

Kognitiivisessa psykoterapiassa tapahtuva muutos assimilaatiomallin mukaan

Hanna Heiska

Tiivistelmä

Psykoterapiassa keskeistä on muutoksen tapahtuminen potilaan ongelmallisessa kokemuksessa. William Stilesin (1990) kehittämän assimilaatiomallin mukaan potilaan ongelmallinen kokemus sulautuu, assimiloituu, potilaan olemassa olevaan skeemaan, muokaten, akkomodoiden, sitä. Muutos tapahtuu potilaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutuksessa. Potilaan suhde ongelmalliseen kokemukseen kulkee ennustettavien vaiheiden läpi. Assimilaatiomallissa vaiheita on kahdeksan: torjutun kokemuksen, epämiellyttävien ajatusten, heikon tietoisuuden, ongelman selkiytymisen, oivalluksen, ongelman läpityöstämisen, ongelman ratkaisun ja hallinnan vaiheet.

Mallin keskeiset käsitteet ovat skeema, ongelmallinen kokemus, assimilaatio ja akkomodaatio. *Skeema* on potilaan henkilökohtaiseen kokemukseen tai käyttäytymiseen liittyvä ajattelumalli. *Ongelmallinen kokemus* aiheuttaa psykologista epämukavuutta tullessaan tietoisuuteen tai saadessaan aikaan toimintaa. Ongelmallinen kokemus ei ole riittävästi sisällytettävissä potilaan olemassaoleviin skeemoihin. Assimiloidessaan uutta kokemusta skeema ”ottaa sen sisään”, ts. uusi kokemus *assimiloituu* olemassaoleviin skeemoihin. *Akkomodaatio* tapahtuu samanaikaisesti assimilaation kanssa ja kuvaa olemassaolevan skeeman ja uuden kokemuksen muokkautumista.

Tässä artikkelissa esitellään assimilaatiomalli kognitiivisesta psykoterapiasta poimittujen otteiden avulla. Mallia käsitellään eri psykoterapiasuuntausten valossa. Assimilaatiomallin toimivuutta tutkitaan käytännön työssä ja pohditaan sen mahdollisia sovelluksia. Mallia esitellään sekä kognitiivisen psykoterapian potilastapauksen että lyhyempien potilasesimerkkien avulla. Työn esimerkkipotilas liikkuu psykoterapian aikana heikosta tietoisuudesta ongelmanratkaisun vaiheeseen. Muutos tapahtuu sekä emotionaalisella, kognitiivisella että toiminnallisella tasolla.

Assimilaatiomalli kuvaa hyvin potilaan tietoisuutta omista ongelmistaan ja sisäisestä maailmastaan. Mallin vahvuutena on kyky sanoittaa potilaan suhdetta ongelmalliseen kokemukseen riippumatta siitä, mitä menetelmiä terapiassa on käytetty tai minkä suuntauksen mukaan työskennelty. Assimilaatiomallin avulla on mahdollista hahmottaa

konkreettisemmin, millaista muutosta kussakin terapiassa olisi realistista tavoitella. Tavoitteena ei välttämättä ole saavuttaa täyttä hallintaa ongelman suhteen terapian aikana. Mallin avulla ei kuitenkaan arvioida ongelmien suhteellista luonnetta (esimerkiksi elämäntilanteen tai ihmissuhteiden vaikutusta). Malli kuvaa muutosta, johon vaikuttavat tekijät jäävät terapeutin ja potilaan yhteisen arvioinnin varaan.

Assimilaatiomallissa voi nähdä yhtymäkohtia McConnaughyn, DiClementen, Prochaskan ja Velicerin (1989) muutosvaihemalliin, jota on käytetty muun muassa riippuvuusongelmien hoidossa ja elämäntapamuutoksissa. Vähäsarja ja muut (2004) esittävät, mitä mikäkin vaihe muutosvaihemallissa edellyttää työntekijältä potilaan suhteen (Marcus ja muut, 1992, Prochaska & Norcross, 2003 ja Prochaska & Diclemente, 1983). Tätä tietoa olisi mahdollista hyödyntää myös psykoterapiatyössä soveltamalla muutosvaihemallin eri vaiheiden työntekijältä edellyttämiä toimia assimilaatiomallin samoja piirteitä omaaviin vaiheisiin.

1. Johdanto

Psykoterapiassa keskeisintä on muutoksen tapahtuminen jollain tasolla. Tähän pyritään riippumatta siitä, mitä menetelmiä tai toimintatapoja terapiassa käytetään tavoitteen saavuttamiseksi. Asiakas hakeutuu psykoterapiaan odottaen ymmärrystä ja muutosta ongelmalliseksi kokemassaan asiassa. Stilesin assimilaatiomalli tarjoaa sopivan viitekehyksen muutoksen tutkimiseen psykoterapiassa riippumatta terapian aikana käytetyistä lähestymis- ja työskentelytavoista.

Stilesin ja muiden (1990, 411) mukaan onnistuneessa terapiassa ongelmallinen kokemus assimiloituu (ikään kuin sulautuu) asteittain vanhan skeeman muokkautumisen kautta uuteen skeemaan, joka on kehittynyt terapeutin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa tai terapeutin esittelemänä. Assimiloitumisen tapahtuessa potilaan suhde ongelmalliseen kokemukseen kulkee ennustettavien vaiheiden läpi. Potilaan suhde ongelmalliseen kokemukseen on ensialkuun välinpitämätön tai muistamaton. Assimilaation tapahtuessa potilas kokee ensin ongelman akuutin kivuliaaksi. Tämän tapahduttua kokemus ongelmasta on vähemmän tuskallinen ja enemmän askarruttava. Tämän jälkeen suhde ongelmaan muodostuu ymmärretyksi ja lopulta se on luottavaisin mielin hallittu.

Stilesin työryhmän (1990, 411) assimilaatiomalli on integratiivinen, yhdistäen teemoja psykodynaamisesta, kokemuksellisesta, kognitiivis-behavioraalista, konstruktivistisesta ja kognitiivisesta teoriasta sekä kehityspsykologiasta. Malli ei edellytä tiettyä terapeutista lähestymistä tai metodologiaa tuottaakseen oletetun muutosketjun. Stilesin työryhmä (1991, 196) painottaa, että eri terapiasuuntausten erilaiset skeeman sisällöt (esimerkiksi metaforat, jotka pohjautuvat myyttisiin teemoihin tai behavioraaliset periaatteet) tai tapa, jolla skeemaa rakennetaan (esimerkiksi aktiivinen terapeutin ideoiden esittäminen tai potilaan itsensä esiinnotta skeeman laajentaminen) eivät vaikuta mallin toimivuuteen. Työryhmän mukaan monenlaiset tavat uudelleenmuokata skeemaa voivat tuottaa potilaan kokeman hyödyllisen muutoksen. Malli ei itsestäänselvästi kuvaakaan sitä, kuinka terapeutin tulisi toimia eri tilanteissa (Barkham ja muut 1996, 7).

Assimilaatiomalli pyrkii luomaan puitteet ymmärrykselle siitä, mitä terapiassa on tapahtumassa. Koska muutos ongelmallisessa kokemuksessa on keskeinen tavoite psykoterapiassa, voisi assimilaatiomalli toimia muutoksen arvioinnissa psykoterapeutin tärkeänä reflektion apuvälineenä.

Esittelen Stilesin (1990) assimilaatiomallin, myös eri terapiasuuntausten valossa, ja pyrin kuvaamaan mallia potilaani kognitiivisen psykoterapian kautta. Esittelen mallin vaiheet käytännön terapiatyöstä poimittujen otosten avulla. Pohdin mallin toimivuutta kognitiivisessa psykoterapiatyössä ja mahdollisuuksia sen soveltamiseen.

2. Assimilaatiomalli

Assimilaatiomalli on William Stilesin työryhmän (1990) kehittämä psykoterapiassa tapahtuvaa muutosta kuvaava malli. Assimilaatiomallin keskeisiä käsitteitä ovat *skeema*, *ongelmallinen kokemus* sekä *assimilaatio* ja *akkomodaatio*, jotka ovat toisiaan täydentäviä prosesseja. Lisäksi mallissa puhutaan assimilaation

vaiheesta ja siihen liittyvistä terapeuttisista vaikutuksista. Kuvaan nämä käsitteet ja assimilaatiomallin vaiheet seuraavassa lyhyesti.

Skeema on tuttu ajatusmalli, tapa ajatella, johon uudet kokemukset voivat assimiloitua. Skeema-käsitettä on käytetty useissa yhteyksissä kehitys- ja kognitiivisissa teorioissa (esim. Piaget 1970, 1988, Stiles 1990, 412), sen merkityksen vaihdellessa. Stiles (1991) käyttää käsitettä laajasti. Skeema-käsite voi viitata tiukasti organisoituun teoriaan, metaforaan, narratiiviin tai skriptiin tai löyhemmin organisoituun assosiaatioiden verkostoon, sisältäen sekä mentaalisen että toiminnallisen mallin. Ajatukset, joista skeema koostuu, ovat yhteydessä toisiinsa ja herättävät toisiaan. Usein terapeutit ja potilaat käyttävät sanoja tai lauseita, jotka tuovat mieleen käsitteiden ja muistikuvien ryhmittymän. Toisin sanoen ne nostavat mieleen uudelleen aiheeseen liittyviä hyödyllisiä skeemoja. Skeeman tulee viitata potilaan henkilökohtaiseen kokemukseen tai käyttäytymiseen.

Ongelmallinen kokemus on havainto, aie, impulssi, asenne, toive, fantasia tai ajatus, joka aiheuttaa psykologista epämukavuutta tullessaan tietoisuuteen tai saadessaan aikaan toimintaa. Assimiloitumattomat kokemukset eivät ole välttämättä ongelmallisia. Terapiassa keskitytään niihin kokemuksiin, jotka ovat ongelmallisia. Kokemukset ovat mentaalisen elämämme raakaa ”materiaalia”. Skeemat ovat kognitiivisia rakenteita, jotka sisältävät nämä kokemukset. Ongelmallisia kokemuksia ei ole riittävästi sisällytetty olemassa oleviin skeemoihin. Toisin sanoen potilas ei osaa puhua tai ajatella niistä selkeästi. Ne ovat epätasapainottavia, epäjohdonmukaisia tai yhteensopimattomia. Ne aiheuttavat potilaalle psyykkistä kipua tai hämmennystä ja voivat johtaa vahingolliseen käyttäytymiseen ihmissuhteissa. Ongelmallisen kokemuksen yhteensopimattomuus skeemaan voi merkitä sellaisen skeeman puutetta, johon kokemuksen voisi sisällyttää tai muuttaa sen sanoiksi (”en tiedä mistä tässä on kyse”), kokemuksen ristiriitaa suhteessa olemassa olevaan skeemaan (”tämä ei ole minua”) tai torjuttujen skeemojen manaamista (”en voi sietää tätä itsessäni”) (Stiles 1990, 412).

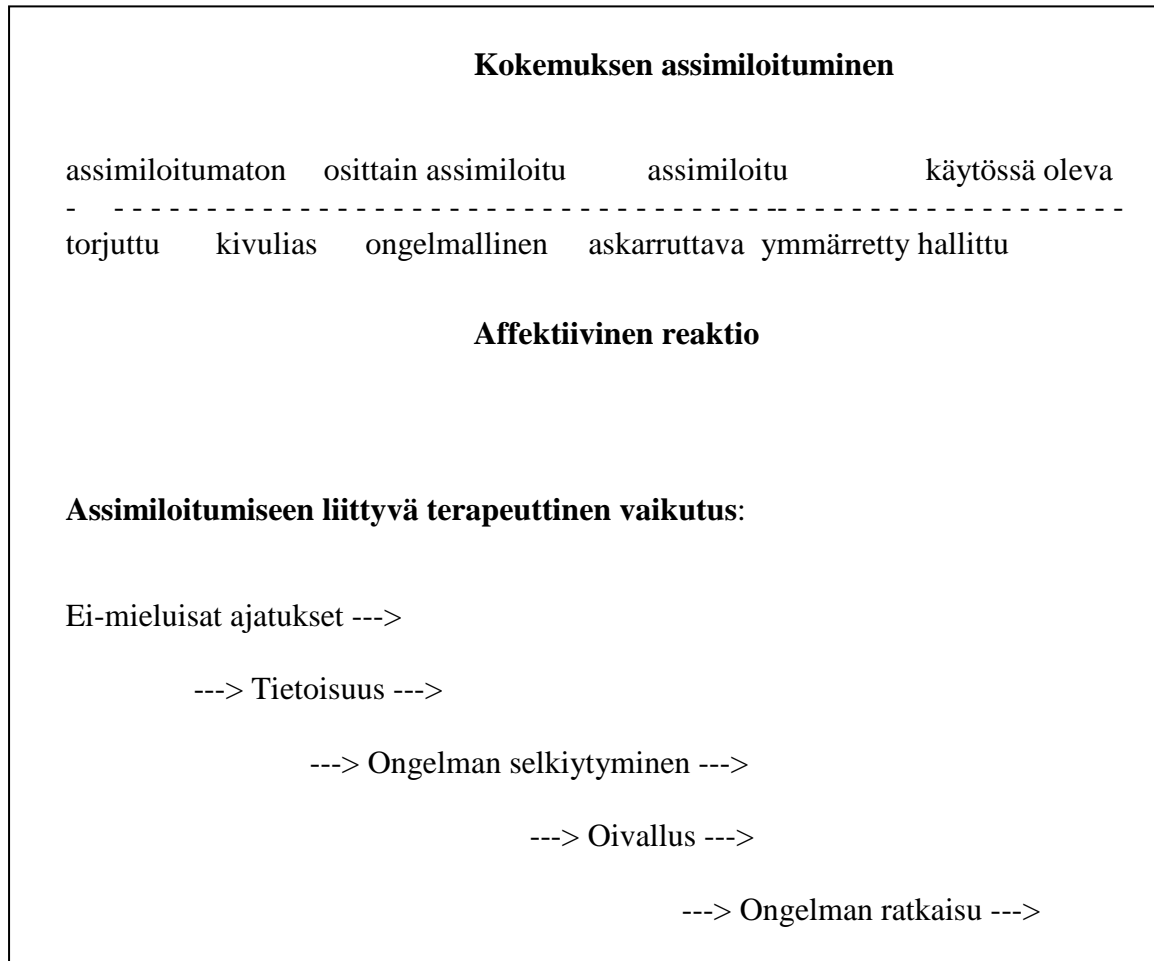
Assimilaatio ja *akkomodaatio* ovat keskeisiä käsitteitä ja toisiaan täydentäviä prosesseja. Ne on lainattu kognitiivisen teorian kehityspsykologian käsitteistöä. Assimiloidessaan uutta kokemusta skeema ”ottaa sen sisään”, ts. uusi kokemus integroituu assosiaatioiden järjestelmään. Täysin assimiloitumattomat kokemukset ovat vääristyneitä, torjuttuja, kiellettyjä tai tukahdutettuja. Osittain assimiloidut kokemukset voivat olla vääristyneitä, sekavia, epäselviä tai lyhytkestoisia. Kun nämä kokemukset assimiloituvat, aiemmin ongelmallinen kokemus muuntuu osaksi skeemaa eli potilaan sisäistä merkitysjärjestelmää. Siten skeema tulee sisältämään osittain henkilökohtaisia oivalluksia, joihin on päästy terapian aikana (Stiles 1990, 412-413).

Akkomodaatio tapahtuu yhtäaikaaisesti assimilaation kanssa. Akkomodaatio tarkoittaa muutoksia, jotka tapahtuvat sekä potilaan skeeman sisällä että uuden kokemuksen sisällä, jotta nämä kaksi voisivat assimiloitua (esim. jotta skeema voisi ottaa sisäänsä uutta materiaalia tai uusi kokemus voisi sisältyä skeemaan). Assimilaatio ja akkomodaatio tapahtuvat samanaikaisesti ja toisistaan erottamattomasti (Stiles 1990, 412-413).

Assimiloituakseen skeemaan, kokemuksen yleisten osa-alueitten tulisi tulla tietoisuuteen. Ongelmalliset kokemukset, jotka assimiloituvat psykoterapiassa pitävät sisällään alunperin yhteensopimattomuuden tai kyvyttömyyden sisältyä potilaan vallitsevaan skeemaan. Niihin liittyvä psyykinen kipu johtaa potilaan organisoimaan elämäänsä ja välttämään näitä kokemuksia. Terapeuttisen vuorovaikutussuhteen ja sen sisällön tulee työskennellä vastustusta vastaan kannatellakseen ja fokusoidakseen potilaan huomiota. Terapeuttisen työskentelyn voidaan nähdä muuttavan (akkomodoivan) potilaan käsitystä itsestään sallien ongelmallisten kokemusten assimilaation (Stiles 1990, 413).

Assimiloitumattomat ongelmalliset kokemukset tuntuvat kivuliailta tai negatiivisilta (jolleivät ole kokonaan torjuttuja). Osittain assimiloidut kokemukset tuntuvat ongelmallisilta tai askarruttavilta. Täysin assimiloidut kokemukset ovat

psykologisesti hyväksytyjä, vaikka ne sisältäisivätkin epämiellyttäviä asioita. Onnistunut skeeman käyttö aikaansaa hallinnan ja tyytyväisyyden tunteen. Ohessa (kaavio 1) on kuvattu kokemuksen assimiloituminen ja siihen liittyvät affektiiviset reaktiot (Stiles, 1990, 413), ja näiden alla assimiloitumiseen liittyvät terapeuttiset vaikutukset.



Kuvio 1: Kokemuksen assimiloituminen, affektiiviset reaktiot ja terapeuttinen vaikutus (Stiles, 1990, 413).

Stilesin (1991, 196) mukaan potilas voi tulla terapiaan ongelmallisten kokemusten kanssa, jotka voivat olla millä tahansa assimilaation tasolla. Onnistuneessa terapiassa näiden kokemusten tulisi saavuttaa parempi assimilaation taso; niiden tulisi liikkua jonkin verran kohti oikeaa reunaan assimilaatiomallin jatkumolla. Kuitenkaan ei voida välttämättä olettaa, että ne liikkuisivat koko skaalan läpi terapian aikana.

2.1. Terapian tutkiminen assimilaatiomallin avulla

Ongelmallisen kokemuksen assimiloitumista tutkitaan terapiassa APES-asteikolla (Assimilation of Problematic Experience Scale, taulukko 1) (Stilesin työryhmä 1991, 198-199). Useampi tutkija kuuntelee tutkittavien potilaiden nauhoitettuja terapiaistuntoja sen jälkeen, kun aineistosta on valittu potilaat, joiden terapiassa voisi tapahtua muutosta. Nauhoilta kuunnellaan muutama ote kerrallaan, joista tehdään yksityiskohtaiset prosessia kuvaavat muistiinpanot. Tämän jälkeen prosessin muistiinpanot käydään läpi ja arvioidaan kunkin otteen aihe. Aihe kuvaa potilaan asennetta jotakin objektia kohtaan, esimerkiksi ajatusta, tunnetta tai arviointia henkilöstä, tapahtumasta tai tilanteesta. Terapian otteet muodostavat luettelon asenteista ja objekteista, joita on käsitelty tapaamisen aikana. Kun nauhoja on kuunneltu enemmän, valitaan otteita, jotka käsittelevät samanlaisia asenteita eli teemoja ja nämä kerätään tietyn yläteeman alle. Näistä teeman alla olevista otteista arvioidaan assimilaation aste kuvaamalla laadullisesti muutoksia ongelmallisessa kokemuksessa ja siihen liittyvissä emotionaalisissa reaktioissa. Määrällisesti otteet arvioidaan APES-asteikon (taulukko 1) avulla. APES-asteikko sisältää numeeriset arvot nolasta (torjuttu kokemus) seitsemään (hallittu kokemus). Nämä arviot kuvastavat asiakkaan suhdetta ongelmalliseen kokemukseen, eli ongelmallisen kokemuksen assimiloitumisen astetta. - Assimilaatioanalyysia on käytetty laajasti yksilöterapiaprosessien tutkimisessa (muun muassa Leiman ja Stiles, 2001; Orchowski, Uhlin, Probst, Edwards ja Anderson, 2009). Myös kognitiivisen psykoterapian näkökulmasta mallia on käytetty yksilöterapiassa (Osatuke ja muut, 2007) sekä ryhmäterapiassa (Tiuraniemi ja Korhola, 2009). Samoin perheterapian yhteydessä assimilaatioanalyysia on käytetty (Laitila ja Aaltonen, 1998).

Taulukko 1. Ongelmallisten kokemusten assimiloitumisen asteikko

(Assimilation of Problematic Experiences Scale, APES) (esim. Barkham ja muut 1996)

0 Torjuttu kokemus

Sisältö on muotoutumaton; potilas ei tiedosta ongelmaa. Tunnetaso on minimaalinen, heijastaen onnistunutta välttelyä.

1 Ei-mieluisat ajatukset

Sisältää esiintunkevia ajatuksia, joihin liittyy epämukavuutta. Potilas ei halua ajatella niitä; aiheita käsitellään terapeutin tai ulkoisten tapahtumien esiinnostamina. Aiheeseen liittyvä affekti (joka on usein huomattavampi kuin sisältö) sisältää vahvoja tai ylivoimaisen negatiivisia tunteita – ahdistusta, pelkoa ja surua. Huolimatta tunteiden vahvuudesta, ne voivat olla ei-fokusoituja ja yhteys sisältöön on epäselvä.

2 Heikko tietoisuus / ajatusten esiintuleminen

Potilas tiedostaa ongelmallisen kokemuksen olemassaolon, ja kuvaa siihen liittyviä epämiellyttäviä ajatuksia, muttei osaa muotoilla ongelmaa oikein. Affektit sisältävät akuuttia psyykkistä kipua ja paniikin tunnetta, selvästi liittyneenä ongelmallisiin ajatuksiin ja kokemukseen.

3 Ongelman asettelu / selkiytyminen

Sisältää selvän ongelman asettelun – jotain, mitä voidaan lähteä työstämään. Affekti on kielteinen, mutta hallittavissa, ei paniikinomainen.

4 Ymmärrys / oivallus

Ongelmallinen kokemus asettuu skeemaan, muotoillaan ja ymmärretään, selkeiden yhdistävien linkkien avulla. Affektiin yhdistyy sekä kielteisiä tunteita että uteliaisuutta ja miellyttävää yllätyksellisyyttä, ”ahaa”-tyylisesti.

5 Käyttö / läpityöstäminen

Ymmärrystä käytetään ongelman läpityöstämiseen, jossa on viitteitä ongelmanratkaisuun yritykseen, tosin ilman täyttä onnistumista. Potilas kuvaa harkitsevansa vaihtoehtoja tai järjestelmällisesti valitsee toimintatapoja. Affektiivinen sävy on myönteinen, ammattimainen ja optimistinen.

6 Ongelman ratkaisu

Potilas löytää onnistuneen ratkaisun tiettyyn ongelmaan. Affekti on myönteinen, tyytyväinen, ylpeä saavutuksesta.

7 Hallinta

Potilas käyttää onnistuneita ratkaisuja uusissa tilanteissa; tämä yleistäminen on suuressa määrin automaattista, ei huomiotaherättävää. Affektit ovat positiivisia, kun aihe on esillä, muutoin neutraaleja (aihe ei ole enää sellainen, josta olla innoissaan).

2.2. Assimilaatiomalli eri terapiasuuntausten valossa

Stiles (1991, 204) kuvaa psykodynaamisten, interpersoonallisten ja kokemuksellisten terapioiden keskittyvän enemmän vasemman puoleiseen päähän assimilaatiomallin jatkumoa. Nämä teoriat painottavat torjutun, ei-tietoisen materiaalin ja ongelmien tunnistamisen ja muotoilun merkitystä sekä kulkemista kohti ymmärrystä tai oivallusta. Näiden terapioiden fokus on jonkin verran enemmän ei-assimiloidussa materiaalissa, sillä terapeutit käyttävät reflektiota ja tulkintaa ja kiinnittävät huomiota terapeuttiseen vuorovaikutussuhteeseen, ottaen huomioon transferenssiin liittyvät tekijät. Barkhamin ja muiden (1996, 2) mukaan psykodynaamisessa terapiassa se, mistä potilas puhuu, heijastaa ongelmallista kokemusta, joka ei ole tavoitettavissa (APES 0) tai on torjuttu tietoisuudesta (APES 1). Tällöin psykodynaaminen terapeutti työskentelee tutkimalla potilaan tunteita ja taustaa pyrkien paljastamaan niiden alla olevat kokemukset, tavoitellen heikon tietoisuuden vaihetta (APES 2).

Sen sijaan kognitiiviset ja behavioraaliset terapeutit Stilesin (1991, 204) mukaan keskittyvät enemmän assimilaatiomallin keskiosaan tai oikeaan päähän. He aloittavat enemmän tai vähemmän muotoillusta ongelmasta, johon pyritään löytämään ymmärrys, käyttäen tätä ymmärrystä systemaattisesti harjoittelussa ja työskennellen systemaattisesti kohti eksplisiittisiä ratkaisuja ja ongelmanhallintaa. Barkhamin ja muiden (1996, 2) mukaan kognitiiviset ja behavioraaliset terapeutit ottavat potilaan ongelman vastaan kuten potilas sen esittää (ongelman asettelu, APES 3). Tällöin neuvottelemalla pyritään löytämään tavoitteet, joihin pyrkimällä muutos olisi mahdollinen. Kun ongelma on määritelty, kerätään siitä tietoa, analysoidaan ja uudelleenmuotoillaan se rationaalisten ja behavioraalisten periaatteiden mukaan (ymmärrys, APES 4). Sen pohjalta suunnitellaan ohjelma, jonka avulla harjoitellaan uutta ymmärrystä käytännössä (ongelman läpityöstäminen, APES 5). Suhteellisen hyvin assimiloidut ongelmat saattaisivat sopia kognitiiviseen tai behavioraaliseen työskentelyyn, kun taas huonosti assimiloidut ongelmat saattaisivat sopia psykodynaamiseen, kokemukselliseen tai vuorovaikutukselliseen työskentelyyn (Stiles 1991, 204 ja Barkham 1996, 2).

Myös psykodynaamista, kognitiivista ja kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa vertailevissa tutkimuksissa on tehty löydöksiä, joiden voidaan tulkita tukevan näkemystä eri suuntauksien sijoittumisesta jatkumolla eri tavoin. Wiserin ja muiden (1996, 108) mukaan psykodynaamisessa terapiassa fokusoidaan enemmän menneisyyteen (sekä lapsuuteen että lähimenneisyyteen), kun taas kognitiivisessa ja kognitiivis-behavioraalisisessa terapiassa enemmän istunnoilla tapahtuvaan ja tulevaisuuteen.

Stilesin (1991, 204) mukaan psykodynaamiset tai kognitiiviset työskentelytavat eivät toki aina sijoitu assimilaatiomallissa eri päihin, mutta voittopuolisesti näiden terapiasuuntausten huomio suuntautuu assimilaatiomallin jatkumolla eri tavoin. Myös Barkham ja muut (1996, 2) toteavat, että todennäköisesti monissa erilaisissa terapiasuuntauksissa voidaan työskennellä useilla eri tasoilla, ainakin jossain määrin. Itse näkisin, että myös terapeutin oma persoonallinen työskentelytapa voi painottua enemmän jompaan kumpaan päähän assimilaatiomallia. Terapeutin herkkyys tunnistaa potilaan suhde ongelmalliseen kokemukseen ja siinä meneillään olevat eri vaiheet, ohjaa terapeuttia muuttamaan omaa terapeuttisen työskentelyn fokusta. Monen tutkijan (mm. Wiser ja muut 1996, 113) mukaan meidän terapeutteina tulisi jatkuvasti ohjata istunnolla tapahtuvaa keskustelua sellaisille alueille, joista on eniten hyötyä asiakkaillemme. Todennäköisesti kuitenkin koulutuksemme, kokemuksemme ja teoreettinen suuntautumisemme vaikuttavat siihen, että ohjaamme asiakkaitamme alueille, joilla itse parhaiten osaamme työskennellä.

3. Assimilaatiomalli kognitiivisessa psykoterapiassa

3.1. Asiakastapaus

Asiakkaani, jota kuvaan tässä nimellä Hertta, oli terapiaan tullessaan parikymppinen opiskelija, joka oli elänyt parisuhteessa avopuolisonsa kanssa

jonkin aikaa. Hän oli vanhempiensa ainoa lapsi. Isä oli kuollut. Potilaan nykyinen suhde äitiin jäi terapiassa lähes käsittelemättömäksi (hän ei juuri ottanut terapiassa esille nykyistä suhdettaan äitiin).

Hertan isä oli alkoholisti, joka menehtyi sairauteen. Lapsuudestaan Hertta muisti, että äiti hoiti häntä usein. Isän lupauksiin ei voinut varmuudella luottaa. Äidin joskus ollessa työmatkalla Hertta huolehti isän ruuista ja hyvinvoinnista. Hertta muisti olleensa äidistään mustasukkainen isälle. Mielikuvissa oli hetkiä, joissa hän esimerkiksi pyöräili äidin ja isän perässä ja koki olonsa yksinäiseksi. Erityisenä toistuvana muistona esiintyi, että isällä oli tapana kiusoitella äitiä, ja näissä tilanteissa Hertta koki jäävänsä ulkopuoliseksi.

Hertta seurusteli nuoruudessaan Jampan (muutettu nimi) kanssa. Tätä suhdetta hän kuvasi ”vuoristoradaksi”. Hän kuvasi entisessä poikaystävässään olleen kuin kaksi ihmistä. Hertta kävi turvakodissa keskustelemassa ennen varsinaista eroa. Ero oli vaikea ja piti tehdä pikkuhiljaa.

Tullessaan terapiaan Hertta koki ongelmakseen mustasukkaisuuden tunteet nykyisessä parisuhteessaan. Tulevaisuuden haaveissa hänellä oli elää yhdessä miesystävänsä Mikin (muutettu nimi) kanssa. Hän koki olevansa tämän kanssa samankaltainen ja kuvasi suhdetta hyväksi. Esimerkiksi kotityöt jakaantuivat tasaisesti. Miki ei halunnut Hertan tekevän asioita hänen puolestaan, mikä oli ollut Hertalle tyypillistä aiemmin. Ongelmallisia Hertalle olivat tilanteet, joissa hän koki miesystävän ”rajojen olevan pidemmällä kuin itsellä”, esimerkiksi jonkin verran aiemmin tapahtunut Mikin tanssiminen toisen naisen kanssa intiimisti tai toisen naisen suuteleminen. Tällaisissa tilanteissa Hertalle tuli epävarma olo itsestään, hän oli hyvin vihainen Mikille, surullinen ja loukattu. Lisäksi hän koki voimakasta lopullisuuden tunnetta: ”millään ei ole mitään merkitystä, en välitä mistään, jätän tuon miehen”. Hän tunsi muutoinkin epävarmuuden tunteita.

Hertta näki terapian aikana paljon unia, erityisesti sellaisia, joissa esiintyi entinen miesystävä Jamppa. Tyypillisesti unissa Hertta seurusteli Jampan kanssa ja halusi päästä tilanteesta pois. Hertta kertoi Jampan olleen hyvin mustasukkainen, vaativa ja takertuva. Hertta tuotti jo toisella tapaamisellamme näistä unista keskusteltuamme: ”Joskus tuntuu kuin käyttäytyisin itse kuin Jamppa.” Toinen toistuva teema unissa oli Mikin etsiminen ja se, että Miki oli toisen naisen kanssa ja Herttaa kohtaan vahingoniloinen. Työstimme mustasukkaisuuden teemaa ja muitakin Herttan tunteita ja kokemuksia paljon unityöskentelyn kautta. Unityöskentely muodostui keskeiseksi työvälineeksi terapiassa.

3.2. Tutkimusmetodi

Tapasin Herttaa ensin kymmenen kertaa, jonka jälkeen sovimme pidemmästä 20 kerran terapiajaksosta. Kymmentä ensimmäistä tapaamistamme ei videokuvattu. Varsinainen pidempi terapiajakso kuvattiin potilaan luvalla tarkoituksena tutkia terapiassa tapahtuvaa muutosta. Keskustelimme myös siitä, että videoinnin teeman ei ole tarkoitus vaikuttaa terapian kulkuun, vaan terapia etenee potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaan. Potilastani huoletti, miten käy, jos muutosta ei terapiassa tapahdukaan. Puhuimme siitä, että erityistä muutosta ei terapiassa ”täydy” artikkelin aiheesta huolimatta tapahtua.

Aloittaessani Herttan terapiaa en tehnyt olettamuksia terapian kulusta assimilaatiomallin pohjalta. En myöskään pyrkinyt tekemään terapeuttisia ratkaisuja mallin pohjalta terapian aikana. Työskentelimme terapiassa alkuperäisen tavoitteen mukaan. Tavoitteena oli ymmärtää paremmin potilaani mustasukkaisuuden tunteita, vähentää niitä sekä lieventää niiden häiritsevyyttä. Tarkoitukseni oli tutkia videoiduista tapaamisista jälkikäteen, kuinka mallin eri vaiheet mahdollisesti kognitiivisessa psykoterapiassa näyttäytyvät. Tavoitteena oli terapian päätyttyä hahmottaa, missä kohdin assimilaatiomallin jatkumoa potilas liikkuu terapian aikana suhteessa ongelmalliseen kokemukseen, joka oli mustasukkaisuuden tunteet parisuhteessa. Työssäni olen pyrkinyt

havainnollistamaan assimilaatiomallin vaiheita lainauksilla Hertan terapiasta ja muutamalla lainauksella muusta terapiatyöstäni.

Tässä työssä ei ole sovellettu assimilaatiomallin tutkimuksessa yleisesti käytettyä tapaa arvioida potilaan assimilaatiomallin vaiheisiin sijoittumista otteiden, asenteiden ja objektien yksityiskohtaisen arvioinnin kautta. Syynä on tällaisen tutkimisen vaatima useampi arvioitsija ja toisaalta tutkimisen laajuus. Työssä kuvataan assimilaatiomallin teoreettiset vaiheet ja pyritään löytämään havainnollistavia esimerkkejä näitä kuvaamaan.

3.3. Assimilaatiomallin vaiheet terapiassa

Assimilaatiomallissa on seitsemän vaihetta. Assimilaatiomallin vaiheiden läpi kulkiessaan potilaan ongelma ja sen ratkaisu assimiloituvat, ja tulevat osaksi, uutta toimivaa skeemaa (Stiles ja muut, 1999, 1215). Potilaan kokema affekti on aluksi neutraali (torjutun kokemuksen vaihe 1), muuttuu sitten lisääntyvässä määrin negatiiviseksi (ei-mieluisien ajatusten ja heikon tietoisuuden vaiheet 2-3), tämän jälkeen lisääntyvässä määrin positiiviseksi (ongelman selkiytymisestä ongelman ratkaisuun 4-6), palaten jälleen neutraaliin tilaan (hallinnan vaihe 7). Kuvaan seuraavassa assimilaation vaiheet ja havainnollistan niitä kognitiivisen psykoterapian otteiden avulla.

3.3.1. Torjuttu kokemus

Torjutun kokemuksen vaiheessa potilas ei tiedosta ongelmaa. Asian esille nostaminen ei tuo tunteita pintaan tai tunnetaso on minimaalinen, mikä kertoo asian onnistuneesta välttelystä. Tässä vaiheessa potilas ei välttämättä hakeudu hoitoon tai hoitoon tulon syy ei liity suoraan torjuttuun kokemukseen.

Tästä on esimerkkinä äitinsä kehotuksesta potilaaksi hakeutunut nuori armeijan keskeyttänyt mies, jolla oli tavoitteena saada armeija suoritettua. Hän sairastui armeijassa pahoin, mistä syystä armeija keskeytyi. Muutoinkin hän vilustui aina, kun jotakin psyykkisesti kuormittavaa tapahtui. Armeijan keskeytyminen ja tässä mielessä ”epäonnistuminen” ei tuonut hänelle erityisiä tunteita pintaan, ainoastaan pakonomaisen halun saada armeija suoritettua. Tätä varten hän treenasi armottomasti fyysisesti lähes päivittäin. Neuvonnan aikana hänelle ei erityisesti noussut mieleen tunteita ja keskustelun aloitteet tapahtuivat toistuvasti terapeutin taholta. Jonkinlaista ymmärrystä tilanteiden stressaavuuden ja sairastumisen välille pyrimme rakentamaan, mutta ongelmallisen kokemuksen assimiloituminen skeemaan jäi todennäköisesti ainoastaan ajattelun tasolle, terapeutin ohjaamana, ilman tunnekosketusta ongelmaan.

3.3.2. Ei-mieluisat ajatukset

Ei-mieluisien ajatusten vaiheessa potilaan mieleen nousee ongelmaan liittyviä ajatuksia, joihin liittyy epämukavuutta. Potilas ei halua ajatella niitä. Aiheiden esiinnostaminen tapahtuu terapeutin tai ulkoisten tapahtumien aikaansaamana. Affektitaso on usein huomattavampi kuin ongelman sisältö, ts. potilas kokee vahvoja ja voimakkaan negatiivisia tunteita, kuten ahdistusta, pelkoa ja surua. Tunteet ovat vahvoja, mutta eivät fokuoituja. Potilaan on myös vaikea löytää niiden yhteyttä ongelman sisältöön.

Potilas kokee epämukavana sen, jos häntä ohjataan terapiassa kohtaamaan epämiellyttäviä kokemuksia, faktoja tai muistoja. Usein siirtymää tähän vaiheeseen ei koeta helpottavana sen tapahtuessa, koska psyykkinen kipu lisääntyy (Stiles 1990, 414).

Ns. kannattelukäynneillä luonani kävi potilas, jonka ahdistus oli voimakasta lähes tulkoon koko käyntisarjan ajan. Hän hakeutui hoitoon masennuksen ja ahdistuksen takia, ja hoidon aikana elämäntilanteen muutosten takia hänen

vointinsa huononi. Vaihdettuun työpaikkaan, ostaessaan asuntoa ja hoitaessaan muuttoasioita, hän kimpaantui parisuhteessa elävälle tuttavalleen siitä, ettei tämä huomionnut häntä tarpeeksi. Voimakkaan ahdistuksen keskellä hän ilmoitti töihin olevansa kipeä ja lähti juhlimaan tuttavansa kanssa. Elämäntilanteen muuttumisen esiin nostamaa turvattomuuden tunnetta ja tuen tarvettaan potilaan oli vaikea tunnistaa ja ilmaista. Potilaan epämääräinen ahdistuneisuus purkautui kieltämällä todellinen tilanne (työvuoro) ja käyttäytymällä reaktiivisesti yksinjäämiseen liittyvän pelon ja ahdistuneisuuden pohjalta (juominen tuttavan kanssa). Juhlimisesta ja työstä poisjämisestä seurasi voimakas syyllisyys ja häpeä jälkikäteen. Affektitaso oli korkea, mutta syytä omalle käyttäytymiselle oli vaikea hahmottaa ilman terapeutin tukea.

Toisena esimerkkinä on ammatinvalinnanohjauksessa käynyt nuori nainen, jonka kanssa emme päässeet pohtimaan ammatillisia kysymyksiä. Kysymykseni siitä, mitkä asiat asiakasta kiinnostivat, aikaansai itkun, jolle ei vastaanotolla tullut loppua. Keskustelu onnistui ainoastaan liittyen asiatietoihin, kuten asiakkaan suorittamiin koulutuksiin. Mielen halujen ja toiveiden tasolla liikkuminen nosti pintaan tunteita, joista päällimmäisenä työntekijälle näyttäytyi valtava suru. Emme päässeet käsittelemään ammatinvalinnanohjauksessa kovin keskeisiä asiakasta motivoivia asioita. Vaikeat teemat eivät olleet integroituneet mielessä niiden esiinnostamiin tunteisiin.

3.3.3. Heikko tietoisuus

Heikon tietoisuuden vaiheessa potilas tunnistaa ongelmallisen kokemuksen olemassaolon, ja kuvailee siihen liittyviä epämiellyttäviä ajatuksia. Ongelmaa on kuitenkin vaikea muotoilla täsmällisesti. Affektit sisältävät akuuttia psyykkistä kipua ja paniikin tunnetta, jotka kuitenkin tässä vaiheessa selvästi liittyvät ongelmallisiin ajatuksiin ja kokemukseen.

Potilas ikäänkuin lähestyy epämiellyttäviä kokemuksia, ja ylittää joitain oman mielensä esteitä, tai mielen esteet madaltuvat. Hän ymmärtää paremmin, mitä tuntee. Akkomodaatio saattaa muuttaa joitakin tärkeitä elementtejä potilaan skeemassa, minkä johdosta hän osaa paremmin sanoittaa kokemustaan (Stiles 1990, 414).

Vastaanotollani kävi koko elämänsä ajan sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsinyt älykäs nuori nainen. Hän menestyi koulussa ja opinnoissaan hyvin, mutta oli kyvytön muodostamaan läheisiä sosiaalisia suhteita perheen ulkopuolella, lukuunottamatta kahta seurustelusuhdetta. Hän tuli vastaanotolle uudelleen puoli vuotta ensimmäisten käyntien jälkeen. Käynti terveydenhoitajalla oli nostanut pintaan voimakkaita tunteita. Fyysisen sairauden hoidossa saatu tuki oli avannut näkymät sille, että vaikeissa asioissa voi saada apua eikä tarvitse pärjätä yksin. Pintaan vyöryivät suru, ahdistus, kiukku ja katkeruus, joiden johdosta potilas kirjoitti sähköpostia myös vastaanottoaikojen välillä. Kiukku, suru ja katkeruus liittyivät kokemukseen 'menetetystä elämästä': ”miksi kukaan ei ole tarttunut asiaan aiemmin, kun minulla on ollut ongelmia?”. Ahdistuksen näin liittyvän siihen, miksei omiin ongelmiin ollut ollut mahdollista saada apua, mutta myös vaikeuteen täysin hahmottaa mistä oli kyse. Potilas tunnisti olevansa avuton sosiaalisissa tilanteissa ja oman elämänsä keskittyneen liian paljon opiskeluun vapaa-ajan ja ihmissuhteiden luomisen kustannuksella. Tarkempaan ongelmanmäärittelyyn ei vielä päästy, mutta tilanne rauhoittui, kun Kelan tukemaa psykoterapiaa lähdettiin hakemaan.

3.3.4. Ongelman selkiytyminen

Ongelman selkiytyminen tarkoittaa selvää ongelman asetelua. Tällöin on löydetty ongelma-alue, jota voidaan lähteä työstämään terapiassa. Affektiiviset reaktiot suhteessa ongelmaan ovat kielteisiä, mutta eivät paniikinomaisia, vaan hallittavissa.

Potilas siirtyy epämiellyttävästä ongelman tiedostamisesta selkeämpään ideaan siitä, minkä tulisi muuttua tai mitä kohti työskennellä. Ongelma muuttuu ikäänkuin palapeliksi, joka on mahdollisesti ratkaistavissa käyttäen terapiassa kehittyneitä uusia skeemoja (Stiles 1990, 414).

Näkisin, että Hertalla oli vastaanotolleni tullessaan selkeästi määritelty ongelma, johon hän halusi apua: mustasukkaisuuden tunteet parisuhteessa. Hän kuvasi erilaisia tunteitaan mustasukkaisuutta herättävissä tilanteissa (esim. epävarmuuden tunteet, loukkaantuminen, viha), mutta vastaanottotilanteessa hän oli rauhallinen niistä puhuessaan. Mustasukkaisuutta herättävissä tilanteissa hän saattoi joutua tunteen valtaan ja tehdä johtopäätöksiä tunteensa pohjalta (hän ajatteli esimerkiksi: ”jätän tuon miehen” tai ”olen ruma”). Samalla hän joutui lapsuudessaan kokemansa ahdistuksen valtaan ja tämän tunteen kanssa hänen oli vaikea olla tilanteissa. Hän koki olonsa avuttomaksi.

Voisi ajatella, että mustasukkaisuuden tunteita herättävissä tilanteissa Hertta oli heikon tietoisuuden vaiheessa, terapiaa aloittaessamme. Puhuessaan tilanteista ja tunteista jälkikäteen hän asettui useimmiten kuitenkin ongelman selkiytymisen vaiheeseen.

Ongelman selkiytymiseen liittyi mielestäni myös se, että Hertta alkoi terapian aikana hahmottaa uudella tavalla mustasukkaisuuden tunnetta ja omaa reagointiaan siihen. Hänelle tuli mieleen tilanteita, joissa hän oli lapsuudessaan kokenut ulkopuolisuuden tunnetta suhteessa äitiin ja isään. Esimerkiksi äidin käyttäytyminen niissä tilanteissa, joissa isä kiusotteli äitiä, nousi mieleen. Äidillä oli ollut Hertan halveksivaksi tulkitsema ilme kasvoillaan tämän katsoessa Herttaa. Nykyisen elämän mustasukkaisuutta aiheuttavissa tilanteissa Hertta tunnisti saman fyysisesti pahan olon, rinnassa puristavan tunteen ja ahdistuksen, joita oli kokenut lapsuudessaan koettuaan jääneensä äidin ja isän suhteen ulkopuolelle.

Toisella videoidulla terapiaistunnolla Hertta pohtii reaktioitaan mustasukkaisuutta aiheuttavissa tilanteissa.

Lainaus 1:

”Ja just ehkä se ajatus siitä, et toinen vaik ihan yhtäkkiä keksii jotain, et mä lähden kavereiden kaa istuu iltaa ja sit mä en vaik syystä tai toisesta pystyis lähtee mukaan...ni se toisaalt tuntuu must vähän ehkä ahdistavaltakin, et mun pitäis aina olla keksimäs itelleni jotain tosi kivaa ja ehkä muuttamas omii suunnitelmiini mitkä alunperin oli.”

Tässä Hertta oivalsi keskustelumme pohjalta, että ei haluaisi olla keksimässä aina itselleen jotain kivaa välttyäkseen murehtimiselta, jos puoliso oli lähdössä ulos kavereiden kanssa. Keskustelimme siitä, miten hän usein murehti kotona, jos toinen oli illanvietossa. Hän oli pitänyt itsekkäänä sitä, että keksisi itselleen jotain mukavaa tekemistä samanaikaisesti. Olimme tuottaneet termin ”oman hyvinvoinnin huolehtimisesta”, mikä tarkoitti sitä, ettei mene mukaan ”murehtimisajatuksiin”. Itseä alunperin syyllistäviin ajatuksiin löytyi myönteisempi suhde.

Lainaus 2:

” Mä niinku semmosen ajatuksen, että aikaisemmin mä oon jotenki ajatellu, et se on kauheen itsekästä – niin ehkä se että, et jos vaik hemmottelee jotenki tavalla tai toisella itteänsä sillon, ku toinen vaik lähtee juhliin - niin se ois oman mielenterveyden tasapainossa pitämistä tai semmosta et. Siitä niinku omasta mielestä huolehtimista.”

Mukava tekeminen olikin itsestä huolehtimista, ei itsekkyyttä. Toisaalta oli tärkeää, että omia suunnitelmia ei tarvinnut toisen menon takia muuttaa. Oman mustasukkaisuuden tunteiden pohjalta reaktiivisesti toimiminen (esimerkiksi automaattisesti vastaavan mukavan tekemisen keksiminen itselle) ei välttämättä ollut ongelman ratkaisu. Tähän Hertta sai kosketusta lainauksessa 1.

Toisella istunnolla Hertta etsi mustasukkaisuuden aiheuttamaan ahdistukseen ratkaisua jotakin muuta kautta kuin toimimalla itse samoin kuin miesystävä.

Lisäksi hän toisaalta salli itselleen myös tällaisen tavan toimia, omasta hyvinvoinnista ja mielestä huolehtimisena.

3.3.5. Oivallus

Stilesin ja muiden (1990, 414) mukaan oivallus-vaiheessa potilas ymmärtää jotakin uutta itsestään. Tämä tapahtuu joko kognitiivisen oivaltamisen tai uusien yhteyksien näkemisen kautta. Nämä yhteydet voivat liittyä itseen tai omaan suhteeseen muihin ihmisiin. Oivallus ikään kuin aikaansaa muutoksia henkilökohtaiseen ongelmaan liittyvän palapelin yhteyksissä ja ratkaisuissa. Potilas siirtyy terapiassa kehittyvän skeeman avulla ongelman tunnistamisesta kokemusten ymmärtämiseen. Oivalluksen aikana affektiin yhdistyy sekä kielteisiä tunteita että uteliaisuutta ja miellyttävää yllätyksellisyyttä, ”ahaa”-tyylisesti.

Hertan terapiassa muutoksen oivaltamiseen ja työstämiseen liittyvät keskeiset käyntikerrat sijoittuivat viidennen ja kahdeksannen videoidun tapaamisen välille. Viidennellä kerralla käsitelimme tilannetta, jossa Miki oli tanssinut toisen naisen kanssa, ja mitä se oli Hertassa herättänyt. Mietimme myös, mitä merkityksiä Hertta tälle tapahtumalle tai Mikin mahdollisille ihastumisen tunteille toisia naisia kohtaan antoi. Mikin ihastumisen tunteet olivat merkinneet Hertan mielessä suhteen päättymistä. Näistä ihastumisen tunteista puhuminen oli vaikeaa suhteen päättymisen pelon takia. Kuudennella tapaamisella Hertta sanoitti uudenlaista ajattelua, jota olimme tavoitelleet edellisellä tapaamisella.

Tapaamisen alussa hän kuvasi helpotuksen kokemustaan, jonka asiasta puhuminen aikaansai:

Lainaus 3:

P: Niin se oli must aika jännä, vaik mul oli täällä jotenki sellanen olo, et..et jotenki kosketti tai sillai. Sit kun mä lähdin täältä pois mul oli jotenki sellanen olo

ihan ku joku taakka olis niinku - joku taakka lähti mun harteilta, et semmonen kauheen helpottunu olo.

T: Joo, joo.

P: Niinku hyvä mieli.

T: Se kuulostaa ihan hyvältä tietysti. Onks se sit niin, et nyt se ei oo tavallaan ollu sit sulla mielessä sen jälkeen, vai?

P: Ehkä se ei oo jotenki sillai.

Hertta kuvasi helpottuneen olon liittyneen siihen oivallukseen, että mustasukkaisuuden tunteista puhuminen ei välttämättä merkinnyt suhteen päättymistä (lainaus 4):

P: Helpottunu olo oli vähän sitäkin, että... et sen asian käsittely ei välttämättä oo maailmanloppu, ei välttämättä johda siihen, että me erottais. Yksi miks mä en halua ajatella sitä, on se, että.. et mä pelkään, et tää päättyy negatiivisesti koko meidän suhteen kannalta. Tai mä löydän Mikistä jotakin, mitä mä en halua nähdä.”

T: --

P: Ehkä must tuntu, et se helpotus tuli siitä, et se ei ihan välttämättä mee niin.

Uudenlaiseen suhtautumiseen liittyi suurempi sallivuus toisen ja omia erilaisia tunteita kohtaan, esimerkiksi ihastumisen tunteita kohtaan. Tähän uudenlaiseen suhtautumiseen oli vaikea asennoitua ja se herätti ristiriitaisia ajatuksia ja myös kielteisiä tunteita (lainaus 5):

P: Joskus aiemmin puhuttiin siitä... niinku omista tunteista vastakkaiseen sukupuoleen, jotenki sitä mä, sitä oon pohtinu tässä. – Vaikka musta se jotenki tuntuu kauheen epänormaalilta. (naurahtaa)

T: Mitä sä ajattelet siitä?

P. Mun on ehkä, mul on jollain tasolla semmonen ajatus, että sit kun löytää sen oikean niinku, vaikka mä en oikeestaan usko yhteen ainooseen, niin kuitenkin - näemmä jollain tasolla. Ja sit sen jälkeen ei niinku enää näkis ketään muuta, katse niinku siinä vaiheessa sulkeutuis. Jotenki näin mä sen nään. Mut jollain tasolla mä ymmärrän, et eihän se voi olla niin, et eihän meil kaikilla oo tässä maailmassa vaan yhtä oikeeta. On tavallaan useampi, niin ku siinä kirjassakin oli. (Hertta on lukenut kirjaa ”Kaikki se rakkaus mikä sinulle kuuluu”). Niin eihän se silloin voi olla niin, että se katse jotenki sulkeutuis, ehkä se varmaan jotenki muuttuu. Mut toi ajatus on mulle jotenki...mä koen sen kauheen ristiriitaisena. Must on tuntunu, et mä oon jotenki epänormaali, jos must tuntuu, et jotku miehet herättää mussa - tai jää ajatuksiin, tai tulee hyvä olo jonkun ihmisen lähellä.

T: Sä ajattelet, että se ois jotenkin epänormaalia...?

P: Tai se tuntuu, et mä oisin jotenki viallinen, tai jotenki - (naurahtaa) sopimattomalta, tai ehkä väärältä, enhän mä vois tuntea sellaista.

T: Jos mä tunnen tällaista ihastumisen tunnetta, tai hyviä tunteita, tai heikkouden tunnetta, tai sittenhän voi olla ihan fyysinen vetovoima johonkin mieheen - että se ei ois sallittua, jos mä seurustelen?

P: Ja tietty se, jos on rakastunu johonkin, niin voinko mä oikeasti olla rakastunut, jos mä tunnen näin myös?

T: Tulee ristiriitainen olo, että voinko tuntea näin, jos toinen on sopiva kumppani mulle?

P: Tulee myös sellanen häpeellinen olo tavallaan, vähän niinku, syyllinen olo, vähän niinku... et ei kai toi toinen niinku huomaa musta, miltä musta tuntuu-

T: Se toinen mies –

P: Tai niinku Miki, tai ehkä ei ihan niinkään - vähän semmonen, se tuntuu tosi väärältä.

Tämän jälkeen tutkimme esimerkin avulla tilannetta, jossa tällaisia ristiriitaisia ajatuksia oli herännyt. Kahdessa yllä olevassa lainauksessa näkyy sekä oivaltamisvaiheeseen liittyvä helpotuksen kokemus, joka Hertalle oli syntynyt uudenlaisesta suhtautumisesta että ristiriitaiset kielteiset tunteet, joita heräsi asiaa tarkemmin miettiessä.

3.3.6. Läpityöstäminen

Ymmärrystä käytetään ongelman läpityöstämiseen, jossa on viitteitä ongelmanratkaisun yritykseen, tosin ilman täyttä onnistumista. Asiakas kuvaa harkitsevansa vaihtoehtoja tai järjestelmällisesti valitsee toimintatapoja. Affektiivinen sävy on myönteinen, ammattimainen ja optimistinen.

Seuraavassa lainauksessa Hertta tarkastelee unipäiväkirjaansa terapian loppuvaiheessa. Unista oli muodostunut tärkeä työkalu, jota voi käyttää apuna omien pelkojen ja toiveiden hyväksymisessä ja ymmärtämisessä.

Lainaus 6:

P: Mä oikeastaan huomasin tossa, kun mä luin noita unia, niin mul tuli sellainen tietynlainen helpotus, vaik osa niistä unista oli niin ahdistavia, ettei oikein ois tehny mieli lukea niitä, mut mä silti yritin lukea joitakin, niin helpotti se ehkä- et kun mä luin niitä unia, niin mä näin niitä jotenkin eri tavalla, et löys niistä niitä teemoja. Et Miki oli vaikka niissä jonkun naisen kanssa, ja tuli vähä se uni mieleen ja tuli sellanen ikävä olo siitä unesta – helpottavaa oli se, että loppujen lopuks, kun se uni loppu, mä ehkä löysinkin sieltä vaikka jonkun

välinpitämättömyyden teeman. Ja sitten kun se löyty, se uni ei enää tuntunukaan pelkältä pettämisenelta tavallaan niin ku Mikin osalta, vaan mä löysin sieltä (naurahtaa), hmm, niinku, tavallaan asian, se ei ollu siit pettämisestä, vaan tavallaan löysi, niinku – oman ongelman, tai niinku. Sen niinku asian, mikä ehkä oikeesti pelottaa.

T: Se että joku olisi niinku välinpitämätön mua kohtaan, tai jättäisi mut huomiotta?

P: Niinku yleisesti, se oli jotenki helpottavaa, et niist unist oli alkanu niinku löytää joitain. Et ne ei ollu enää niinku itsessään kuvottavia, vaan ne hahmottu eri tavalla.

3.3.7. Ongelmanratkaisu

Potilas löytää onnistuneen ratkaisun tiettyyn ongelmaan. Hän erittelee vaihtoehtoja, valitsee toimintasuunnan tai opettelee, kuinka selvittää tilanteista terapian ulkopuolella (Stiles ja muut 1990, 414). Nyt hän käyttää assimiloitua skeeman sisältöä ja laajentaa oivalluksia ja periaatteita koskemaan arkielämää (Stiles ja muut 1990, 414). Affekti on myönteinen, tyytyväinen, ylpeä saavutuksesta.

Kahdeksannella tapaamiskerralla Hertta oli päätenyt uudenlaiseen näkökulmaan liittyen mustasukkaisuuden tunteisiin (lainaus 7):

"Helpottavaks koin sen – onks mun ollu aiemmin vaikea sallia Mikille jotain tunteita, mitä en voi sallia itellekään. Kun mä saan ite tuntea näin, mun on helpompi antaa toisen – tai mä ymmärrän miks toinen tuntee niin. Siit ei välttämät tuu mitään kauheet seuraamust."

Hän myös kokeili käytännön elämässä tätä uutta kokemisen tapaa, jota terapeutti tässä lainauksessa vielä kysymyksellään pyrki vahvistamaan (lainaus 8):

P (innoissaan): Eilen kaupassa mietin, kun puhuttiin, että joku voi niinku miellyttää tai voi kokea ihastumisen tunnetta. Eilen kun mä olin kaupassa, mä jotenkin oikein tarkotuksella seurasin yhtä miestä, tuntu helpottavalta, et mä voin vaan katella ihmisiä, jos jonku kattelemisen miellyttää mua. Tuntu ajatuksena helpottavalta, että se.. Mul on niinku oikeus kattoo mun ympärille ilman, et mä petän Mikiä tai.. Hirveen vaikee selittää, mut siit ei niinku tuu mitään pahaa välttämättä. Eikä se tarkoita et mä olisin heti rakastumas johonki mieheen ja menossa sen kanssa naimisiin (nauraa), et se voi olla et mä vaan katon ja se on niinku siinä.

T: Voisko ajatella et - puhuit niistä tunteista, et itelleen sallii niinku tunteita, tai mitä siitä ajattelet?

P: Et voi niinku ajatella ompas toi hyvännäkönen ja se voi tuntuu niinku hyvältä. Tai olipas tuo viehättävä. Voi antaa se hyvän olon jotenki tulla siitä. Sillä ei tarvii olla mitään muuta seuraamusta.

T: Voi antaa itsensä nauttia sellaisista tunteista ja kokemuksista..

P: Voi antaa itensä olla rauhassa siinä hetkessä.

3.3.8. Hallinta

Potilas käyttää onnistuneita ratkaisuja uusissa tilanteissa; tämä yleistäminen on suuressa määrin automaattista, ei huomiota herättävää. Affektit ovat positiivisia, kun aihe on esillä, muutoin neutraaleja (aihe ei ole enää sellainen, josta olla innoissaan). Stilesin ja muiden (1990, 413) mukaan tällöin teemat ovat psykologisesti hyväksytyjä, vaikka ne sisältäisivät epämiellyttäviä asioita. Täydellisesti onnistuneen assimilaation tulisi tapahtua sekä tunteen, toiminnan että ajattelun tasolla. Epätäydellisesti toteutuneessa assimilaatiossa potilas saattaa ymmärtää ongelmallisen kokemuksen yhteyden skeemaan älyllisesti, muttei integroi sitä elämäänsä.

Hertta ei terapiassaan täysin päässyt hallinnan vaiheeseen, vaikkakin hänen suhteensa ongelmalliseen kokemukseen muuttui selvästi ja hän sovelsi skeeman assimiloimaa uutta kokemusta elämässään. Hertan muuttunut suhde mustasukkaisuuden tunteisiin aikaansai parisuhteessa sen, että hänen ja Mikin oli helpompaa puhua neutraalisti mustasukkaisuutta herättäneistä tilanteista ilman, että niihin liittyi voimakasta tunnelatausta. Hertta kykeni itse olemaan mustasukkaisuuden tunteidensa kanssa ja rauhoittamaan itseään siten, että hän voi seuralla tunnetilaa ja sen mahdollista muutosta. Tällöin hän esimerkiksi hetken kuluttua, tunteen jo laannuttua, kykeni lähestymään Mikiä ja toimimaan luontevasti tämän seurassa samassa sosiaalisessa tilanteessa, jossa mustasukkaisuuden tunteet olivat aluksi heränneet.

Parisuhteessa oli tapahtumassa muutoksia, sillä Miki oli kertonut halukkuudestaan sitoutua menemällä naimisiin ja perustaa perhe Hertan kanssa. Tämä nosti

Hertassa pintaan monenlaisia ristiriitaisiakin tunteita, mutta terapeuttina pidin tätä kuitenkin osoituksena siitä, että Hertta ja Miki olivat lähentyneet parina, eivätkä Hertan mustasukkaiset reaktiot kuormittaneet parisuhdetta.

Uudenlaisen suhteen luominen esimerkiksi ihastumisen tunteisiin vastakkaista sukupuolta kohtaan toi pintaan myös omien rajojen käsittelyn teeman. Puhuimme miellyttämisenhalusta ja vaikeudesta kertoa omista toiveistaan ja tarpeistaan, jotka Hertta itse myöhemmin nimesi keskeisiksi ongelmiksi omassa elämässään.

4. Pohdinta

Vaikka monen tutkijan (mm. Wiser ja muut 1996, 113) mukaan meidän terapeutteina tulisi jatkuvasti ohjata istunnoilla tapahtuvaa keskustelua alueille, joista on eniten hyötyä asiakkaillemme, todennäköisimmin ohjaamme asiakkaitamme alueille, joilla osaamme itse parhaiten työskennellä. Jotta muutosprosessi mahdollistuisi kokonaisuutena ja potilaan kokemaa ongelmaa tutkittaisiin laaja-alaisesti, tulisi terapeutin osata monipuolisesti erilaisia lähestymistapoja ongelmaan. Tällöin tietoisuus eri suuntausten lähtökohdista ja orientaatiosta on käytännön työssä tarpeen. Wiserin ja muiden (1996, 113) mukaan esimerkiksi tietoisuus kognitiivis-behavioraalisen, kognitiivisen ja psykodynaamisen terapian erilaisista orientaatioista, auttaa meitä terapeutteina valitsemaan työskentelytavan, joka parhaiten vastaa tietyn potilaan sen hetkistä tarvetta, tietyssä terapian vaiheessa. Terapiassa parhaillaan tapahtuvan muutosvaiheen tunnistamisessa assimilaatiomalli voisi toimia apuna.

Esimerkkipotilaani Hertan terapiassa esiin nousivat jossain määrin assimilaatiomallin vaiheet: heikko tietoisuus, ongelman selkiytyminen, oivallus, ongelman läpityöstäminen ja ongelman ratkaisu. Assimilaatiomalli vaikuttaa toimivalta apuvälineeltä kognitiivisessa psykoterapiassa parhaillaan käynnissä olevan muutosvaiheen arviointiin.

4.1. Muutoksen tapahtuminen Hertan terapiassa

Hertan kognitiivisessa psykoterapiassa liikuttiin assimilaatiomallin vaiheissa ongelman selkiytymisestä sen läpityöstämiseen (APES 3->APES 6). Jonkin verran Hertta oli ongelmallisia tunteita herättävissä tilanteissa myös mallin alkupäässä, heikon tietoisuuden vaiheessa (APES 3). Täyttä hallintaa (APES 7) teemaan liittyen ei saavutettu, mutta Hertta työskenteli terapeutin näkökulmasta hyvin emotionaalisella, kognitiivisella ja toiminnallisella tasolla. Tämä on ongelmallisen kokemuksen assimiloitumisessa Stilesin (1990) teorian mukaan keskeistä.

Emootiot näkyivät paitsi Hertan kokemissa tunteissa, myös unissa, joita hän näki terapian aikana runsaasti. Unethan muodostuvat visuaalisista mielikuvista. Unien voisi ajatella toimivan eräänlaisina tunteiden metaforina mielikuvien kautta. Carlsenin (1996, 350) mukaan metaforat palvelevat tunteen verbaalisena muotona. Hertan kohdalla unien käsittely edesauttoi terapeutista prosessia ja ongelmallisen kokemuksen assimiloitumista. ”Uniryöpytys” seurasi erityisesti tapaamista, jonka aikana hän koki oivalluksen ongelmallisen kokemuksen suhteen. Unien kautta on mahdollista tutkailla tunnekokemuksia ikään kuin hieman etäämpää, unen tapahtumien merkitysten kautta. Emootioita työstimme myös pohtimalla sitä, millaiset, esimerkiksi ihastumisen, tunteet olivat Hertalle sallittuja.

Kognitiivisesti työskentelimme pohtimalla oman pelon toteutumisen todennäköisyyttä ja tunteen reaalisuutta itse tilanteeseen nähden (esim. Hertta tunnisti, etteivät omat mustasukkaisuuden tunteet liittyneet suoraan siihen, kuinka puoliso käyttäytyi). Toiminnan taso näkyi mm. siinä, kuinka Hertta toimi mustasukkaisessa mielentilassa suhteessa avopuolisoon ja myös siinä, millä tavoin hän otti hankaliksi kokemiaan tilanteita, ja omia toiveitaan ja tarpeitaan esiin parisuhteessa.

Käytännössä Hertta liikkui assimilaatiomallin jatkumolla jonkin verran edestakaisin. Taitekohtana terapiassa voi kuitenkin sanoa olleen viidennen kerran, jolloin Hertta koki oivalluksen mustasukkaisuuden tunteiden suhteen.

Goodridgen ja Hardyn (2009) tulokset osoittavat, että oivallus ja ymmärrys ongelmallisesta kokemuksesta saavutetaan ennen yllättävää etenemistä. Oivallus on kuitenkin vain osittainen ja saavuttaa täyden ymmärryksen vasta oivallusvaiheen jälkeen. Tämä päti myös Hertan terapian oivallusvaiheeseen. Hän työsti asiaa viidennellä kerralla, ja koki tämän jälkeen voimakkaan helpotuksen tunteen, ja varsinainen oivallus asiasta tuli esiin vasta seuraavalla tapaamisella.

4.2. Mallin käyttö psykoterapiassa

Assimilaatiomallissa on keskeistä potilaan tietoisuuden aste omista ongelmista ja omasta sisäisestä maailmasta. Se sulkee pois tarkastelusta ongelmien suhteellisen luonteen. Esimerkiksi Hertan tapauksessa potilaan suhde miesystävään ja tämän toiminnan motiivit eivät olleet keskeisessä asemassa tarkastelussa. Kuitenkin näillä on vaikutusta siihen, kuinka nopeasti ja millä laajuudella potilas liikkuu assimilaatiomallin vaiheesta toiseen. Lisäksi suhteet vaikuttavat siihen, voiko potilas sitoutua työskentelyyn muutoksen eteen (Clarke 2004, 80). Siten assimilaatiomalli sopii hyvin potilaan muutosvaiheen kuvaukseen, mutta muutokseen vaikuttavat tekijät jäävät terapeutin ja potilaan yhteisen tulkinnan varaan. Tämän tulkinnan tekeminen on todennäköisesti riippuvainen niin terapeutin edustamasta psykoterapiasuuntauksesta kuin terapian tavoitteistakin.

Potilaan suhde ongelmalliseen kokemukseen on usein hyvin tiivistetty, mikä vaatii terapeutilta ymmärrystä potilaan elämän kokonaisuudesta. Arviointia ei siis voi tehdä vain yhden terapiaotteen perusteella (Stiles 1991, 204). Potilaat eivät myöskään kerro kaikkea, mitä ajattelevat tai tuntevat, joten jokin assimilaation

vaihe saattaa jäädä huomiotta terapiaotteiden avulla tapahtuvassa analyysissä (Stiles ja muut 1992, 99).

Lisäksi potilailla terapiaan tullessaan on usein useampia ongelmia, joiden työstämisen suhteen he ovat eri vaiheissa (Barkham ja muut 1996, 2). Siten potilaat voivat asettua ongelmiansa suhteen assimilaatiomallin eri vaiheisiin. Samoin he käsittelevät kutakin ongelmaa eri aikoina terapian aikana. Tämä luo haasteensa ongelmallisten kokemusten assimiloitumisen arvioimiseen.

Tässä työssä käytin assimilaatiomallia terapiassa tapahtuvan muutoksen arvioimisen tukena karkeasti. Arvioinnissa ei käytetty useampaa arvioitsijaa, eikä keskustelusta irrotettu otteita yksityiskohtaisempaan arviointiin kuin mitä kappaleessa 3.3. on esitetty. Tavoitteena oli myös arvioida assimilaatiomallin toimivuutta kognitiivisessa psykoterapiassa.

Terapiaa on tärkeä arvioida kokonaisuutena ja yksittäisten otteiden tarkka arviointi ei ehkä – sen lisäksi, että on aikaa vievää - ole arvioinnin välineenä perusteltu käytännön terapiatyössä. Mallin läpivieminen näin perusteellisesti yhdessäkin terapiassa olisi raskas toteuttaa. Yksityiskohtaisessa arvioinnissa voi olla myös vaara, että yksittäisiä keskustelun osia poimitaan esimerkeiksi jostakin muusta kuin mitä ne terapian kokonaisuudessa ovat merkinneet. Vastuu terapian ja muutosvaiheen prosessoinnista onkin pitkälti terapeutin käsissä. Näinhän asian on hyvä ollakin terapiatyössä – lukuunottamatta tieteellistä terapiatutkimusta, jossa arvioitsijoita on useampia ja käytössä esimerkiksi hyvinvointia ja psyykkistä muutosta arvioivia mittareita.

Mallin vahvuutena on sen kyky sanoittaa potilaan suhdetta ongelmalliseen kokemukseen riippumatta siitä, mitä menetelmiä terapiassa on käytetty tai minkä suuntauksen mukaista työskentely on ollut. Malli antaa välineen muutoksen arviointiin hyvin erilaisille potilasryhmille. Vastaanotolla potilaiden tietoisuus omista ongelmistaan vaihtelee paljon. Assimilaatiomallin avulla on mahdollista

arvioida konkreettisemmin, millaista muutosta kussakin terapiassa voi ajatella olevan realistista tavoitella. Mallin avulla tilannetta arvioiden tavoittaa herkemmin pienenkin muutoksen suhteessa ongelmalliseen kokemukseen. Siten voi terapeuttina paremmin hyväksyä keskeneräisyyden. Tavoitteena ei välttämättä tarvitse olla saavuttaa terapian aikana täyttä hallintaa ongelman suhteen.

Malli saattaisi myös toimia linkkinä eri terapiasuuntausten välillä. Psykoterapiassahan on pohjimmiltaan kyse potilaan hyväksi työskentelystä ja muutoksen aikaansaamisesta potilaan voinnissa positiivisempaan suuntaan. Mallin avulla voi arvioida psykoterapian aikana tapahtunutta muutosta, jossa ei ehkä loppujen lopuksi merkityksellisintä olekaan se, millä keinoin muutos tapahtui tai mistä syystä.

4.3. Sovelluksia: assimilaatiomalli ja muutosvaihemalli

Assimilaatiomalli muistuttaa McConnaughyn, DiClementen, Prochaskan ja Velicerin (1989) muutosvaihemallia, jota on käytetty muun muassa riippuvuusongelmien hoidossa ja elämäntapamuutoksissa tukena. Muutosvaihemallissa potilas liikkuu muutoksen tapahtuessa esiharkintavaiheesta harkintavaiheeseen, edelleen muutoksen valmisteluvaiheeseen, toimintavaiheeseen ja lopulta muutoksen ylläpitovaiheeseen. Assimilaatiomalli käsittää kolme vaihetta enemmän ja tarjoaa siten hienojakoisemman lähestymisen muutokseen psykoterapiassa.

Esiharkinta, harkinta ja valmisteluvaiheet ovat kokemusperäisiä (Marcus ja muut, 1992, Prochaska & Norcross, 2003 ja Prochaska & Diclemente, 1983, Vähäsarjan, Poskiparran, Kettusen & Kasilan, 2004, 3, mukaan). Esiharkintavaiheessa potilas ei ole tietoinen muutostarpeesta. Tämä vaihe muistuttaa assimilaatiomallin torjutun kokemuksen ja heikon tietoisuuden vaihetta. Harkintavaiheessa potilas tiedostaa muutoksen tarpeen ja pohtii muutosta, ja vaihe muistuttaa assimilaatiomallin ongelman selkiytymisen vaihetta. Valmisteluvaiheessa on

piirteitä assimilaatiomallin oivallusvaiheesta, sillä valmisteluvaihe sisältää ratkaisun tekemisen, mikä assimilaatiomallin oivallusvaiheessa näkyy ongelman uudelleenorganisoinnina.

Muutosvaihemallin toiminta- ja ylläpitovaiheet ovat toiminnallisia (Marcus ja muut, 1992, Prochaska & Norcross, 2003 ja Prochaska & Diclemente, 1983, Vähäsarjan, Poskiparran, Kettusen & Kasilan, 2004, 3, mukaan). Assimilaatiomallissa toiminnan määrä lisääntyy mallin oikeaa päätä kohti liikuttaessa. Assimilaatiomallissa kuvataan ongelmanratkaisu vasta seitsemännessä vaiheessa, missä näkemykseni mukaan ilmenee hyvin potilaan ristiriitainen suhtautuminen muutokseen. Ongelma on mallin mukaan ratkaistu vasta, kun uusi toimintamalli on vakiintunut arjessa. Muutosvaihemallissa ratkaisu määritellään tapahtuvaksi jo kokemukseräisessä kolmannessa vaiheessa. Assimilaatiomallin läpityöstämisen vaiheessa (vaihe 6) potilas kokeilee uusia toimintamalleja, mikä muistuttaa muutosvaihemallin toimintavaihetta (vaihe 5), jossa potilas panee toimintaan muutoksen ja sitoutuu siihen. Tällöin muutokseen liittyvä toiminta lisääntyy. Mallin ylläpitovaiheessa potilas toteuttaa uutta toimintaa ja siitä tulee elämäntapa. Assimilaatiomallissa hallinnan vaihe muistuttaa eniten tätä vaihetta.

Vähäsarja ja muut (2004, 3) tiivistävät tutkimuksessaan, mitä mikäkin vaihe muutosvaihemallissa edellyttää työntekijältä potilaan suhteen (Marcus ja muut, 1992, Prochaska & Norcross, 2003 ja Prochaska & Diclemente, 1983). Tämä tieto voisi olla osin sovellettavissa myös psykoterapiatyöhön. Artikkelin mukaan esiharkintavaihe edellyttää työntekijältä potilaan nykyisen tason arviointia ja neutraalia informaation antoa. Sovellettuna assimilaatiomalliin tämä voisi psykoterapiassa tarkoittaa potilaan nykytilan sanoittamista, tiedon jakamista psyykkisestä oireilusta, psyykkisistä mekanismeista ja muutoksen tapahtumisesta yleensä sallivassa muodossa, erityisesti torjunnan tai ainakin heikon tietoisuuden vaiheessa.

Harkintavaihe Vähäsarjan ja muiden (2004, 3) mukaan edellyttää työntekijältä keskustelua muutokseen liittyvistä haitoista ja hyödyistä, muutoksentekoon liittyvien esteiden kartoitusta ja ongelmanratkaisukeinojen pohtimista. Assimilaatiomallin ongelman selkiytymisen vaiheessa terapeutti voi edesauttaa muutosta esimerkiksi sokraattisilla kysymyksillä (mitä merkitsisi, jos...) tai tulevaisuuteen suuntavilla kysymyksillä (kuten minkä tulisi olla toisin, jotta olo olisi parempi). Merkitystä tässä vaiheessa on vaihtoehtoisen ajattelun lisäämisellä ja kyvyllä löytää mielen tasolla uusia toimintamalleja ongelmallisiin vuorovaikutustilanteisiin. Prochaskan ja DiClementen (1983) valmisteluvaiheessa pohditaan käytännön mahdollisuuksien kartoittamista ja asetetaan konkreettisia tavoitteita ja laaditaan suunnitelmia. Stilesin (1990) mallissa oivallusvaihe edellyttää terapeutilta enemminkin hetkeen pysähtymistä ja potilaan tunteen validoimista. Merkityksellistä tässä vaiheessa on sisäisen muutosmotivaation vahvistuminen oivalluksen kautta. Greenbergin ja muiden (2003) mukaan keskeiset muutokset terapiassa tapahtuvat nimenomaan tunnetason muutosten kautta. Oivallusvaiheessa on hyvä pysytellä rauhassa ja vahvistaa potilaan kokemusta. Tutkimuspotilaani Hertta jatkoi oivallusvaiheen työstämistä useissa unissa, joita hän näki heti terapiatapaamisen jälkeen.

Muutosvaihemallin toimintavaiheessa on keskeistä positiivisen palautteen saaminen ja kannustaminen työntekijän taholta, kuten myös repsahdusten ehkäisy ja muutosta edesauttavien tekijöiden kartoittaminen (Vähäsarja ja muut, 2004, 3). Assimilaatiomallin läpityöstämisen vaiheessa (vaihe 6) potilas puntaroi eri vaihtoehtoja ja kokeilee niitä. Pääasiassa tunnetila on myönteinen, innostuneen utelias. Terapeutin tehtäväksi jää tosiaankin kannustaa potilasta yrityksissään toimia uuden tavan mukaan. Keskeistä ainakin Hertan terapiassa oli myös tilanteiden ja niissä heräävien tunteiden tutkiminen. Terapiassa jatkettiin sekä niiden asioiden kartoittamista, jotka tukevat uudenlaista toimintaa että niiden, jotka eivät edesauta uudenlaista toimintaa. Pohdittiin missä tilanteissa riski "vanhaan ajatteluun" on suurin ja mistä johtuen.

Prochaskan ja DiClementen (1983) viimeinen ylläpitovaihe edellyttää työntekijältä kannustusta ja motivaatiota sekä potilaan uuden toiminnan vahvistamista ja palkitsemista. Stilesin (1990) mallissa hallinnan vaiheessa (vaihe 7) potilas käyttää onnistuneesti uusia toimintatapoja. Olettaisinkin, että tässä vaiheessa potilas ei enää tarvitse terapeuttia tämän ongelman käsittelyyn.

5. Kirjallisuus

- Barkham, M., Stiles, W. B., Hardy, G. E. & Field, S. D (1996). The assimilation model: theory, research and practical guidelines. Teoksessa Dryden, W. (toim) Research in counselling and psychotherapy. SAGE Publications Ltd. Lontoo, Iso-Britannia.
- Carlsen, M. B. (1996). Metaphor, meaning-making and metamorphosis. Teoksessa Rosen & Constructing realities. 1996. San Francisco: Jossey Bass.
- Clarke, H., Rees, A. & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 67-89.
- Goodridge, D. & Hardy, G. (2009). Patterns of change in psychotherapy: an investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 19, 1, 114-123.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S. C. (2003). Working with emotions in psychotherapy. New York: The Guilford Press.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders. New York: Guilford Press.
- Heesacker, M & Mejia-Millan, C. (1996). A research programme on attitude change processes and their applications on counselling. Teoksessa Dryden, W. (toim) Research in counselling and psychotherapy.
- Laitila, A., & Aaltonen, J. (1997). Application of the assimilation model in the context of family therapy: a case study. *Contemporary Family Therapy*, 20, 277-290.

- Leiman, P. & Stiles, W. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311-330.
- Marcus BH, Rossi JR, Selby VC, Niaura RS, Abrams DB. (1992) The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology* 11(6), 386–395.
- McConaughy, E.A., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1989) Stages of Change in Psychotherapy: A follow up report.
- Orchowski, L., Uhlin, B., Probst, D., Edwards, K., & Anderson, T. (2009). An assimilation analysis of clinician-assisted emotional disclosure therapy with survivors of intimate partner sexual assault. *Psychotherapy Research*, 19, 293-311.
- Osatuke, K., Mosher, J., goldsmith, J., Stiles, W., Shapiro, D., Hardy, G., & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in Depression: Assimilation analysis of helpful session. *Journal of Clinical psychology: In Session*, 63, 153-164.
- Piaget, J. (1970). Piaget's theory. Teoksessa Mussen, P. H. (toim.). Carmichael's Manual of Child Psychology. Third edition, vol. 1. New York: John Wiley.
- Piaget, J. (1988). Lapsi maailmansa rakentajana. Juva: WSOY.
- Prochaska J.O. & DiClemente C. C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of achange. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Prochaska J. O. & Norcross J. C. (2003). Systems of psychotherapy. A Transtheoretical analysis. 5th edition. Thomson Learning
- Stiles, W. B., Elliott, R., Firth-Cozens, J. A., Llewelyn, S.P., Margison, F.R. & Shapiro, D. A. ja Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 3, 411.
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M., Sloan & W. W., Jr. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research* 2 (2), 81-101.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Harper, H. & Shapiro, D. A., Haw, S. K. ja Firth-Cozens, J. F. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 2, 195-206.

- Tiuraniemi, J. & Korhola, J. (2009). Cognitive group therapy for depressive students: the case study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4, 133-144.
- Toskala, A. & Hartikainen, K. (2005) *Minuuden rakentuminen. Psykkinen kehitys ja kognitiivis-konstruktivinen psykoterapia*. Jyväskylän koulutuskeskus oy. Otava, Keuruu.
- Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen, T. & Kasila, K. (2004) *Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa*. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto. *Liikunta ja Tiede*, 6/2004.
- Wiser, S., Goldfried, M. R., Raue, P. J. & Vakoch, D. A. (1996). *Cognitive-behavioral and psychodynamic therapies: A comparison of change processes*. Teoksessa Dryden, W. (toim) *Research in counselling and psychotherapy*. Sage Publication, Lontoo, Thousand Oaks, New Delhi.