

Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä  
Jyväskylän yliopisto

Henna Hakala-Rahko, Helena Peltoniemi, Ari-Matti Saari, Maarit Teperi

## **OSASTOLTA ARKEEN**

Käyttäytymisanalyysi sekä hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen  
suuntaus kuntouttavan arjen rakentamisessa

Neurokognitiivinen käyttäytymisanalyysi kuntoutus, hoito ja ohjaustyössä  
(NERO 2.0) –koulutuksen projektityö 2016

## SISÄLLYSLUETTELO

KEHITYSVAMMAISTEN MIELENTERVEYS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖ.....	2
KEHITYSVAMMAISTEN MIELENTERVEYDEN ARVIOIMISESTA.....	3
MIELENTERVEYS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN HOIDON PERIAATTEITA .....	6
KÄYTTÄYTYMISANALYYSI.....	7
HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIA .....	8
OSASTOJAKSO OSANA KUNTOUTUMISEN PROSESSIA.....	9
Yhteistyön merkitys.....	12
MIELENTERVEYSYKSIKÖN TOIMINNAN KUVAUS .....	13
OSASTOJAKSO .....	15
Alkukartoitus .....	15
Tutkimusjakso .....	16
Kuntoutusjakso .....	18
Jatkoseuranta .....	20
LÄHTEET .....	21

## KEHITYSVAMMAISTEN MIELENTERVEYS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖ

Nykykäsityksen mukaan kehitysvammaisilla ihmisillä esiintyy samoja mielenterveyden ongelmia kuin valtaväestöllä eikä mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden enää nähdä selittyvän kehitysvammaisuudella tai kuuluvan kehitysvammaisuuteen (Arvio & Aaltonen 2011). Kehitysvammainen ihminen on kuitenkin alttiimpi näiden häiriöiden kehittymiselle ja mielenterveyden häiriöitä esiintyy arviolta 30-50%:lla kehitysvammaisia. Arvio on noin 5-7 kertainen ei-kehitysvammaisiin verrattuna (Koskentausta 2008). Suomalaisen, kuten myös kansainvälisten arviointien mukaan, 10-15% kehitysvammaisista tarvitsee ammattihenkilöiden tukea tai kuntoutusta vaikeiden mielenterveyden häiriöiden tai sosiaalisten vuorovaikutusongelmien vuoksi. Apua tarvitsevia on siis oletettavasti enemmän, mutta he saavat riittävän avun ja tuen luontaisten kontaktien kautta, kuten asumisyksikön henkilökunnalta, vertaisilta tai omaisiltaan. (Chydenius & Seppälä 2008).

Syyt mielenterveyshäiriöiden suurempaan esiintyvyyteen kehitysvammapopulaatiossa ovat moninaiset:

- kehitysvammaisella on kognitiivisista puutteistaan johtuen vaikeampi käsitellä, ymmärtää ja suhteuttaa kohtaamiaan uhkia ja pettymyksiään
- hän on alttiimpi kielteisille elämäkokemuksille, kuten kiusaamisen, yksinäisyyden ja hylkäämisen kokemuksille
- puutteet kommunikaatio taidoissa ja sosiaalisissa taidoissa altistavat väärinymmärryksille, konflikteille ja stressaaville tilanteille
- hänellä on mahdollisesti heikommat stressinhallinnan ja coping-keinot
- hänen mahdollisuutensa vaikuttaa omaan elämäänsä, ohjata sitä pois kuormittavista asioista kohti omia kiinnostuksen kohteitaan, on kaventunut
- useat muut kuin selkeästi psyykkiset tekijät (somaattinen kipu, aistipoikkeavuudet, liittännäisoreet) voivat pitkään jatkuessaan ja ilman asianmukaista hoitoa lopulta johtaa henkisen voimien romahtamiseen
- oman erilaisuutensa hyväksymisen vaikeudesta johtuvat ristiriidat

Puhuttaessa kehitysvammaisen ihmisen voinnista, käytöksestä ja henkisestä tilasta on tärkeää erotella ja määritellä mitä eri termeillä ja sanoilla tarkoitetaan. Tämä siksi, että kehitysvammaisen, kuten kenen tahansa muunkin ihmisen kohdalla, läheiset ovat usein huolissaan omaisestaan ja ”yhden sairastaessa kaikki sairastavat” on usein totta. Tieto ja edukaatio siitä mikä on lähtökohtaisesti kuntoutettavaa ”sairautta” tai seurausta ympäristön tekijöistä ja mikä enemmän asiakkaan pysyviä piirteitä saattaa vähentää omaisten huolta. Samalla se tapa ja puhetyyli, jolla ihmisestä puhutaan, sekä käytetyt sanat ovat osaltaan rakentamassa ja muodostamassa sitä kuvaa joka ihmisestä syntyy ja välittyy. Nämä voivat muodostaa eräänlaisen narratiivisen todellisuuden, joka ohjaa sitä, miten ihminen kohdataan ja miten hänen kanssa toimitaan.

*Psyykkisellä oireella* viitataan yksittäiseen oireiseen, joka voi liittyä ajatteluun (negatiiviset käsitykset itsestään, epäonnistumisten ennakointi), tunne-elämään (ahdistuneisuus, pelokkuus) tai käyttäytymiseen (aggressiivisuus, itseään vahingoittava käytös) (Koskentausta 2008). Yksittäiset psyykkiset oireet johtuvat usein muista syistä kuin varsinaisesta mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöstä. Tilanne on paremminkin päinvastoin, tietyinä yhdistelmänä esiintyessään psyykkiset oireet muodostavat ICD-10 tai DSM-IV mukaisen diagnostisen mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön. Masentuneisuus ei *aiheuta* mm. psyykkisen energian puutosta, vaikeutta kokea mielihyvää tai alavireistä mielialaa, vaan nämä piirteet esiintyessään samanaikaisesti (yhdessä muiden kanssa) *muodostavat* oirekuvan, joka diagnostisissa järjestelmissä on nimetty masentuneisuudeksi. *Käytöshäiriössä* kyse on ei-toivotusta, ihmistä itseään tai hänen ympäristöään häiritsevästä käyttäytymisen muodosta (Arvio & Aaltonen 2011). Käytöshäiriössä tärkeässä osassa ovat ympäristötekijät ja tässä toiminta onkin enemmän seurausta yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksesta. Näin asiakkaan toiminta voi selkeästi vaihdella suhteessa eri ympäristöihin, ihmisiin ja tilanteisiin. *Mielenterveyden häiriössä* on kyse oireyhtymästä, johon liittyy subjektiivista kärsimystä tai toimintavajasta (Arvio & Aaltonen 2011) Koska kyse on yksilön ”omista oireista”, hänen ajattelurakenteiden ja emotionaalisten reaktioiden poikkeavuuksista, pysyvät oireet usein suhteellisen samanlaisina tilanteesta, ihmisestä ja ympäristöstä riippumatta.

KEHITYSVAMMAISTEN MIELENTERVEYDEN ARVIOIMISESTA

Huolimatta siitä vastaako tilanne enemmän mielenterveyden vai käyttäytymisen häiriö, huolen asiakkaan tilanteesta ja hoidon tarpeen herättää jonkinlainen käytöksen, ajattelun tai tunne-elämän poikkeavuus. Tässä yhteydessä voidaan kokoavasti puhua käyttäytymisestä sen laaja-alaisessa merkityksessä, jolloin käyttäytyminen käsittää ulkoisesti havaittavan toiminnan lisäksi myös sisäiset toiminnot, eli ajattelun ja tunnekokemukset. Poikkeava käytös voidaan määritellä seuraavasti: ”käytös, joka voimakkuutensa, esiintymistiheydensä tai esiintymisen keston vuoksi selkeästi poikkeaa yhteiskunnan kulttuurisidonnaisista malleista ja käytös aiheuttaa todellista haittaa joko ihmiselle itselleen tai hänen ympäristölleen”. Näin poikkeavan käytöksen määritelmä vastaa toisaalta Kanferin ja Saslowin (1969, 1976) että Haaste-hankkeessa määriteltyä käyttäytymistä (Korventaival 2012).

Kehitysvammaisuuteen liittyvät kognitiiviset ja tunne-elämän hallinnan puutteet tekevät mahdollisen mielenterveyden häiriön arvioimisesta haastavaa (Koskentausta 2008). Kehitysvammaisen ihmisen ajattelu on konkreettista ja asioiden käsitteellistäminen on vaikeutunut; tunteiden tunnistamisessa ja nimeämisessä saattaa olla vaikeuksia; kommunikaatio itseilmaisu on usein rajoittunut; sosiaaliset vuorovaikutuskeinot ovat usein kypsymättömiä; kyky arvioida tekojaan ja kertoa syy-seuraussuhteita saattaa olla rajoittunut. Kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla äkkiseltään psykiatriselta sairaudelta vaikuttava käyttäytyminen saattaa olla seurausta somaattisesta kiputilasta; kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen ongelmista; liian haastavasta elämäntilanteesta; aistivammoista tai -poikkeavuuksista; sosiaalisista tekijöistä (Koskentausta 2008). Kehitysvammaisen henkilön arjen tilanteet saattavat hahmottua ja näyttäytyä eri tavoin ja niistä tehdyt tulkinnat ja kokemukset poiketa selkeästikin lähellä olevien neuronormaaleiden kokemuksiin ja tulkintoihin verrattuna. Kokemusten poikkeavuuksista ja vaikeudesta ilmaista itseään johtuen lähiympäristölle ”järjettömältä” vaikuttava käyttäytyminen saattaa pahimmillaan ruokkia negatiivista ajattelua asiakkaasta. Tässä riskinä on kehittyä eräänlainen itseään toteuttava kehä, jossa asiakas entistä enemmän jää vaille tarvitsemaansa tukea.

Kehitysvammaisten mielenterveyden arvioinnin tulee tapahtua moniammatillisesti ja se vaatii perehtyneisyyttä (Koskentausta 2008). Systemaattinen ja päämäärähakuinen taustatietojen kerääminen, käyttäytymisen seuranta eri mittarein, asiakkaan itsensä sekä hänen kanssa läheisesti toimivien tahojen kuuleminen sekä tietojen välittäminen eri hoitoon ja huolenpitoon osallistuvien tahojen kesken on olennaisen tärkeää. Tällainen yhteistyönä toteutettu selvittely johtaa yleensä vaikutelmaan, että asiakkaan käyttäytymisen tai mielenterveyden heikkenemisen taustalla on monitekijäinen syy. Näin ollen myös kuntoutuksen tulee edetä ja tapahtua monella tasolla ja yhteistyönä (Chydenius & Seppälä 2008).

## MIELENTERVEYS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN HOIDON PERIAATTEITA

Hoidon ja kuntoutuksen kannalta on tärkeää pyrkiä erottamaan milloin asiakkaan käytös johtuu varsinaisesti mielenterveyden häiriöstä, milloin taas paremmin muista tekijöistä. Tällä on selkeä vaikutus hoitolinjoihin (Koskentausta 2008).

Käytöshäiriössä on kyse siis voittopuolisesti ympäristön tekijöiden aikaansaamasta ja ylläpitämästä käyttäytymisestä. Tällöin näiden tekijöiden selvittäminen ja ratkaisuyritykset ovat olennaisen tärkeitä (Arvio & Aaltonen 2011). Poikkeava käyttäytyminen saattaa, etenkin kehitysvamma populaatiossa, olla ihmisen “looginen reaktio” elämän tilanteeseen, jota hän ei ole muutoin osannut ratkaista kuin oirehtimalla ulkoisella käytöksellään (Chydenius & Seppälä 2008). Kyseessä on yritys selviytyä arjen haasteiden keskellä, mutta tämä toiminta ja ratkaisuyritys purkautuu sosiaalisesti epäkypsällä tavalla. Selvitysten mukaan:

- joka toisen psyykkisesti oireilevan kehitysvammaisen ongelmat liittyvät todellisiin tilanne- tai olosuhdetekijöihin, henkilön selviytymistaidot tai voimavarat ylittäviin asumis- tai työjärjestelyihin, sosiaalisten taitojen puutteisiin tai yksinäisyyteen ja liian vähäiseksi jäävään sosiaaliseen tukeen.
- joka seitsemäs kehitysvammaisilla todetuista psyykkisistä häiriöistä liittyy suoraan johonkin hoitamattomaan somaattiseen sairauteen, kuten kilpirauhasen vajaatoimintaan tai somaattisiin kipuihin

Näitä tilanteita ei ymmärrettävästi voida ensisijaisesti hoitaa psykelääkkeillä. Tällöin ensisijaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi arjen vaatimusten suhteuttaminen ihmisen voimavaroihin; ympäristön, ohjauksetänteiden tai sosiaalisten tekijöiden tarkastelu; mielekkään arjen rakentaminen ja mahdollistaminen; kommunikaatiotapojen sopeuttaminen tai tukeminen visuaalisin materiaalein sekä perusterveyden ja somatiikan hoito. Lääkityksellä ei useinkaan voida ratkaista ympäristötekijöiden aiheuttamaa varsinaista ongelmaa, kuten liian virikkeetöntä arkea tai liian vähäisestä tuesta johtuvaa turvattomuuden tunnetta (Chydenius & Seppälä 2008). Riskinä on hoidon

medikalisoituminen, joka joskus saattaa olla enemmänkin haitallista, sillä edelleen selvitysten mukaan joka kymmenes kehitysvammaisilla todetuista psyykkisistä oireista liittyy lääkitysten sopimattomuuteen tai sen sivuvaikutuksiin. Huomattavaa on, että pitkään jatkuessa em. vaikeudet kuitenkin saattavat johtaa lopulta myös mielenterveydellisiin ongelmiin, vaikka poikkeavaksi luokiteltu käyttäytyminen ei alkujaan olisikaan ollut tästä johtuvaa (Arvio & Aaltonen 2011).

Mielenterveyden häiriössä on kyse enemmän ihmisen omien ajattelurakenteiden, tulkintojen ja tunnereagoitien poikkeavuudesta. Tällöin ihmisen tulee saada siihen asianmukainen hoito ja kuntoutus. Mitä lievemmästä älyllisestä kehitysvammaisesta on kyse, sitä paremmin yleiset, ei-kehitysvammaisille määritellyt, mielenterveyden häiriöiden piirteet sopivat kuvaamaan myös kehitysvammaisen oirekuvaa (Chydenius & Seppälä 2008). Kehitysvammaisen mielenterveyden häiriöt ovat kuitenkin usein toiminnallisempia ja suuntautuvat useammin asiakkaan lähiympäristöön. Lievästi kehitysvammaisten on todettu hyötyvän yksilöterapiasta lähes valtaväestöä vastaavasti, kunhan kognitiiviset haasteet on huomioitu mm. käytetyn kielen konkreettisuutena ja ymmärrystä on tuettu esimerkiksi visuaalisen tuen avulla (Chydenius & Seppälä 2008). Myös enemmän kognitiivista vaikeutta omaavien kehitysvammaisten on todettu hyötyvän yksilöterapiasta, joskin terapia on silloin jo hyvin käytäntöön ja todellisiin tilanteisiin vietyä ”kädestä pitäen” toteutettua. Eri terapiasuunnauksista etenkin behavioraalinen sekä kognitiivis-behavioraalinen suuntaus on vakiinnuttanut asemaansa ensisijaisena terapiasuunnauksena (Chydenius & Seppälä 2008)(Singh, Lancioni, Winton, Singh, Singh & Singh 2013). Lisäksi kehitysvammaisten on todettu hyötyvän usein myös tukea antavista keskusteluista, jossa käydä läpi esimerkiksi itsetuntoon tai ihmissuhteisiin liittyviä asioita. Tällaisen keskustelun ei toki aina tarvitse olla vain terapiassa tapahtuvaa, vaan luo toivetta aitoon keskusteluun, ihmisen kohtaamiseen ja kuunteluun myös arjen luonnollisissa kohtaamisissa. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa myös lääkityksellä on selkeä aseman neuronormaaleja vastaten (Arvio & Aaltonen 2011).

## KÄYTTÄYTYMISANALYYSI



Kattavan kuvan saamiseksi asiakkaaseen liittyvää tietoa on kerättävä laaja-alaisesti eri tahoilta. Tarkka käsitys asiakkaan käyttäytymisestä ja siihen johtavista tekijöistä auttaa suuntaamaan kuntoutusta niihin tekijöihin, joihin voidaan vaikuttaa varsinaisella yksilötyöskentelyllä sekä osaltaan osoittaa millainen rooli mahdollisilla ympäristötekijöillä ja ympäristön mukauttamisella on asiakkaan kuntoutumisessa.

Käyttäytymisanalyysi on malli ja ajattelutapa, jonka avulla pyritään hahmottamaan yksilön tilannetta mahdollisimman tarkasti tarkoituksena löytää ongelmiin ratkaisuja ja tilanteisiin uusia näköaloja (Timonen 2016). Käyttäytymisanalyysissa asiakkaan tilanne kuvataan yksilöllisesti ja se on käyttäytymisterapian vastine kliiniselle analyysille, diagnostiselle tarkastelulle tai tilanearviolle. Käyttäytymisanalyysissa asiakkaan tilannetta tarkastellaan kontekstuaalisesti suhteessa eri tilanteisiin ja pyritään saamaan käsitys syy-seuraussuhteista asiakkaan käytöksen takana. Asiakkaan tilanteen kuvauksessa pyritään mahdollisimman tarkkaan kuvaukseen, jossa eri tekijöiden vaikutussuhteet on kuvattuna. Visuaalisesti kuvattu ajatusten, tunteiden, tapahtumien ja käyttäytymisen ketju on usein myös asiakkaalle itselleen terapeutin kokemus ja lisätä hänen itsetietoisuuttaan. Edelleen asiakas voi visuaalisen tuen avulla paremmin selittää käyttäytymistään muille. Visuaalisesti mallinnettu kuvaus asiakkaan toiminnasta ja sen taustasyistä on lisäksi tehokas tapa kuvantaa ja selventää sitä asiakkaan lähiympäristölle ja lisätä ymmärrystä asiakkaan toimintaa kohtaan. Kognitiivinen-käyttäytymisterapia ja käyttäytymisanalyysi ottavat huomioon yhtä lailla sekä asiakkaan omat yksilökeskeiset tekijät että ympäristötekijät. Näin ollen se on hyvä lähtökohta ja työkalu monitahoisen kuntoutuksen pohjaksi, jossa työskentely tapahtuu sekä asiakkaan itsensä että ympäristön ja läheisten kanssa, sekä laitospohjaisessa ja yksilöterapiassa että asiakkaan omassa ympäristössä ja luonnollisissa kontakteissa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia on yksi kolmannen aallon kognitiivisia käyttäytymisterapian menetelmiä (Lappalainen 2008). Virallisesti terapiasuuntaus luetaan kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden perheeseen, vaikkakin se pitkälti perustuu muihin teorioihin. Erona useisiin muihin terapioihin on, ettei hyväksymis- ja omistautumisterapia ole sairaus käsitettä, eikä siinä yrityksenä ole muuttaa henkilökohtaisia ajatuksia tai tunteita. Sen sijaan terapiassa nähdään ajattelua ja oppimista, joista joskus on huonoja seurauksia, mikäli ihmiseltä puuttuu taito käsitellä näitä. Terapiassa keskeisessä asemassa on ns. motivaatioanalyysi, jossa painotetaan henkilökohtaisten arvojen määrittelyä. Arvot voidaan tässä nähdä asioina, joita ihminen pitää tärkeänä, jotka hän näkee vaivan arvoisena tavoitella tai yksinkertaisesti mikä on mukavaa ja mistä tykkää. Kun arvoista on saatu yhteinen käsitys, asetetaan arkeen näiden mukaisia konkreettisia tavoitteita. Tämän jälkeen terapeuttisia toimia tarkastellaan suhteessa näihin, miten ne saavuttaa ja mikä estää saavuttamasta niitä. Pääperiaatteina on siis 1) löytää mikä antaa elämälle merkityksen; miten tätä konkreettisesti toteuttaa arjessa 2) löytää mikä estää elämästä tätä merkityksellistä elämää; miten selvitä n negatiivisista ajatuksista ja tunteista, joita elämässä väistämättä tulee. Keskeisinä taitoina ajatusten ja tunteiden kanssa selviämässä ovat *tietoisuustaidot*: kyky havainnoida omia tunteita ja ajatuksiaan; kyky nähdä ajatukset vain ajatuksina ja kyseenalaistaa niiden todenperäisyys; kyky elää tässä hetkessä; kyky antaa ajatusten ja tunteiden tulla ja mennä reagoimatta niihin välittömästi toiminnalla.

Kokemukset tietoisuustaitojen soveltuvuudesta kehitysvammapopulaatioon ovat viime vuosina lisääntyneet (mm. Singh, Lancioni, Winton, Singh, Singh & Singh 2013). Mittavaa ja laadukasta tutkimustietoa ei vielä tällä hetkellä ole, mutta toteutettujen tutkimusten sekä kertyneiden kliinisten kokemusten perusteella maailmalla on herännyt kiinnostus ja toivo tietoisuustaitojen ja hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisten menetelmien käytöstä kehitysvammapopulaatiossa.

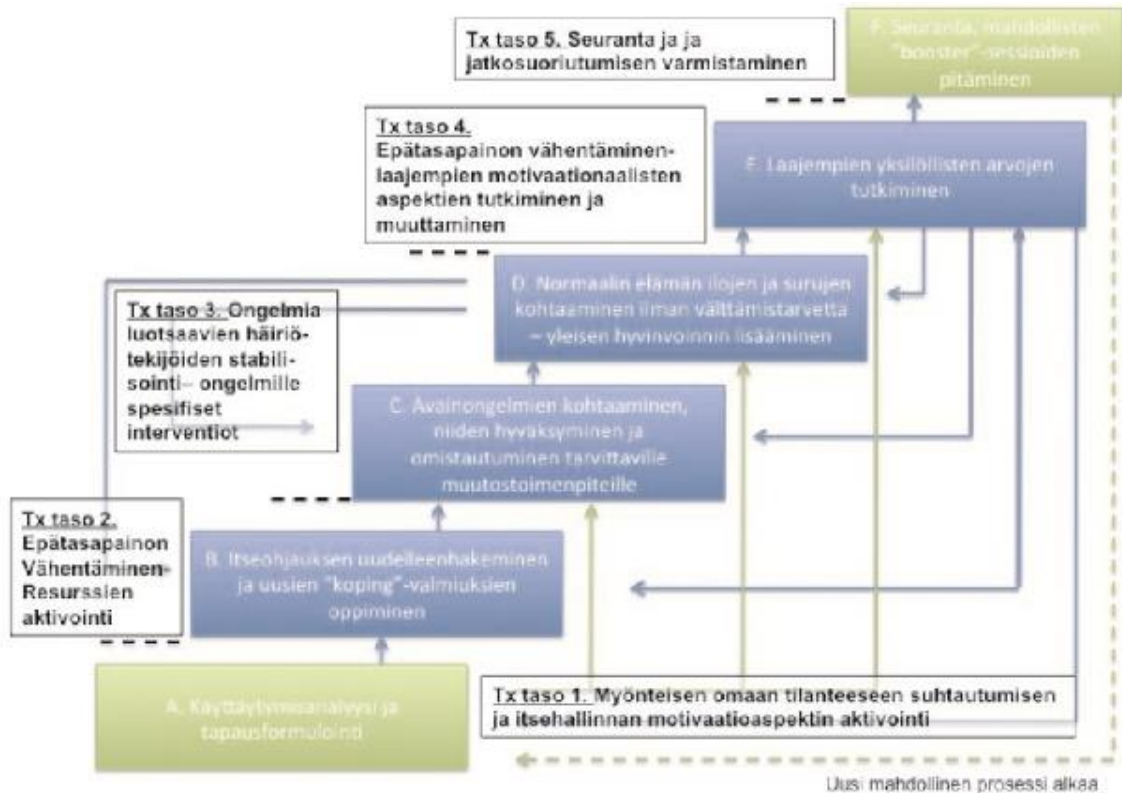
OSASTOJAKSO OSANA KUNTOOUTUMISEN PROSESSIA

Kriisiytynyt tilanne pyritään ensisijaisesti hoitamaan avopalveluiden kautta, jossa samalla tapahtuu myös osastohoidon ja -jakson tarpeen arviointi. Osastojakson tarve voi syntyä esimerkiksi:

- vakavissa käytöksen tai mielenterveydenhäiriöissä, joissa asiakkaan käytös muuttuu ratkaisevasti aiemmasta eikä asiakkaan vaatimaa hoitoa ja huolenpitoa kyetä resursoimaan hänen nykyisessä asuinpaikassaan
- tilanteeseen liittyy selkeästi kuormittavia sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä ongelmia, jotka vaikeuttavat kokonaisuuden hahmottamista siinä määrin, että tilanteen katkaisu osastojaksolla on tarpeen
- suuret tarkkaa seurantaa vaativat lääkemuutokset
- asumisen taitojen ja tuen tarpeen arviointi muuttoa tai muuta asumisenjärjestelyä edeltäen
- sopivan asumispaikan puute

Asiakkaan kuntoutuspolun kuvaamiseen voidaan soveltaa Timosen (Timonen 2016) soveltamaa mallia hoidon ja terapian etenemisestä ja vaiheistamisesta (kuva 1). Vaiheessa 1 keskeisenä tavoitteena on myönteisen omaan tilanteeseen suhtautumisesta ja itsehallinnan vahvistamisesta, asiakkaan motivoinnista terapeuttiseen työskentelyyn ja luodaan luottamuksellinen ja positiivinen työskentelyilmapiiri. Asiakkaan tilanteesta luodaan käyttäytymisanalyysi, joka tulee olemaan pohja jatkotyöskentelylle. Vaihe 2 keskittyy epätasapainon vähentämiseen ja asiakkaalla aiemmin olleiden taitojen ja toimintakyvyn palauttamiseen. Vaihe 3 keskittyy mahdollisten uusien, ongelmille keskeisten taitojen harjoitteluun, joiden puute aiemmin altisti ongelmien kehittymiselle. Vaihe 4 keskittyy tulevaisuuden hyvinvointia tukevien tekijöiden tunnistamiseen ja vakiinnuttamiseen. Vaihe 5 on jatkoseuranta.

Osastokuntoutuksen rooli tässä kokonaismallissa painottuu vaiheisiin 1 ja 2 sekä osin myös vaiheeseen 3. Osastojakson aikana voidaan myös yhteisesti suunnitella ja



Kuva 1: Timosen sovellus terapian kokonaismallin etenemisestä

hahmotella vaihetta 4, mutta etenkin normaaliin elämään kuuluvien ilojen ja surujen kohtaamisessa fokus on jo avopalveluissa. Osastojakson aikana voidaan yhteistyössä hahmotella ja suunnitella asiakkaan kuntouttavaa arkea, jossa hänen voimavaransa, kykynsä ja mielenkiinnon kohteensa ovat linjassa arjen vaatimusten, tuen ja mahdollisuuksien kanssa. Tällaisen arjen rakentaminen, uusien taitojen ja toimintamallien vakiinnuttaminen arkeen on kuitenkin lopulta tapahduttava asiakkaan luonnollisessa ympäristössä ja luonnollisissa kontakteissa, tarvittaessa avohuollon palveluiden ohjaamana ja tukemana.

Näin ollen osastojakson rooli osana asiakkaan kuntoutumisen kokonaisuutta painottuu tässä mallissa lähinnä kriisiytyneen tilanteen vakauttamiseen, aiemman toimintakyvyn palauttamiseen, mahdollisesti asiakkaan arjessaan tarvitsemiensa uusien taitojen harjoitteluun sekä jatkohoidon suunnitteluun ja kotiutumisen valmisteluun.

### *Yhteistyön merkitys*

Kehitysvammaisen kuntoutuksessa avun ja tuen antamiseen pyritään samanaikaisesti kolmea tietä: 1) vahvistamalla asiakkaan omaa toimintakykyä ja valmiuksia 2) toimintaympäristön ja vaatimusten mukauttamisella asiakkaan tarpeita ja kykyjä vastaavaksi 3) tarjoamalla ulkoista apua niissä tilanteissa, joihin asiakkaan omat toimintakyvyt eivät riitä (Chydenius & Seppälä 2008). Kuvan (kuva 2) mukaisesti kuntouttavat ja terapeuttiset toimenpiteet liittyvät lähinnä asiakkaan vahvistamiseen. Kuitenkin asiantuntijoilla ja erityistyöntekijöillä on roolinsa myös ympäristötekijöiden huomioimisessa ja suunnittelussa sekä henkilökohtaisen avustamisen ja mukautuksien suosittelussa ja palvelujen suunnittelussa.



*Kuva 2: Asiakkaan kuntoutumisen tukeminen tapahtuu monelta suunnalta.*

Yhteistyötä tehdään läpi osastokuntoutuksen asiakkaan, omaisten, asiakkaan oman toimintaympäristön sekä hoidon ja huolenpidon toteuttamiseen osallistuvien tahojen välillä.

## MIELENTERVEYSYKSIKÖN TOIMINNAN KUVAUS

Eskoon Mielenterveysyksikkö toimii Tuulentupa-osastolla Eskoon palvelukeskuksen alueella. Yksikössä on tällä hetkellä viisi (5) asiakaspaikkaa. Yksikkö tarjoaa yksilöllisen, asiakkaan tarpeista lähtevän tutkimus- ja kuntoutusjakson ympäri vuorokauden valvotussa ja turvallisessa ympäristössä, erityistä tukea tarvitsevalle nuorelle tai aikuiselle. Jakson tarve alkaa usein siitä, että asiakkaalla on mielenterveydellisiä tai käyttäytymisen haasteita, joita ei ole asiakkaan asumisympäristössä pystytty selvittämään ja hoitamaan avohoidon keinoilla.

Mt-yksikössä arvioidaan asiakkaan psyykkistä vointia, elämäntilannetta, toimintakykyä ja tuen tarvetta kokonaisvaltaisesti osastojakson aikana. Ensimmäisinä päivinä on tärkeää tilanteen haltuunotto sekä vakauttaminen ja saada kartoitettua asiakkaan tilanne mahdollisimman monipuolisesti. Asiakkaaseen pyritään luomaan luottamuksellinen suhde ja saada arki vakiinnutettua. Kehitysvammaisten mielenterveysongelmien hoidossa sujuva yhteistyö asiakkaan lähipiirin kanssa on hyvin tärkeää. Tämän takia mt-yksikön henkilökunta pyrkii jakson aikana kartoittamaan asiakkaan verkostoa mahdollisimman hyvin.

Osastojaksolla korostuu omahoitajuus, sillä osastolla päävastuu asiakkaan hoitoprosessista on omahoitajilla. Jakson suunnitteluun, toteutukseen ja hoidon vaikuttavuuden seurantaan kuuluu paljon kirjallista työtä. Mt-yksikössä käytetään sähköistä potilastietojärjestelmää, johon kirjataan esimerkiksi päivittäisiä huomioita asiakkaan voinnista. Efficasta löytyy myös omahoitajien tekemä asiakkaan hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma rakentuu asiakkaasta saaduista esitiedoista ja käyttäytymisanalyysista, joka on koottu asiakkaalta, tämän lähiympäristöltä saatujen tietojen pohjalta, sekä siitä mitä havaintoja henkilökunta on asiakkaasta tehnyt jakson aikana.

Osastojaksolla kartoitetaan asiakkaan psyykkistä vointia ja psykososiaalista toimintakykyä ja yritetään selvittää niitä tekijöitä, jotka ovat johtaneet ongelmiin jotka aiheuttavat stressiä sekä niitä puolia, jotka edesauttavat selviytymistä. Osastolla käydään

asiakkaan kanssa keskusteluja, joiden tarkoituksena on muun muassa asiakkaan omien voimavarojen tunnistaminen ja löytäminen, sekä saada asiakkaan omaa ääntä kuuluviin. Työvälineinä jaksolla käytetään esimerkiksi erilaisia arviointilomakkeita (TOIMI, PSYTO...), ”keskustelu kortteja” kuten vahvuuskortit, Talking Mats menetelmää, tulohaastattelulomaketta... Osastolla tapahtuvan toiminnan tavoitteena on tukea asiakkaan kuntoutusta ja omien voimavarojen käyttöönottoa. Hänelle tarjotaan tavoitteellista ohjausta ja tukea, sekä kuntouttavaa toimintaa voinnin mukaan.

Osastolla aloitetaan ensin ihan arkisista toiminnoista, kuten oman hygienian huolehtimisesta ja kodinhoidollisista töistä. Ohjattua toimintaa on tarjolla Eskoon alueella. Toimintaa pyritään myös suuntaamaan Eskoon ulkopuolelle yksilöllisesti, esimerkiksi ostosreissut, kirjastokäynnit, autoajelut, kulttuuritapahtumat. Päiviin pyritään saamaan toimintaa, mutta pyritään muistamaan myös lepo, sillä yleensä asiakas tulee jaksolle huonossa kunnossa. Stressitaso pyritään pitämään matalana. Jokaisen arjesta olisi kuitenkin löydyttävä toimintaa, joka on vain mukavaa mutta ei kuormittavaa. Omahoitajat laativat yhdessä asiakkaan kanssa yksilöllisen viikko-ohjelman, joka koostuu jokapäiväisten ruokailujen ja arkitoimien lisäksi asiakkaalle sopivista toiminnoista.

Jakson suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin osallistuu mt-yksikön moniammatillinen työryhmä yhdessä Eskoon asiantuntijapalveluiden kanssa. Työryhmään kuuluu osastonhoitaja, sairaanhoitajat, sosiaalihoitajat ja lähihoitajat, sekä asiantuntijapalveluista tiimi, johon kuuluu ylilääkäri, psykologi, neuropsykiatriset (jalkautuvat) sairaanhoitajat, kuntoutussuunnittelija, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti.

Jaksolla lääkäri tarkistaa lääkityksen ja tekee tarvittavia muutoksia tilanteen mukaan. Osastolla henkilökunta seuraa ja arvioi lääkemuutosten vaikuttavuutta, sekä kertoo niistä lääkärille. Psykologin tapaamiset kuuluvat useimmiten hoitojaksoon. Tarvittaessa asiakkaalla on mahdollisuus saada muidenkin erityistyöntekijöiden palveluita (toimintaterapeutti, fysioterapeutti, musiikkiterapeutti, autismituntoutusohjaaja, seksuaalineuvoja, muuttovalmentaja...). Erityistyöntekijöiden tapaamiset pyritään kartoittamaan ja sopimaan jo mahdollisimman aikaisessa vaiheessa jaksoa. Erityistyöntekijöiltä saatuja ohjeita toteutetaan osastolla asiakkaan kanssa, esimerkiksi

fysioterapeutin laatimia ohjeita rentoutumiseen ja kuntoiluun. Myös esimerkiksi Hyvän elämän kompassi verkko-ohjelman harjoituksia tehdään asiakkaiden kanssa osastolla, jotka kyseisestä ohjelmasta hyötyvät. Kompassin harjoitukset pohjautuvat hyväksymis- ja omistautumisterapiaan (HOT).

Asiakkaan jakson etenemistä arvioidaan viikoittain. Tiistaisin kokoontuu moniammatillinen tiimi keskustelemaan asiakkaan hoidon toteutumisesta ja mahdollisista muutoksista suunnitelmissa. Osaston havainnot asiakkaan arjen sujumisesta ja psyykkisestä voinnista on tärkeää. Hoitajakson aikana pidetään välipalavereja, jossa on mukana työryhmän jäsenten lisäksi yleensä asiakas itse, asiakkaan omaisia, lähitoimijoita sekä kunnan edustaja. Näissä verkostopalavereissa käydään kulunutta jaksoa läpi, pohditaan yhdessä asiakkaan lähipiirin kanssa miten jatkossa hankalista tilanteista olisi mahdollista selviytyä. Sekä mikä on asiakkaalle riittävä tuen määrä ja vastaa asiakkaan omia voimavaroja sekä mikä on sopiva asumismuoto. Ennen jakson loppua on oleellista saada siirrettyä jaksolla luodut hyvät käytännöt asiakkaan mukana hänen toimintaympäristöönsä. Jakson aikana pyritään toteuttamaan vierailuja asiakkaan toimintaympäristöön ja/tai asumispaikasta tulee joku seuraamaan osastolle toimintaa asiakkaan kanssa. Tapaamiset antavat myös vastaanottavalle paikalle aikaa reagoida tarvittaviin muutoksiin tai hankintoihin, esimerkiksi jos asiakkaalle on jaksolla otettu kuvat käyttöön. Jakson lopulla pidetään päätöspalaveri. Jaksosta tehdään kirjallinen yhteenveto ja jakson jälkeen voidaan tarvittaessa tehdä seurantakäyntejä asiakkaan omaan toimintaympäristöön. Osastojakson jälkeen tehdään kaikille kahden kuukauden kuluttua seurantasoitto, jonka tarkoituksena on kartoittaa osastojakson hyötyjen siirtymistä arkeen sekä mahdollisen tuen ja neuvojen antaminen arjessa toimimisen tueksi.

## OSASTOJAKSO

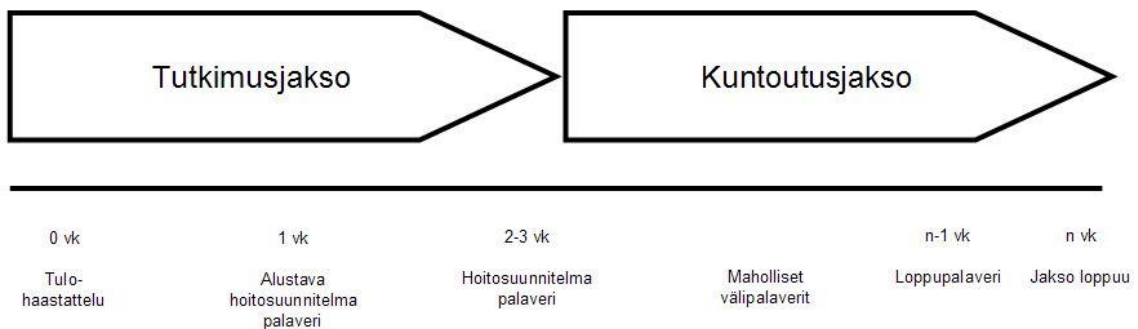
### *Alkukartoitus*



Yhteydenotto avohoidon ja/tai osastojakson tarpeesta tapahtuu Eskoon kuntoutussuunnittelijan kautta. Yhteyttä voidaan ottaa kunnan vammaispalveluiden, avopalveluiden, suoraan asiakkaan omaisten tai asumisyksikön toimesta sekä harvemmin myös muuta kautta. Sopimuksen osastolle tulosta ja maksusitoumuksen hoitaa Eskoon kuntoutussuunnittelija yhteistyössä oman kunnan vammaispalvelujen kanssa.

Kun asiakkaan tulo osastolle varmistuu, pyritään asiakkaan tulo ensisijaisesti toteuttamaan niin, että jokaisella osapuolella on riittävästi aikaa valmistautua tilanteeseen. Tänä aikana osastolta ollaan yhteydessä lähiomaisiin tai asumisyksikköön. Tarkoituksena on saada alustava käsitys asiakkaan tilanteesta. Tietoa kerätään asiakkaan hyvin tuntevalle taholle lähetettävällä tulohaastattelu-lomakkeella, yhteistyöllä mahdollisten avohoidon tai paikallisten palveluiden kanssa sekä tutustumalla aiempiin tietoihin. Kriisitilanteissa osastojakso alkaa heti, kun paikkoja vapautuu.

Osastokuntoutus on jaettu tutkimus- ja kuntoutusjaksoon kuvan 3 mukaisesti. Jakson aikana pyritään pitämään yhteisiä hoidon ja kuntoutuksen suunnitelupalavereja tarpeen mukaan



*Kuva 3: Tutkimus- ja kuntoutusjakso sekä ennalta suunnitellut palaverit*

#### *Tutkimusjakso*

Osastojakso alkaa 2-3 viikon mittaisella tutkimusjaksolla. Osastolle tulotilanne tehdään asiakkaalle mahdollisimman helpoksi. Tutkimusjakson ensimmäisiä tavoitteita on vakauttaa tilannetta. Tilanteen vakauttamisessa keskeistä on yleisen stressitason,

epätietoisuuden ja epävarmuuden vähentäminen. Turvallisuuden tunteen ja luotettavan kontaktin syntyminen hoitavaan henkilökuntaan on ensisijaista tilanteen vakauttamisessa ja positiivisen työskentely ilmapiirin luomisessa. Samoin rakennetaan myös avointa ja luottamuksellista suhdetta asiakkaan perheeseen ja muuhun lähiympäristöön. Yhteistyö asiakkaan lähiympäristön kanssa on tärkeässä asemassa osastojakson vaikuttavuuden kanssa, siinä miten osastolla luodut toimintamallit, suositukset ja mahdolliset uudet taidot saadaan vakaaksi osaksi jakson jälkeistä arkea. Alkujakso rauhoitetaan osaston ulkopuolisista menoista, asiakkaalle annetaan mahdollisuus omaan aikaan ja rauhoittumiseen. Samalla huolehditaan asiakkaan turvallisuudesta ja viihtyvyydestä osastolla.

Ensimmäisen viikon ”teemana” on taustatietojen kerääminen ja käsityksen saaminen tilanteesta ja asiakkaasta sekä tarkentaa osastolle tuloon johtaneita syitä ja tapahtumia. Asiakkaan kanssa käydään läpi, kognitiivinen taso huomioiden, hänen kokemuksiaan arjen sujumisesta ennen osastolle tuloa sekä osastolle tuloon johtaneita syitä. Asiakkaalle selkiytetään, että kyseessä on tilapäinen asuminen, jonka aikana pyritään kuntoutuksellisiin toimenpiteisiin. Näin asiakkaalle pyritään luomaan myönteinen suhtautuminen omaan tilanteeseensa ja motivoitumaan kuntoutukseen. Asiakkaasta kerätään saatavilla oleva tietoa mm. aiemmista hoitokontakteista ja tutkimuksista. Noin tutkimusjakson puolella välissä kutsutaan kokoon ensimmäinen hoitosuunnitelmapalaveri, johon osallistuu tahoja osastolta, asiantuntijapalveluista sekä asiakkaan arkiympäristössä. Hoitosuunnitelmapalaveri on pienimuotoinen, matalankynnyksen tapaaminen, joka noudattaa käyttäytymisanalyyttistä ajattelutapaa ja tavoitteena on saada kuva asiakkaan ongelmista ja käytöksestä arkiympäristössään. Hoitosuunnitelmapalaverin perusteella tehdään alustava hoitosuunnitelma, mihin ensimmäisenä pyritään tarttumaan ja selvittämään.

Toisen viikon ”teemana” on asiakkaan tilanteen kuvaus sovelletun käyttäytymisanalyysin mukaisesti. Tutkimusjakson aikana hoitava henkilökunta on kerännyt huomioita ja ajatuksia asiakkaan kansioon ja asiakas on saanut kertoa omat näkemyksensä tilanteestaan. Tutkimusjakson aikana tarvittavat taustatiedot on kerätty ja kartoitukset tehty. Näiden tietojen pohjalta laaditaan käyttäytymisanalyttinen kuvaus asiakkaan

tilanteesta. Tässä pyritään muodostamaan käsitys mitkä tekijät asiakkaassa itsessään (taitoprofiili ja sen neurokognitiiviset puutokset, motivaatiotekijät, tunne-elämän kehittyneisyys, sosiaaliset taidot, elämänhistoria ym.) ovat tilanteeseen johtaneet ja millaista vahvistamista hän tarvitsee. Toisaalta luodaan arvio siitä, mikä on mahdollisesti enemmän ympäristön tekijöistä johtuvaa käyttäytymistä ja millaisista mukautuksista ja tuesta hän mahdollisesti hyötyisi kuntoutumisensa tukena. Samalla luodaan arviota mihin asioihin voidaan osastojakson aikana tarttua ja mitä juuri tämä asiakas ensimmäisenä tarvitsee. Tarpeiden mukaan tarvittaessa varata tapaamiset eri asiantuntijoille. Näin interventio kohdistuu alusta lähtien sekä asiakkaaseen itseensä että hänen ympäristöön.

Ympäristötekijöitä arvioitaessa ajatuksena on, että asiakkaan haastava käytös on seurausta hänen kykyjensä ja ympäristön vaatimusten sekä toisaalta hänen omien toiveiden ja ympäristön mahdollisuuksien välisestä ristiriidasta. Tällöin olennaista on ohjauskäytänteiden ja ympäristön struktuurien uudelleen arviointi ja mukauttaminen asiakkaan tarpeista lähteväksi sekä ympäristötekijöihin vaikuttaminen. Psykiatrisia tekijöitä arvioitaessa arvio perustuu kliinisesti painottuneeseen asiakkaan ja lähiympäristön haastatteluun, osastojakson aikaisiin havaintoihin, strukturoituihin kysely- ja haastattelulomakkeisiin sekä kokonaisarvioon tilanteesta. Keskeistä on löytää tutkittavan vahvuuksia ja mielenkiinnonkohteita, joihin kuntoutus voi nojata. Tutkimusjakson päättyessä kuntoutusjakson ja hoidon suunnittelu tapahtuu viikoittain kokoontuvassa moniammatillisessa tiimissä.

#### *Kuntoutusjakso*

Kuntoutusjaksolla keskitytään asiakkaan vahvuuksiin, hyvän elämän suunnitteluun, tarvittavien taitojen käyttöönottoon ja kehittämiseen sekä asukkaan ympäristöön suuntautuvaan yhteistyöhön. Olennaista on turvallisen ilmapiirin ja luottamuksellisen suhteen syntyminen osastolla, arvokas kohtaaminen arjessa sekä asiakkaan kokemusten oikeellinen validointi. Arjen vaatimukset tasapainotetaan asiakkaan kykyjen ja aina sen hetkisen sietokyvyn mukaan. Kuntoutusjakson aikana varmentuu asiakkaan arjen todellisen tuen tarve, jonka mukaan asumisen ja tuen kuvioita suunnitellaan. Yhtenä vaihtoehtona tällöin tulee mahdolliseksi asiakkaan muuttaminen vahvemman tuen piiriin.

Kuntoutusjakso ja hoitosuunnitelma luodaan yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Kuntoutuksen ja hoidon suunnittelu, arviointi ja seuranta tapahtuvat viikoittain kokoontuvassa moniammatillisessa tiimissä. Kuntoutus perustuu kolmeen pääkohtaan: 1) elämän tilanteen ja arjen rutiinien vakauttaminen ja tukeminen; 2) yksilöterapeuttiset tapaamiset; 3) mielekäs vapaa-aika ja yhteisöllisyys.

Arjen ja rutiinien vakauttaminen: Asiakas osallistuu kykyjensä ja vointinsa mukaan osaston arjen toimintoihin. Asiakkaan arjessa pyritään säännölliseen vuorokausirytmiiin, hygienianhoitoon, ruokailuihin, lääkitykseen sekä muihin toistuviin tapahtumiin. Tavoitteena on rakentaa asiakkaalle hallittava arki, jossa arjen vaatimukset ja hänen kykynsä ovat tasapainossa. Hallitussa arjessa asiakas tietää mitä tällä hetkellä ja seuraavaksi tapahtuu, hänellä on ympärillään ihmisiä joihin hän kykenee luottamaan, hän saa tarvitsemansa ohjauksen ja tuen toimintoihin. Arjen hallinnan tueksi otetaan ja vakiinnutetaan tarvittaessa käyttöön ajan hallinnan apuvälineitä, kuten kuvallinen päiväjärjestys, time-timer sekä toisaalta puhetta ja tapahtumien ymmärtämistä tukevat menetelmät, kuten sosiaaliset tarinat ja tunnekuvat. Hallittu ja ymmärrettävä arki on keskeisessä osassa turvallisuuden tunteen rakentamisessa.

Yksilöterapeuttinen työskentely: Asiakkaan yksilöterapeuttisen kuntoutuksen tarve arvioidaan viikoittain kokoontuvassa moniammatillisessa tiimipalaverissa. Yksilöterapeuttinen kokonaisuus rakennetaan asiakkaan käyttäytymisanalyysissa nousseiden tarpeiden perusteella. Käynnit toteutuvat pääsääntöisesti Eskoon alueella erityistyöntekijöiden vastaanotoilla, mutta tarvittaessa myös erikseen sovitusti muualla. Yksilöterapeuttiset käynnit ohjaavat asiakkaan kuntoutumisen suunnittelua ja niissä käytävät prosessit nivotaan osastolla tapahtuvaan arkeen. Yksilökäynneillä esiin nousseita asioita pyritään siirtämään asiakkaan arkeen sekä toteuttamaan ja huomioimaan niitä käytännössä ja arjen ohjaustilanteissa. Kehitysvammainen tarvitsee taitojen vakiintumiseen runsaasti toistoa ja eri tilanteissa. Tällaisen taitojen vakiinnuttamisen tulee tapahtua arjessa, jolloin se on osa osastolla tapahtuvaa päivittäistä kuntoutusta ja tavoitteellista ohjausta.

Mielekäs vapaa-aika ja yhteisöllisyys: Asiakkaan ohjattu vapaa-aika koostuu osastojakson puitteissa osasto-ohjaajan vetämistä ryhmistä, osaston hoitohenkilökunnan ohjaamista vapaa-ajan toiminnoista sekä Eskoon yhteisistä ryhmistä. Tämän lisäksi asiakkaalla on omaa vapaata aikaa, jolloin hän mahdollisuuksien mukaan voi harrastaa itseään kiinnostavia asioita. Erityskoulutus- ja päivätoimintayksikkö Kaarisilta tarjoaa päiväaikaista toimintaa Eskoon alueella. Asiakkaille mietitään yhteistyössä Kaarisillan kanssa hänelle sopivaa ja mahdollisimman mieleistä päivätoimintaa, kuten kädentaito-, musiikki-, draamaryhmiä sekä iltoihin painottuvaa vapaa-ajan toimintaa. Voinnin mukaan toimintaa suunnataan osastolta ja Eskoosta ulospäin, kuten kesäisin uimaretkiin tai torikahvilaan. Yhteydenpitoa läheisiin tuetaan tarpeen mukaan, asiakkaat voivat soittaa läheisilleen tai käydä päivisin vierailuilla ja suunnitellusti kotilomalla. Mikäli asiakkaalla on omia harrastuksia, näiden jatkamiseen tuetaan. Näin ote pysyy arjessa ja kotiutuminen jakson jälkeen on helpompaa.

#### *Jatkoseuranta*

Kun selkeätä tarvetta osastokuntoutukselle ei enää ole ja asiakas on kotiutuskuntoinen, kutsutaan koolle kuntoutusjakson loppupalaveri. Loppupalaverissa kootaan yhteen jaksolla tehdyt tutkimukset ja kuntouttavat toimenpiteet sekä näiden pohjalta laaditut kuntoutussuunnitelmat jatkohoidon suhteen. Loppupalaveri ajoittuu noin viikkoa ennen suunniteltua jakson loppumista, jotta asumisyksiköllä on aikaa valmistautua asiakkaan kotiutumiseen ja toteuttaa mahdollisesti suositeltuja muutoksia asuinympäristöön. Kuntoutusjaksoon kuuluu 1-2 käyntiä asiakkaan, joista ensimmäisen suositellaan tapahtuvan hieman ennen kotiutumista ja toisen kotiutumisen jälkeen. Näiden toteutumisesta huolimatta osaston hoitava henkilökunta suorittaa noin kuukauden päästä seurantasoiton tilanteen päivittämiseksi, joka on osin myös sisäistä laaduntarkkailua. Näin pyritään varmistamaan kotiutumisen sujuminen, siirtämään kuntoutusjaksolla kertynyttä tietotaitoa ja ”hiljaista tietoa” sekä tukemaan asiakkaan uusien taitojen siirtymistä eri ympäristöön. Osastokuntoutuksen loppuessa asiakas on vielä usein toipilas ja avohuollon palveluiden tarpeessa, jotka pyritään tarvittaessa sopimaan jo jakson loppupalaverissa.

## LÄHTEET

Arvio Maria & Aaltonen Seija (2011). Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Chydenius Esa & Seppälä Heikki (2008). Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia kehitysvammaopotilaiden hoidossa. Teoksessa: Seppo Kähkönen, Irina Karila & Nils Holmberg. *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 409-419.

Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnoses. Teoksessa: C.M. Franks (Ed.). *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York, NY: McGraw-Hill.

Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1976). An outline for behavioral diagnosis. Teoksessa: E.J. Mash & L.G. Terdal (Eds.). *Behavior therapy assessment, diagnosis, design and evaluation*. New York, NY: Springer.

Korventaival, Nina ym. (2012). Haastavan käyttäytymisen määrittely. *HAASTE-hankkeen julkaisuja*.

Koskentausta Terhi (2008). Kehitysvammaisten psyykkiset oireet selvitettävä moniammatillisesti. *Suomen Lääkärilehti* 63:42, 3533-3540.

Lappalainen Raimo (2008). Hyväksymis- ja omistautumisterapia. Teoksessa: Seppo Kähkönen, Irina Karila & Nils Holmberg. *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 510-527.

Singh Nirbhay, Lancioni Giulio, Winton Alan, Singh Angela, Singh Ashvind & Singh Judy (2013). Mindfulness-Based Approaches. Teoksessa: John Taylor, William Lindsay, Richard Hastings ja Chris Hatton. *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. Wiley-Blackwell. 253-266.

Timonen Tero (2016). ”Kallonkutistajan käsikirja” – Neuro-kognitiivisen käyttäytymisanalyysin (N-KKA) näkökulma elämäntilanteen ja ongelmien analyysissä, pääkohteena neuropsykiatriset ongelmat. Joensuu: PsyDesign - Psykologinen hyvinvoinnin ja elinympäristön suunnittelu