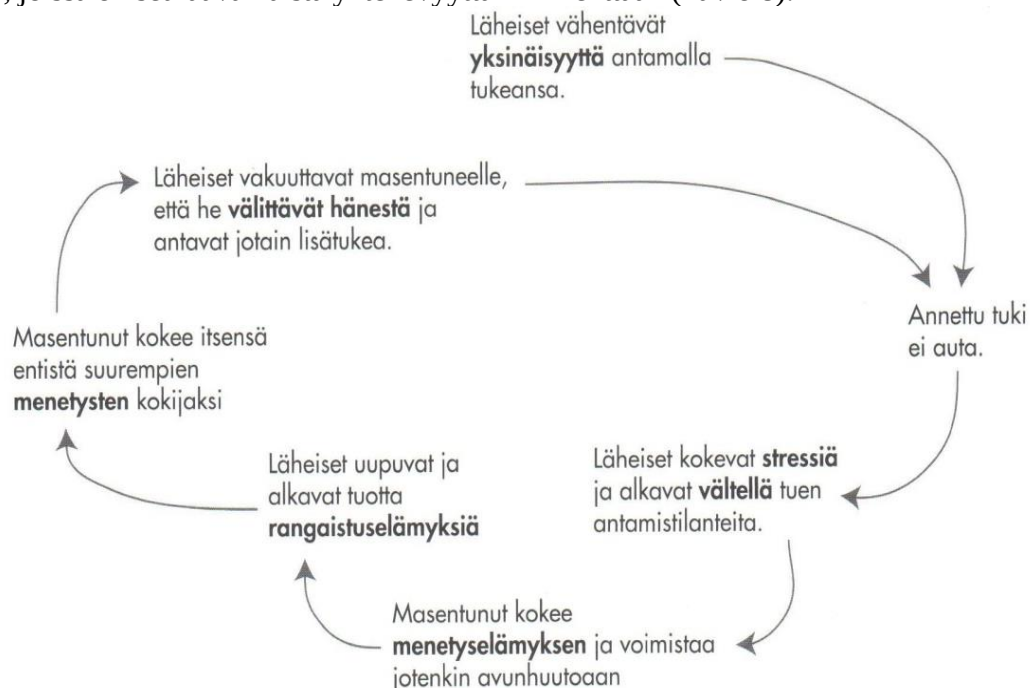
- 1) Toivotaan ihmisiltä hyväksyntää, arvostusta, rakkautta ynnä muuta sellaista mutta tuntuu, ettei turvallisuuden tai hoivan tarpeita omassa yksinäisyydessä (*) saa käsittelyyn eikä edes julki.
- 2) Ylikorkeiden saavutusnormien ajatusmalli (*) sekoittaa omia päämääriä. Esimerkiksi ajatusrakennelma, "minun tulee aina tehdä työt niin hyvin, että kaikki minua arvostavat tai muuten olen täysin mitätön ja arvoton", olisi ei-dysfunktionaalisenä seuraavan kaltainen: "Vaikka tekisin työt kuinka hyvin, niin se ei takaa sitä, että kaikki arvostavat minua. Voin hyväksyä, että ihminen voi vain vähän vaikuttaa muiden arvostuksiin".
- 3) Yritettäessä huomioida muiden tarpeita pyritäänkin vain yksin kestäämään (*) loputtomiin. Esimerkiksi muistettaessa lapsuudesta, että "piti aina miellyttää vanhempia", niin kyseinen miellyttämisen transfe-renssitilanne onkin stressi (*), jossa kyseinen tunteiden siirto rasittaa toistuvasti.
- 4) Kokonaisvaltaiset itsearviointit kuten tyhmä, lapsellinen tai vaikka joku kuultu diagnoosinimike heijastelevat irrationaalisia rankaisujatatuksia (*), joista on seuraavia esimerkkejä: "Kun minulla on paha olla, saan lisäoikeuksia tai rankaisuvaltaa (*)", "kaikki, jotka yrittävät minua tyhmää rakastaa, saakoot selkäänsä" tai "kyllä tuttu helvetti aina tuntemattoman taivaan voittaa".
- 5) Ilmenee noidankehämäisiä ihmissuhdepelejä (Berne 1967). Esimerkiksi yksinäisenä (*) oleminen liittyykin ruutuun välttelyt/ihmissuhteet (*) eli tiettyyn ihmissuhdepeliin, jossa masentuneen osakseen saama huomio, myötätunto ynnä muu sellainen vahvistaa depressiota. Tässä ilmenee samalla masen-nushoidon erityisnäkökohta. Pidetäänhän myötätunnon antamisia usein hoitoon kuuluvana itsestänsel-vyytenä, mutta yhteisöllisyys on tässä kohdassa oletettua mutkallisempi asia.

Kyseiset kohdat sijoittuvat seuraaville numeroiduilla tähdillä merkityille alueille (kuvio 7):

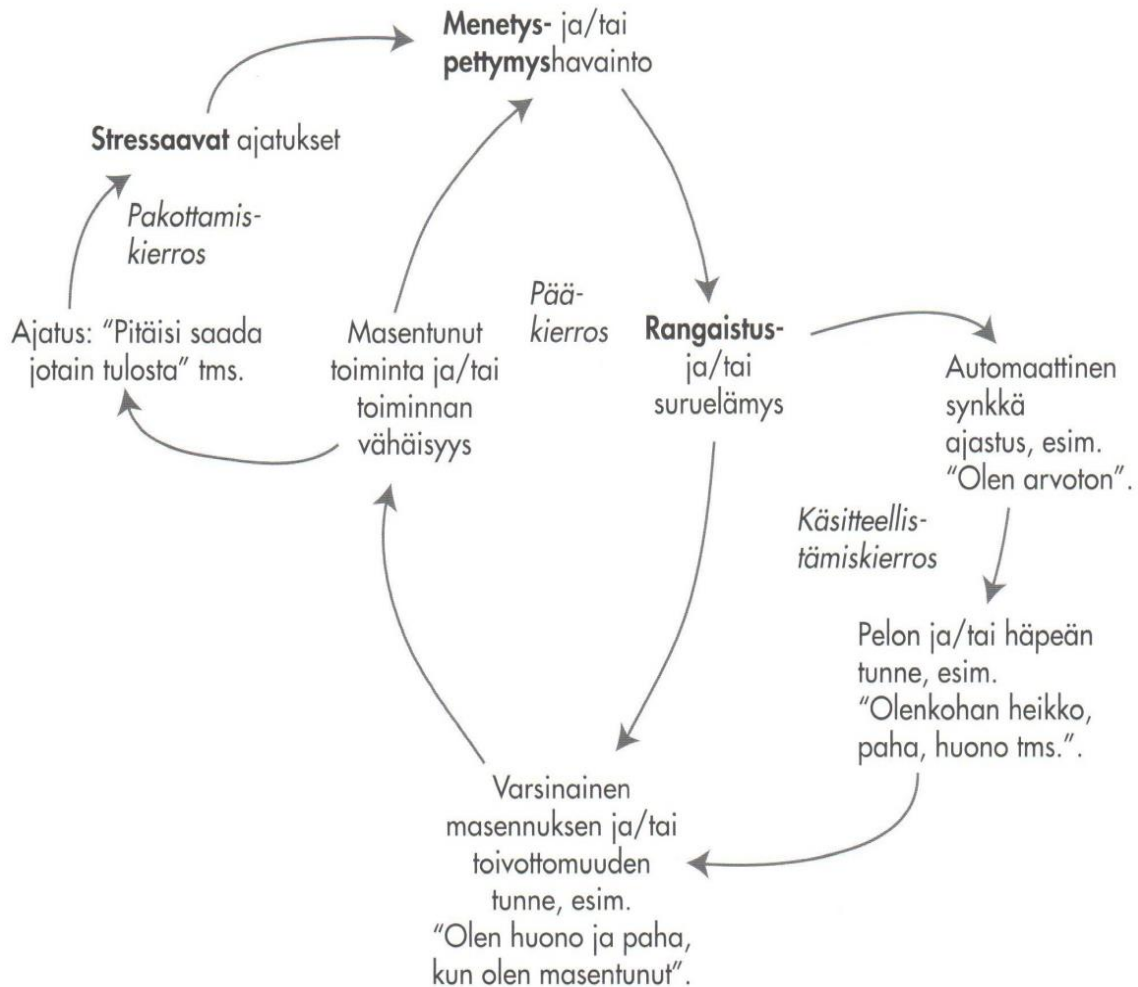
V A I K U T T A J A T	MIELENTERVEYDEN KULMAKIVET			
	IHMISSUHTEET	KEHON TOIMINNOT/ LIIKUNTA	RATIONAALINEN TOIMINTA	ELÄMÄNKATSO- MUKSELLINEN TOIMINTA
	YKSINÄISYYDET			1*
	MALLIT			2*
	STRESSIT			3*
	PETTYMYKSET/RANGAISTUKSET			4*
	MENETYKSET			
	VÄLTTELYMAHDOLLISUUDET			5*
	MUUTOKSET			

Tässä, samoin kuin edellisissäkin kenttään sijoitteluissa, ilmenee ongelma, jota voi kuvata vaikka kommentilla ykköskohdasta: ”Kun ihminen kokee, ettei hänen turvan- tai hoivantarpeitaan kohdata oikein eikä niitä edes saa julki, eihän se ole mitään elämäntarkoituksellista yksinäisyyttä vaan väärinymmärrystä tai sitä tai sitä”. Tilanne on samanlainen kuin projektiivisten testivastausten merkittämisissä. Niissähän luokittelijoiden yksimielisyys paranee sitä kautta, että opiskellaan merkittämistä eli vastausten sijoittelua tiettyihin lokeroihin. Samoin 7x4-kenttään on olemassa tarkennusohjeisto, jossa on otettu huomioon filosofiasta tunnettu Carnapin prinssiippi, ”kukin voi tehdä kielestään omanlaisensa” ja se, että erilaisilla mielenterveystyöntekijöillä on myös paljon samalla tavalla ymmärrettäviä käsitteitä. Siis depressionkäsittelijöilläkin on omat lähtökohtansa ja toimintakriteerinsä, joista he haluavat pitää kiinni. Tällöin kohdataan tieteen historiassa tunnettava tilanne ”vain sisäpiiriin päässeet saavat puheenvuoron”. Esillä on silloin ruutu välttely/rationaalinen toiminta, jossa tarkentuu kohta ”vallan väärinkäyttömahdollisuudet”.

Kehämäisten mallien (*) tarkennuksista on käytössä erilaisia nimikkeitä mutta keskeinen alku on läheisten tukitoiminta (*) (Mc Daniel & Cambell 1990). Tämän noidankehän pyöriminen sisältää sitten elementtejä, joissa on seuraavanlaista yhtenevyyttä 7x4-kenttään (kuvio 8):



Merkittävä on myös kehämäinen malli (*) (Greenberg & Paivio 1997), joka sisältää alitajuisen päänoidankehän ja tietoisien käsitteellistämisyhteyksien (Mikä minä nyt oikein olen?) tai sopeutumiskeinon (*). Lisäksi siihen liittyy pakottamiskierroksen sivujuonne (Pitäisi pitäisi!) seuraavasti (kuvio 9):



Noidankehien dysfunktionaalisuuden tiedostaminen siten, että edellä kuvattujen mallien (*) kohtiin saa omakohtaisia esimerkkejä, on useimmiten välttämätön edellytys muidenkin noidankehien hidastumiselle. Nimittäin usein masentunut käsittelee kerralla isoa palaa, joka jäsentymättömänä pahentaa masennusta.

Kyseisissä noidankehiä kuvaavissa kaavioissa on merkittävää se, että vaikka ne ovat hoidon kannalta välttämättömiä, niin masentuneelle esitettynä ne ovat monimutkaisuuksia eli uusia stressitilanteita (*), jotka herättävät herkästi seuraavankaltaisen automaattisen synkän ajatuksen: "Olen tässäkin huono ja kelvoton, kun en ymmärrä moisista kuvista mitään". Näin ollen masennuksen olemuksen tarkastelussa ja masentuneen lähellä olevissa yhteisöissä tämä noidankehämäisyys tuo esille seuraavan teesin: Masentuneen ongelmakentän ydintä ei kukaan lähellä oleva voi ymmärtää, lähelle kyllä pääsee mutta ytimeen ei. Silti auttamistyö on mahdollista. Jotenkin vain pitäisi hidastaa noidankehää nimeltä yleinen – tarkka – yksinkertainen – yleinen (Thorngate 1976): Henkilö A esittää yleisperiaatteen hoidon toteuttamisesta. Sitten henkilö B torjuu kyseisen periaatteen vaatien tarkennuksia. Kun A sitten esittää tarkennuksia, esityksestä tulee liian monimutkainen ja joudutaan palaamaan yleiselle tasolle.

MASENNUKSEN SEURANTA

Masennuksen mittaamisen testeissä ja haastatteluissa kysymysten sisällöt heijastelevat usein seitsemää vaikuttajien luokkaa. Esimerkiksi Suomessa käytettävässä lyhyessä kartoittavassa depressioasteikossa

(LKDA) on seitsemän kysymystä ja samalla 7x4-jäsennyksen osia. Myös uudemman CES-D skaalan (Radlof 1977) 20 osiota jäsenyivät helposti samoin. Tärkeä esimerkki tulee myös tutkimuksesta (Williams et al. 2002), jossa merivoimien alokkaiden masennusta seurattiin testeillä, jotka mittasivat yksinäisyyttä (*) (Loneliness Scale, RULS), malleja (*) (Sense of Belonging Inventory, SOB), stressejä (*) (Perceived Stress Scale, PSS), menetyksiä (*) (List of Threatening Experiences, LTE), sopeutumiskeinoja (*) (Coping Inventory, CISS) ja muutoksia (*) (Global Assessment of Functioning, GAF). Hyvävaliditeettisia tuloksia saatiin juuri näillä testeillä.

Masennuksen mittauksen jäsentäminen 7x4-pohjaisesti selventää myös seuraavaa hämärää kohtaa: Masennuspotilaan tyytyväisyys saamaansa hoitoon korreloi hyvin alhaisesti hoidon tuloksellisuuteen (Viinamäki et al. 2002). Voihan nimittäin olla niin, että pelkkä yksinäisyyden tunne (*), ”ei kukaan kuitenkaan ymmärrä kokemaani”, on keskeisin kohta potilaan arvioidessa hoitotyytyväisyyttään ja kysytyjen masennusoireiden lievittymisasia jää hoitotyytyväisyyden kyselyissä näin piiloon.

Päätelmät

Masennuksen käsittelyssä, siis myös kokonaiskuvan muodostamisessa, kohdataan 7x4-kentän osia ainakin niin paljon kuin edellä on kuvattu. Se sopii seuraavaan: Masennustutkimuksen uuden tiedon sovittamisessa vanhaan käytetään lokeroita seuraavaan tapaan: Kognitiivisen psykoterapian kehittämissä J. Young on julkaissut ”maladaptiivisista skeemoista” 18-lokeroisen jäsenyksen (Young et al. 2003), jossa vaikuttajista kerrotaan samantapaisia asioita kuin Bernen transaktioanalyttisissä yhdeksänlokeroisissa tuotoksissa (Vanhempi-Aikuinen-Lapsi ja niiden tarkennukset) jo 1960-luvulla. Tällaisissa vertailuissa on hyödyllistä samantapainen menettely kuin alkuaineiden etsinnässä on käytetty. Siinä on sovittu teoreettinen kehikko, alkuaineiden jaksollinen järjestelmä, joka ohjaa tutkimusta. Masennusterapian kehikoksi sopii 7x4-kenttä.

Merkittävää tässä on myös se, että 7x4-jäsennyksen kaltaista jäsentelyä on nykytutkimuksessa jo käytössä. Ainakin Suomessa Jarmo Kontunen on kehittänyt niin sanottua IPT-terapiaa (Kontunen 2010). Siinä keskitytään aina johonkin neljästä ongelma-alueesta: Ihmissuhteiden puute (ihmissuhdeyksiinäisyys), rooliristiriita (ihmissuhdestressi), kesken jäänyt surutyö (menetykset) ja roolin muutos (ihmissuhteiden muutokset). Kun sitten pohdiskellaan vaikka kysymystä siitä, että parantaako liikunta masennusta vai tuottaako se vain lihaksikkaita masentuneita, niin tärkeätä on silloin liikunnan määrittäminen tietynlaiseksi kulmakiveksi eikä vaikuttajaksi. Merkittävää yhtäläisyyttä 7x4-kentän kanssa on myös mielen ja aivojen vuoropuhelua käsittelevässä tutkimuksessa. Esimerkiksi psykoanalytikko J. Lehtonen on kuvannut niin sanottua mielen matriisia (Lehtonen 2011), jossa luokituu seuraavat toimintakokonaisuudet:

A Vastaanottava aistimuksellinen osa. (Ihmissuhteet)

B Toimeenpaneva motorinen osa. (Liikunta ja liikkuminen)

C Aivojen ja mielen eri osien ja toimintojen yhteenkytkeytymisestä muodostuva laaja-alainen hermoverkko, joka kannattelee aivotointojen integroitumista kokonaisuudeksi ja ylläpitää mielen kokemista yhtenäisenä. (Rationaalinen toiminta)

D Alkeellisista tyydytyksen tunteista muodostuva kokeva osa. (Irrationaalinen toiminta)

Näihin pääkohtiin sisältyy sitten vuorovaikutusten ja ruumiin tilojen vaihtelua.

Lisäksi merkittävä asia on seuraava: Masennuksen käsittelyn koulukunnat muistuttavat poliittisia puolueita tai kirkkokuntia, joilla on yhteisen hyvän tavoite mutta ”vain meidän jäsenyksenme ovat oikeita” ja kaiken lisäksi masennusta käsittelevät monet päätösvaltaiset, joilla on asiasta vähäinen asiantuntemus. Silloinkin on mahdollista, että 7x4-kentällä on käyttökelpoisia sovellusalueita koottaessa monia teorioita ja ajatusrakennelmia kokonaiskuvaan. Kun vielä otetaan huomioon George Millerin jo 1950-luvulla löytämä lainalaisuus (Miller 1956), että ihmisen työmuistin raja on suunnilleen seitsemässä tietueessa ja jo muinaiskreikkalaisen hyvinvointikulttuurin jäsentäminen A) teatterin, B) stadionin, C) gymnaasin ja D) temppelin avulla (Amandry 1984), niin kyseinen luokittelu voi saada yleispäteväkin

asemaa. Siis 7x4-kenttää voi myös käyttää tarkasteltaessa masennuksen lisäksi vaikka pelkojen hoitoa (Heiska 2004).

Hyödyntämällä 7x4-kentän ruutuja myös ennakoivalle mielenterveystyölle tulisi vahvempaa tieteellistä perustaa ja käytännön työskentelylle määritellyksi toimivia painopistealueita. Nykyisin nimittäin ennakoiva mielenterveystyö on masennuksen osalta käytännössä yllättävän usein vain sitä, että jotenkin yritetään saada kansalaisia enemmän hoidettaviksi (varhainen puuttuminen) mutta organisoitu syihin vaikuttaminen miltei kokonaan puuttuu. Samaan viittaavat myös Cambridgen yliopistossa työskentelevän Felicia Huppertin ehdotukset, joista Jussi Valtonen kertoo *Psykologia*-lehden artikkelissaan ”Miten tehdä parempaa psykologiaa?” (Valtonen 2009).

LÄHTEET:

- Ablon, J., Levy, R., Katzenstein, T. (2006) Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43(2), 216-231.
- Amandry, P. (1984) Delphi and its history. *Ateena: Praxitelean st.*
- Beck, A. (1971) Cognition, affect and psychopathology. *Archives of General Psychiatry* 24, 495-500.
- Beck, A. (1976) *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. (1982) *cognitive therapy of depression, new perspectives*. Teoksessa Clayton, P. & Barret, J. (toim.) *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. S. 265-290. New York: Raven.
- Berne, E. (1967) *Kanssakäymisen kuviot*. Jyväskylä: Gummerus.
- Burns, D. (1980) *Feeling good*. New York: Morrow.
- Brenner, B. (1985) Continuity between the presence and absence of the depressive syndrome. Esitelmä APHA:n vuosikongressissa (113) Washingtonissa, marraskuussa.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1972) *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer.
- Enckell, H. (2012) Terapiaprosessin teoriaa. Luku artikkelissa *Psykoanalyysi ja psykoanalyttiset terapiat* (29-32) teoksessa Huttunen, M. & Kalska, H. (toim.) *Psykoterapiat*. Porvoo: Bookwell oy.
- Eriksson, J. (2001) Altistaako masennus tyypin 2 diabetekselle. *Diabetes ja lääkäri*, syyskuu.
- Fulford, K. (1989) *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Goldberg, D. (1998) The effect of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care. *British Journal of General Practice* 48.
- Goldman, R. & Greenberg, L. (1997) Caseformulation in process-experiential therapy. Kirjassa Eels, T. toim. *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press, 403.
- Greenberg, L. & Paivio, S. (1997) *Working with emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gröhn, J. & Härkönen U. (toim.) (2012) 10th international JTEFS/BBCC conference Sustainable development. Culture. Education. Abstract Book. University of eastern Finland.
- Heiska, J. (1984) Ehkäisevän mielenterveystyön 7 x 4-kenttä. *Psykologia* 4, 254-258.
- Heiska, J. (1990) Mielenterveyttä edistävän työskentelyn teoreettisen perustan ja käytännön toteutuksen kehittäminen: Kunnan mielenterveysilmapiiriä ja häiriöitä estävän työskentelyn tuloksia mittaavan menetelmän kehittäminen 7 x 4 - kentän avulla. *Lisensiaatintyö*, Tampereen yliopisto.
- Heiska, J. (1994) A practical disposition for many purposes in mental health work, 7x4-field. 24th congress of the European association for behavioral and cognitive therapies September 6-10, Corfu – Greece.
- Heiska, J. (1977) Four cornerstones and seven effectors for many purposes in mental health work. Cornerstones for mental health. World congress of the World federation for mental health 6-11 july, Lahti, Finland.
- Heiska, J. (1998) *Ennakoiva mielenterveystyö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Heiska, J. (2002) *Usko tiede ja tuska*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Heiska, J. (2003) Overview of management of depression with the helps of the 7x4-field. Annual Congress of the EABCT Prague 10-13 september, Prague.
- Heiska, J. (2004) Pelkojen jäsenitys 7x4-kentän avulla. Onk tuntei? *Psykologia* 2004 –kongressi Turussa 25. – 27.8.
- Heiska, J. (2010) *Ennakoiva mielenterveystyö, käsikirja meille kaikille*. Toinen ja täydennetty painos kirjasta *Ennakoiva mielenterveystyö*. Tampere: Mediapinta.

- Heiska, J. (2012) Usko, tiede ja tuska. Uskon ja tieteen välinen sillanrakennus lähinnä psykologian näkökulmasta. Tampere: Mediapinta.
- Katajainen, A., Lipponen, K., & Litovaara, A. (2003) Voimavarat käyttöön. Helsinki:Duodecim.
- Kendler, K., Gardner, C. & Prescott, C. (2002) Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. *American Journal of Psychiatry* 159(7), 1133-1145.
- Kontunen, J. (2010) Interpersoonallinen ohjaus ja neuvonta masennuksen hoitoon perusterveydenhuollossa. *Terveydenhoitaja* 3.
- Lehtonen, J. (2011) Tietoisuuden ruumiillisuus. Porvoo:Duodecim.
- Lewinsohn, P., Mischel, W., Chaplin, W. & Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory selfperceptions. *Journal of Abnormal Psychology* 89, 2103-2112.
- Litman, R. (1961) When Patients Commit Suicide. *Psychotherapy of America* 19, 570-576.
- McDaniel, S. & Campbell, T. (1990) Family-oriented primary care. Springer, New York, 265.
- Meichenbaum, D. (1977) Cognitive behavior modification. New York:Plenum.
- Meretoja, P. & Laakso, J. (2002) Itsemurhaan altistavat kognitiiviset mallit. *Suomen Lääkärilehti* 49-50, 5045-5048.
- Mikkelin läänin työryhmä (1988) Toteutuneiden itsemurhien tapausselostuksia vuosilta 1987 - 1988. Julkaisematon raporttikokoelma Suomen itsemurhaprojektista.
- Miller, G. (1956) The Magical Number Seven, Plus or Minus Two: Some Limits on Our Capacity for Processing information. *The Psychological Review* 63, 81-97.
- Pigott, A., Leventhal, G., Alter, J. & Boren, J. (2010) Efficacy and Effectiveness of Antidepressants: Current Status of Research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 79.
- Radloff, L. (1977) The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401.
- Scott, J. (1993) Who does well with cognitive therapy? A four year outcome of chronic major depressives treated with cognitive therapy and pharmacotherapy. Esitelmä Euroopan oppi- misterapiakonferenssissa Lontoossa syyskuussa.
- Suomen terveydenhoitajaliitto (2011) 2011 terveydenhoitajapäivät. Helsinki: Artprint.
- Thomson, R. (1982) Side effects and placebo amplification. *British journal of psychiatry* 140.
- Thorngate, W. (1976) Possible limits on a science of social behavior. Kirjassa Strickland, I., Aboud, F. & Gerzen, K. (toim.) *Social psychology in transition*. New York:Plenum Press.
- Torikka, A., Kaltiala-Heino, R-K., Rimpelä, A., Rimpelä, M. & Rantanen, P. (2001) Depression, drinking, and substance use among 14- to 16 year-old Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 55(5), 351-357.
- Valtonen, J. (2009) Miten tehdä parempaa psykologiaa? *Psykologia* 4.
- Viinämäki, H., Antikainen, R., Koivumaa-Honkanen, H., Honkalampi, K., Tanskanen, A., Kontkanen, J. & Hintikka, J. (2002) Masennuspotilaiden hoitotyytyväisyyskyselyt. *Suomen Lääkärilehti* 46(57) 4687-4691.
- Williams, A., Hagerty, B. & Yousha, S. (2002) Factors Associated with Depression in Navy Recruits. *Journal of Clinical Psychology* 58(4), 323-337.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003) Schema therapy: a practitioner's guide. New york: Guilford Press.