

# **”Poppamiesmeininkiä” vai vaikuttavaa tunnetyöskentelyä?**

## **Kokemuksia ja reflektioita korjaavasta mielikuvatyöskentelystä**

Juha Hokkanen

Korjaavan mielikuvatyöskentelyn avulla pyritään tavoittamaan asiakkaan tunnepitoisia muistoja ja työskentelemään mahdollisimman suoraan näiden muistirepresentaatioiden kanssa. Korjaava mielikuvatyöskentely poikkeaa huomattavasti tavanomaisesta, pääasiassa keskusteluun nojautuvasta terapiatyöskentelystä. Menetelmän käyttäminen saattaa tämän vuoksi herättää asiakkaissa yllättäviä ja voimakkaitakin reaktioita. Asiakkaiden kokemuksia korjaavasta mielikuvatyöskentelystä on tutkittu toistaiseksi vähän. Aihe on tärkeä, ja sen vuoksi sitä selvitettiin tässä artikkelissa kuvatussa tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistui seitsemän asiakasta, joille tehtiin 15 mielikuvaharjoitusta. Mielikuvatyöskentelyn jälkeen asiakkaat täyttivät kyselylomakkeen, jossa oli neljä VAS-asteikkokysymystä ja yksi avoin kysymys. Asiakkaiden vastausten perusteella useimmiten mielikuvat tavoitettiin hyvin ja saatiin vahva yhteys tunteisiin. Lähes kaikissa harjoituksissa saatiin uudenlaista ymmärrystä ja uusia näkökulmia. Kaikki mielikuvaharjoitukset koettiin vähintäänkin kohtuullisen hyödyllisiksi. Mielikuvatyöskentely herätti monenlaisia reaktioita: innostumista, helpotusta, rentouden tunnetta, mutta myös hämmennystä, ahdistusta ja surua. Korjaava mielikuvatyöskentely ei sovi kaikkiin tilanteisiin eikä kaikille asiakkaille. Se on kuitenkin oivallinen työväline, jonka avulla voidaan syventää asiakkaan tunnekokemusta. Samalla on mahdollista tavoittaa ja muokata asiakkaan hankalia muistirepresentaatiota ja haitallisia skeemoja.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata, millaisia kokemuksia korjaavan mielikuvatyöskentelyn käyttäminen herättää asiakkaissa. Korjaavan mielikuvatyöskentelyn avulla pyritään tavoittamaan asiakkaan tunnepitoisia muistoja ja työskentelemään mahdollisimman suoraan näiden muistirepresentaatioiden kanssa. Työskentelyn aikana asiakkaalla on yleensä silmät kiinni ja häntä ohjataan eläytymään muistojen sensorisiin yksityiskohtiin (näkö-, kuulo-, tunto- ja joskus myös haju- tai makuaistimuksiin), tunteisiin ja tarpeisiin. Kun asiakkaan varhainen muisto on aktivoitunut, joko asiakas itse tai terapeutti ikään kuin matkustaa ajassa taaksepäin auttamaan mielikuvan lasta (Arntz & Jacob, 2013). Korjaava mielikuvatyöskentely poikkeaa huomattavasti tavanomaisesta, pääasiassa keskusteluun nojautuvasta terapiatyöskentelystä. Keskustelun kautta voi toisinaan olla vaikea päästä käsiksi asiakkaan syviin tunnetason kokemuksiin, erityisesti jos asiakas on tottunut välttelemään tunteita tai sulkemaan niitä pois, jolloin työskentely voi jäädä liian pintapuoliseksi ja rationaaliseksi. Korjaava mielikuvatyöskentely voi auttaa syventämään terapiatyöskentelyä, viemään sitä kohti välittömämpää ja vahvempaa tunteiden tavoittamista ja kokemista – tai, kuten Roediger, Stevens ja Brockman (2018, 149) ovat kuvanneet – kohti kokemisen implisiittistä tasoa, episodisiin muistoihin liittyvien assosiatiivisten prosessien lähteille.

Korjaava mielikuvatyöskentely tarjoaa siis kiinnostavia mahdollisuuksia. Toisaalta korjaava mielikuvatyöskentely voi olla hämmentävää, hankalaa ja jopa ahdistusta herättävää. Artikkelin nimessä esiintyvä sana ”poppamiesmeininkiä” – joka on yhden asiakkaan käyttämä ilmaisu korjaavasta

mielikuvatyöskentelystä – kuvastaa osaltaan sitä reaktioiden kirjoa, jota menetelmän käyttäminen voi aiheuttaa. Menetelmän epätyypillinen luonne ja artikkelin kirjoittajan omakohtaiset kokemukset korjaavasta mielikuvatyöskentelystä herättivät osaltaan kiinnostusta aiheeseen. Mielenkiintoa lisäsi myös se, että korjaavan mielikuvatyöskentelyn asiakkaisissa herättämiä reaktioita ei ole aiemmin juurikaan tutkittu.

Ten Napel-Schutzin, Abaman, Bamelin ja Arntzin (2011) tutkimuksessa kartoitettiin persoonallisuushäiriöasiakkaiden kokemuksia *diagnostisesta mielikuvatyöskentelystä*. Menetelmä muistuttaa korjaavaa mielikuvatyöskentelyä, mutta siinä keskitytään lähinnä palauttamaan mieleen varhaisia muistoja, niitä ei työstetä tai pyritä muokkaamaan (Arntz & Jacob, 2013; Ten Napel-Schutz ym., 2011). Suurin osa kyseisessä tutkimuksessa haastatelluista 12 asiakkaasta koki diagnostisen mielikuvatyöskentelyn antoisaksi, silti myös ongelmia esiintyi. Jotkut asiakkaat kokivat mielikuvaharjoitukset väsyttäväksi, raskaaksi ja kuormittaviksi. Samoin asiakkailta oli vaikeuksia keskittyä harjoitukseen ja he saattoivat haluta keskeyttää harjoituksen kertomatta siitä terapeutille. Joillakin asiakkailta oli myös vaikeuksia löytää mielikuvia tai eläytyä niihin (Ten Napel-Schutz ym., 2011).

De Klerkin, Abaman, Bameliksin ja Arntzin (2017) tutkimuksessa kartoitettiin persoonallisuushäiriöasiakkaiden (n=15) ja terapeuttien (n=8) kokemuksia skeematerapiasta ja siinä käytettävistä menetelmistä. Skeematerapiaan sisältyvää mielikuvatyöskentelyä – johon kuuluu sekä diagnostinen että korjaava mielikuvatyöskentely – pidettiin pääsääntöisesti hyödyllisenä, mutta useat asiakkaat kokivat sen myös hankalaksi. Asiakkaiden oli vaikea ymmärtää mielikuvatyöskentelyn merkitys ja motivoitua harjoitusten tekemiseen, mikäli nykyhetken ongelmien ja menneisyyden tapahtumien välistä yhteyttä ei ollut riittävän tarkasti jäsennetty. Osa asiakkaista myös koki mielikuvatyöskentelyn raskaaksi ja painostavaksi (De Klerk ym., 2017).

Mielikuvatyöskentelyyn osallistuneiden asiakkaiden kokemuksista on saatu epäsuorasti tietoa myös Bellin, Mackien ja Bennett-Levyn (2015) tutkimuksesta. Suurin osa tutkimuksessa haastatelluista kognitiivis-behavioraalista terapeuteista (n=12) oli huomannut asiakkaiden hyötynneen mielikuvatyöskentelystä. Mielikuvaharjoitukset toivat helpotusta asiakkaiden psyykkisiin oireisiin, auttoivat asiakkaita tavoittamaan tunteitaan ja vahvistivat asiakkaiden ja terapeutin välistä yhteyttä. Vastavasti lähes kaikilla terapeuteilla oli ollut asiakkaita, joissa mielikuvatyöskentely oli herättänyt vastustusta, nolostumista tai jopa vihamielisyyttä. Terapeutit olivat huolissaan siitä, miten asiakkaat kestävät mielikuvatyöskentelyn ja sen myötä viriävät vahvat tunteet. Terapeutit myös pelkäsivät,

että asiakkaat voivat kokea mielikuvien käyttämisen oudoksi ja epätieteelliseksi, jonkinlaiseksi marginaali- tai vaihtoehtohoidoksi (Bell ym., 2015).

Edellä kuvatut kolme tutkimusta eivät kohdistuneet suoraan siihen, miten asiakkaat kokevat korjaavan mielikuvatyöskentelyn. Sen sijaan sitä kuvataan tässä artikkelissa (ks. myös Santasalo, 2017 ja Vesalainen, 2017). Korjaavasta mielikuvatyöskentelystä käytetään jatkossa myös muotoja mielikuvatyöskentely ja mielikuvaharjoitus.

### *Korjaavan mielikuvatyöskentelyn tutkimusnäyttö ja käyttö eri häiriöiden hoidossa*

Mielikuvia on hyödynnetty terapiassa kauan, ainakin 1800-luvun lopulta lähtien. Käyttäytymisterapiassa mielikuvatyöskentelyä käytettiin alun perin strukturoidusti esimerkiksi osana ahdistuksen poisherkeistämistä. Menneisyyden kokemuksiin keskittyvää mielikuvatyöskentelyä käytettiin lähinnä hypnoosin ja hahmoterapian piirissä. Korjaavaa mielikuvatyöskentelyä pidettiin pitkään epäilyttävänä ja epätieteellisenä menetelmänä (Arntz, 2011; Edwards, 2007). Tutkimuksen lisääntymisen myötä menetelmää on alettu hyödyntää laajemmin myös kognitiivisessa psykoterapiassa. Korjaavaa mielikuvatyöskentelyä on käytetty ja tutkittu muun muassa masennuksen (Wheatley, Brewin, Patel, Hackmann, Wells & Fisher ym., 2009; Wheatley & Hackmann, 2011), traumaperäisen stressihäiriön (Arntz, Sofi & Van Breukelen, 2013; Arntz, Tiesema & Kindt, 2007; Hackmann, 2011; Raabe, Ehring, Marquenie, Olf & Kindt, 2015; Smucker & Niederee, 1993), syömishäiriöiden (Cooper, 2011), dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön (Ritter & Stangier, 2016; Wilson, Veale & Freeston, 2016), pakko-oireisen häiriön (Fink, Pflugradt, Stierle & Exner, 2018; Veale, Page, Woodward & Salkovskis, 2015), sosiaalisten tilanteiden pelon (Frets, Kevenaar & Van der Heiden, 2014; Norton & Abbott, 2016; Wild & Clark, 2011), psykoosien (Ison, Medoro, Keen & Kuipers, 2014) ja persoonallisuushäiriöiden (Arntz, 2011, 2015; Arntz & Van Genderen, 2009) hoidossa.

Korjaavaa mielikuvatyöskentelyä on hyödynnetty kognitiivis-behavioraalisten hoitojen yhteydessä erityisesti silloin, kun asiakkailta on ollut häiritseviä, esiin tunkeutuvia mielikuvamuotoisia muistoja (Morina, Lancee & Arntz, 2017). Suurin osa persoonallisuushäiriöasiakkaiden ei raportoi esiin tunkeutuvista mielikuvista tai ei ainakaan miellä niitä keskeisiksi ongelmiksi. Kuitenkin persoonallisuushäiriöiden taustalla on hyvin usein traumaattisia kokemuksia, silloinkin kun asiakkaat eivät ole tuoneet esille konkreettisia traumamuistoja (Arntz, 2011). Erityisesti skeematerapiassa mielikuvatyöskentelyä onkin alettu käyttää persoonallisuushäiriöasiakkaiden hoidossa siitä riippumatta,

onko heillä esiin tunkeutuvia mielikuvia vai ei. Tavoitteena on tällöin ollut tavoittaa ja työstää asiakkaan varhaisia muistoja tilanteista, jotka ovat johtaneet haitallisten *skeemojen* syntyyn (Arntz, 2011; Arntz & Jacob, 2013; Roediger ym., 2018).

Skeemalla tarkoitetaan toistuvaa kokemisen tapaa tai mallia, joka muodostuu emootioista, kognitioista, kehollisista tuntemuksista ja *muistoista*. Skeema kehittyy lapsuuden ja nuoruuden kokemusten myötä ja se aktivoituu yhä uudelleen elämän aikana (Karila & Tuulari, 2017). Skeeman voidaan ajatella ikään kuin lepäävän tai nukkuvan taustalla ennen kuin se herää. Kun haitallinen skeema aktivoituu, se muuttuu ”kuumaksi”, ja skeemaan kytkeytyvät muistot virittyvät. Samalla menneisyys ikään kuin tunkeutuu nykyisyyteen, asiakas näkee maailman lapsen silmin ja muistoihin liittyvät kivuliaat tunteet, ajatukset ja keholliset tuntemukset täyttävät tietoisuuden (Roediger ym., 2018, 25).

Skeematerapian käyttöalueet ovat laajentuneet persoonallisuushäiriöistä muun muassa komplisoituneen masennuksen ja kroonistuneiden ahdistuneisuushäiriöiden (Arntz & Jacob, 2013) sekä syömishäiriöiden hoitamiseen (Simpson, 2015). Tällöinkin osana hoitoa voidaan käyttää korjaavaa mielikuvatyöskentelyä, olipa asiakkaalla esiin tunkeutuvia mielikuvia vai ei. Niin ikään Cooperin (2011) kuvaamassa syömishäiriöiden kognitiivis-behavioraalisisessa hoitomallissa tunnepitoisia ydinuskomuksia työstetään korjaavan mielikuvatyöskentelyn avulla silloinkin, kun syömishäiriöön ei liity häiritseviä mielikuvia.

Korjaavasta mielikuvatyöskentelystä on ehtinyt kertyä melko runsaasti tutkimusnäyttöä. Morinan ym. (2017) meta-analyysi kokosi tuloksia 19 tutkimuksesta, joissa oli yhteensä 363 asiakasta. Tutkimuksista kahdeksassa asiakkailla oli traumaperäinen stressihäiriö, kuudessa sosiaalisten tilanteiden pelko, kahdessa dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö ja yhdessä joko masennus, ahmimishäiriö tai pakko-oireinen häiriö. Korjaavan mielikuvatyöskentelyn efektikooksi (Hedgesin  $g$ ), hoito- ja vertailuryhmän eroiksi, muodostui tuossa aineistossa 0.90, mikä tarkoittaa suurta efektikokoa. Morina ym. (2017) toteavatkin, että korjaava mielikuvatyöskentely on lupaava menetelmä ja että sillä saadaan monesti tuloksia jo suhteellisen harvoilla hoitokerroilla – katsauksessa mukana olevissa tutkimuksissa hoitokertoja oli keskimäärin vain 4,5.

Korjaavaa mielikuvatyöskentelyä on käytetty menestyksekkäästi asiakkaille, jotka eivät olleet hyötynneet pitkitetystä altistushoidosta; Grunertin, Weisin, Smuckerin ja Christiansonin (2007) tutkimuksessa 23 asiakkaasta 18 toipui täysin traumaperäisestä stressihäiriöstä korjaavan mielikuva-

työskentelyjakson avulla. Mielikuvatyöskentelyä on myös verrattu pitkitettyyn mielikuvaltistukseen traumaperäisen stressihäiriön hoidossa (Arntz ym., 2007; Langkaas, Hoffart, Øktedalen & Ulvenes, 2017; Øktedalen, Hoffart & Langkaas, 2015) sekä uskomusten tunnistamiseen ja muokkaamiseen pakko-oireisen häiriön (Fink ym., 2018) ja sosiaalisen tilanteiden pelon hoidossa (Norton & Abbot, 2016). Korjaava mielikuvatyöskentely osoittautui edellä mainituissa tutkimuksissa vähintään yhtä tehokkaaksi kuin vertailtava menetelmä, eli mielikuvaltistus tai uskomusten muokkaaminen (ks. myös Weertman & Arntz, 2007).

### *Korjaavan mielikuvatyöskentelyn teoreettiset selitysmallit ja vaikutusmekanismit*

Korjaava mielikuvatyöskentely kohdistuu nimensä mukaisesti mielikuviin. Mielikuvat voivat olla äkillisiä muistoja tai takaumia aiemmista tapahtumista, jotka pulpahtavat myöhemmin kutsumatta mieleen. Ne voivat olla myös tietoisia päiväunia ja haavekuvia. Mielikuvien kokemisen yhteydessä aktivoituu osin samoja aivojen hermoverkkoja kuin ulkoisten aistiärsykkeiden havaitsemisen yhteydessä. Mielikuvissa voi esiintyä näköaistimusten lisäksi kuulo-, tunto-, haju- ja makuaistimuksia. Mielikuvien kokeminen muistuttaa monella tavalla ulkoisten aistiärsykkeiden havaitsemista, tosin mielikuviin liittyvät aistimukset ovat yleensä heikompia tai vaimeampia kuin ulkoisiin aistiärsykeisiin liittyvät aistimukset (Pearson, Naselaris, Holmes & Kosslyn, 2015). Mielikuvat herättävät kuitenkin voimakkaampia tunteita kuin saman asian tai tapahtuman kielellinen käsittely. Mielikuvat voivat toimia motivaation ja innostuksen lähteenä – tai ne voivat herättää ahdistavia ja vaikeita tunteita, mistä johtuen mielikuvien kokemista voidaan myös vältellä (Holmes & Mathews, 2010).

Terapiassa riittävä tunteiden aktivoituminen on tärkeää, jotta päästään työskentelemään tehokkaasti ja vaikuttavasti asiakkaan ongelmien kanssa. Erityisen tärkeää se on silloin, kun asiakkaan ongelmat ovat pitkäaikaisia ja hankalia. Asiakas saattaa esimerkiksi loogisella tasolla ymmärtää, että hänen kielteiset käsityksensä itsestään ovat kärjistyneitä ja haitallisia, mutta tunnetasolla hän voi silti kokea itsensä kelpaamattomaksi ja puutteelliseksi. Tällaisissa tilanteissa tunteiden aktivoituminen mielikuvatyöskentelyn kautta voi tarjota mahdollisuuden päästä muokkaamaan kelpaamattomuuden tunteen taustalla olevia perususkomuksia ja skeemoja, jotka puolestaan ovat kytkeytyneet tunnepitoisiin muistoihin (Arntz, 2011). Mielikuvatyöskentelyn aikana asiakas sulkee silmänsä ja keskittyy tunteisiin ja kehollisiin tuntemuksiin. Tämän myötä ”viileämpi” semanttisen informaation prosessointi voi väistyä taka-alalle ja tunnepohjainen, episodisen informaation prosessointi nousta etualalle. Kun asiakas palauttaa mieleensä tunteisiin ja kehollisiin tuntemuksiin kytkeytyviä muistoja, näihin muistoihin liittyvät assosiatiiviset prosessit aktivoituvat. Mielikuvien myötä voidaan

tavoittaa muistot elävämmiin ja saada uudenlaista ymmärrystä niistä tilanteista ja tapahtumista, jotka ovat vaikuttaneet skeemojen syntymiseen lapsuudessa (Roediger ym., 2018).

Yleensä korjaavaa mielikuvatyöskentelyä koskeviin tutkimuksiin on valittu henkilöitä, joilla esiintyy häiritseviä mielikuvamuotoisia muistoja (esim. Brewin, Wheatley, Patel, Fearon, Hackmann & Wells ym., 2009; Morina ym., 2017; Veale ym., 2015). Näiden asiakkaiden muistot ovat voineet tallentua vahvasti sensorisessa muodossa (näkö-, kuulo-, tunto-, haju- ja makuaistimuksina), ja muistoihin liittyvien kielellisten representaatioiden rooli voi olla vähäisempi. Kielelliset representaatiot saattavat myös eriytyä sensorisista representaatioista, erityisesti traumaattisten tai hyvin tunnepitoisten tapahtumien yhteydessä. Tällaisten muistojen työstämisessä pidetään tärkeänä mielikuvien aktivoimista (Brewin, Gregory, Lipton & Burgess, 2010). Osa tutkijoista pitää mahdollisena, että korjaava mielikuvatyöskentely saattaakin sopia erityisen hyvin asiakkaille, joilla on häiritseviä mielikuvamuotoisia muistoja (esim. Frets ym., 2014; Veale ym., 2015; Wheatley ym., 2007). Toisaalta, kuten aiemmin on todettu, mielikuvatyöskentelyä on käytetty menestyksekkäästi myös sellaisten asiakkaiden terapiassa, joilla ei ole häiritseviä mielikuvia (Arntz & Jacob, 2013; Roediger ym., 2018).

Korjaavan mielikuvatyöskentelyn vaikutusmekanismeja ei toistaiseksi osata täysin selittää. Keskeinen tutkijoita askarruttava kysymys on se, miten korjaava mielikuvatyöskentely vaikuttaa työskentelyn kohteena olevaan muistoon. Yhden näkemyksen mukaan korjaavan mielikuvatyöskentelyn myötä muodostuu uusi muistirepresentaatio, joka kilpailee alkuperäisen muiston kanssa siitä, kumpi palautuu mieleen (Brewin, 2006; Brewin ym., 2010). Vanha muisto ei siis muutu, mutta sen rinnalle muodostuva uusi representaatio estää vanhan muistirepresentaation – ja siihen kytkeytyvien haitallisten reaktioiden – aktivoitumisen. Vaihtoehdoisen näkemyksen mukaan alkuperäinen (konsolidoitunut) muisto muuttuu (rekonsolidoituu) korjaavan mielikuvatyöskentelyn myötä (Arntz, 2011; 2012; Dibbets, Poort & Arntz, 2011). Vanhan muiston tilalle rakentuu uusi, muokattu muistirepresentaatio, joka voi kattavasti ja pysyvästi helpottaa asiakkaan psyykkistä oireilua. Alkuperäisen muiston yksityiskohtien ei kuitenkaan oleteta muuttuvan; alkuperäinen muisto ei pyyhkiydy pois asiakkaan mielestä, ja asiakas muistaa edelleen varhaisten elämäntapahtumien yksityiskohdat. Sen sijaan muistirepresentaatioon yhdistyvät merkitykset ja uskomukset voivat muuttua mielikuvatyöskentelyn myötä.

Koska alkuperäisen muiston yksityiskohdat eivät muutu, mielikuvatyöskentely ei aiheuta vääriä muistoja tai valemustoja, varsinkaan silloin kun menetelmää käytetään asianmukaisesti (Arntz &

Weertman, 1999). Muiston palauttamista asiakkaan mieleen ei johdatella tai ohjata suggestiivisesti, koska on olemassa vaara, että ainakin suggestioherkimmät asiakkaat saattaisivat ”muistaa” sellais-takin, mitä ei oikeasti ole tapahtunut (Geraerts, Schooler, Merkelbach, Jelicic, Hauer & Ambadar, 2007; Laney & Loftus, 2008). Mielikuvatyöskentelyssä ei myöskään ole olennaista, onko mieleen palautettu muisto suhteellisen tarkka kuvaus aiemmasta tapahtumasta vai onko se esimerkiksi yh-distelmä useammasta tilanteesta (Arntz, 2015). Muistaminen on luonteeltaan konstruktivista toi-mintaa, mieleen palauttamisen yhteydessä muistoja ikään kuin rakennetaan uudelleen säilyneiden tiedon palasten pohjalta (Baddeley, Eysenck & Anderson, 2015; Paavilainen, 2016). Mielikuva-työskentelyssä ei pyritä paljastamaan, mitä ”oikeasti” tapahtui. Sen sijaan mielikuvaa (ja samalla muistirepresentaatiota) muokatessa työskentely kohdistuu siihen, mitä lapsi olisi tarvinnut vaikeassa tilanteessa, erotukseksi siitä, mitä hän joutui kokemaan ja mitä vaille hän jäi. Samalla muokataan niitä haitallisia merkityksiä, jotka ovat rakentuneet varhaisten kokemusten myötä ja jotka ylläpitä-vät asiakkaan vaikeuksia ja ongelmia (Arntz, 2011; Arntz & Weertman, 1999). Sen lisäksi että merkitykset muuttuvat, myös automaattiset, tahattomasti virittyvät tunneprosessit voivat muuttua (Arntz, 2012). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan hankaliin muistoihin ja haitallisiin skeemoihin kytkeytyneet voimakkaat tunteet eivät mielikuvatyöskentelyn vaikutuksesta enää akti-voidu yhtä herkästi ja voimakkaasti kuin ennen.

Arntz (2011; 2015) on kuvannut kootusti useita tekijöitä, jotka voivat auttaa asiakasta korjaavassa mielikuvatyöskentelyssä:

1. *Uudelleen attribuointi.* Mikäli asiakas on lapsena kokenut kaltoin kohtelua tai jäänyt vaille huolenpitoa, hän on voinut ajatella tämän johtuvan itsestään. Mielikuvaharjoituksessa voi-daan auttaa asiakasta tulkitsemaan näitä kokemuksia siten, että ne johtuvat vanhempiin liit-tyvistä tekijöistä, esimerkiksi vanhempien omista ongelmista, eivätkä ole millään tavalla lapsen syytä.
2. *Tunteiden tavoittaminen ja työstäminen.* Asiakas on voinut lapsena joutua sivuuttamaan tai sulkemaan pois omia tunteitaan, koska tunteiden turvalliselle kokemiselle ja ilmaisemiselle ei ole ollut tilaa ja mahdollisuuksia. Tämän seurauksena asiakkaan yhteys tunteisiin on voi-nut jäädä vaillinaiseksi ja tunteiden kokeminen on voinut estyä tai häiriintyä. Mielikuva-työskentelyn aikana asiakasta voidaan tukea tunteiden tunnistamisessa, kokemisessa ja ilmaisemisessa. Tämä voi auttaa asiakasta suhtautumaan tunteisiin aiempaa hyväksyvämmiin ja myönteisemmin, mikä helpottaa myös tunteiden säätelyä.

3. *Hoivan vastaanottaminen.* Monia asiakkaita on laiminlyöty tai jopa kohdeltu kaltoin tunnetasolla. Mielikuvaharjoituksen aikana asiakas voi kokea, miltä hoivan ja huolenpidon vastaanottaminen tuntuu. Tämä voi vahvistaa myötätunnon kokemista itseä kohtaan.
4. *Merkityksen muuttaminen lapsen kokemisen tasolla.* Mielikuvatyöskentelyn aikana on mahdollista sovittaa ja muokata korjaava informaatio lapsen päättelyn tasolle. Informaation sisällön lisäksi voidaan muuttaa myös kanavaa, jonka kautta informaatio annetaan, esimerkiksi asiakas voi mielikuvassa eläytyä vastaanottamaan fyysistä hoivaa, kuten halaaamista tai sylissä pitämistä.
5. *Säännön muuttaminen poikkeukseksi.* Lapsi kokee herkästi, että oma perhe ja kasvuympäristö edustavat prototyyppisesti sitä, millaisia ihmiset ovat ja millainen maailma on. Jos lapsi ei esimerkiksi voi ilmaista omia tarpeitaan turvallisesti omille vanhemmilleen, hän päätyy herkästi uskomaan, ettei muihinkaan ihmisiin voi luottaa. Korjaavan mielikuvatyöskentelyn myötä asiakas voi oppia, että hänen lapsuudenperheensä ja kasvuympäristönsä olivat poikkeuksellisia, eivätkä kaikki ihmiset reagoi ja toimi samalla tavalla (Arntz, 2011; 2015).

### *Korjaava mielikuvatyöskentely käytännössä*

Korjaavaa mielikuvatyöskentelyä voidaan käyttää monella tavalla. Mielikuvatyöskentely voi kohdistua suoraan *häiritsevien mielikuvien sisältöihin* tai *sensorisiin yksityiskohtiin* hakematta yhteyttä muistoihin (Kunze, Arntz, Morina, Kindt & Lancee, 2017; Yamada, Hiramatsu, Murata, Seki, Yokoo, Nogushi ym., 2019). Tavallisimmin mielikuvatyöskentelyssä pyritään kuitenkin löytämään yhteyksiä asiakkaan tämänhetkisten reaktioiden (esimerkiksi häiritsevä mielikuva, tunne tai keholinen tuntemus) ja menneiden tapahtumien välillä, eli mielikuvatyöskentely kohdistuu asiakkaan *muistirepresentaatioon* (Arntz ja Jacob, 2013; Roediger ym., 2018).

Ennen mielikuvatyöskentelyä voidaan pyrkiä tavoittamaan kielteisiin muistoihin liittyviä uskomuksia, minkä jälkeen niitä muokataan keskustellen, sokraattista dialogia hyödyntäen (ks. esim. Norton & Abbott, 2016; Wild & Clark, 2011; Wheatley & Hackmann, 2011; Won Lee & Kwon, 2013). Korjaavan mielikuvatyöskentelyn aikana on tämän jälkeen mahdollista hyödyntää uskomusten muokkausvaiheen oivalluksia ja näkökulmia. Erityistä uskomuksiin kohdennettua esityöskentelyä ei käytetä kovin usein edes kognitiivis-behavioraaliossa työtöteessä, vaan korjaavaan mielikuvatyöskentelyyn siirrytään suoraan asiakkaan hankalasta reaktiosta tai kokemuksesta. Kognitiivis-behavioraaliossa mielikuvatyöskentelyssä käytetään harvoin turvapaikkamielikuvaa (poikkeuksena



esim. Nilsson, Lundh & Viborg, 2012). Skeematerapian yhteydessä turvapaikkamielikuvan käyttäminen on tavallisempaa (esim. Roediger ym., 2018), joskin esimerkiksi Arnzt (2011) ja Arntz ja Jacob (2013) eivät pidä sitä yleensä välttämättömänä tai edes tarpeellisena.

Mielikuvatyöskentelyssä on eroja siinä, kuinka aktiivinen rooli terapeutilla on mielikuvan korjaamisessa. Pääsääntöisesti kognitiivis-behavioraalissa työotteessa asiakas toimii mielikuvan korjaajana (esimerkiksi Cooper, 2011; Frets ym., 2014; Grunert ym., 2007; Nilsson ym., 2012; Raabe ym., 2015; Reimer & Moscovitch, 2015; Ritter & Stangier, 2016; Veale ym., 2015; Won Lee & Kwon, 2013). Jokin auttava taho (ulkopuolinen henkilö tai terapeutti) tuodaan tarvittaessa auttamaan asiakasta, jos hän ei pysty toimimaan mielikuvassa. Sen sijaan skeematerapiassa terapeutti tulee yleensä korjaamaan mielikuvaa varsinkin terapian alkupuolella. Osin tämä johtuu siitä, että skeematerapiaa käytetään ensi sijassa vaikeiden ongelmien hoitamiseen, jolloin asiakas ei välttämättä kykene toimimaan lasta suojelevan aikuisen roolissa mielikuvassa. Toisena vaikuttavana tekijänä on se, että terapeutin rooli nähdään skeematerapiassa erityisen tärkeäksi; terapeutti pyrkii tarjoamaan asiakkaalle korjaavia kokemuksia terapiasuhteen kautta (Arnzt, 2011; 2015; Arntz & Jacob, 2013). Myös skeematerapiassa pyritään hoidon edettyä siirtämään asiakkaille enemmän vastuuta mielikuvan korjaamisesta (Arnzt, 2011; 2015).

Mielikuvatyöskentelystä on olemassa erilaisia variantteja. Seuraava malli on kuitenkin tavallisin.

1. Työskentely aloitetaan lähiajan pulmallisesta tilanteesta tai vastaanotolla viriävästä vahvasta tunteesta.
2. Asiakasta pyydetään sulkemaan silmät ja kuvittelemaan hankala tilanne mielessään. Häntä pyydetään kertomaan tilanteesta ikään kuin se tapahtuisi parhaillaan. Huomio suunnataan tilanteen yksityiskohtiin, asiakkaan tunteisiin ja kehollisiin tuntemuksiin.
3. Asiakasta pyydetään pitämään kiinni tunteista ja kehollisista tuntemuksista, päästämään irti nykyhetken mielikuvasta ja siirtymään lapsuuden aikaiseen tilanteeseen, jossa hänellä on sama tunne kuin nyt.
4. Asiakasta pyydetään kuvaamaan lapsuuden tilanne mahdollisimman elävästi. Asiakkaalta kysytään, kuinka vanha hän on, missä hän on, kenen kanssa hän on ja mitä tilanteessa tapahtuu. Tämän jälkeen kysytään asiakkaan tunteista, ajatuksista ja tarpeista. Mikäli mielikuvassa on tapahtumassa vakava kaltoinkohtelu, terapeutti puuttuu nopeasti tilanteeseen ja auttaa lasta mielikuvassa.

5. Mielikuvan korjaaminen alkaa. Lapsuuden mielikuvaan tuodaan aikuinen, joka suojelee asiakasta ja pitää hänestä huolta. Tässä vaiheessa on useampia vaihtoehtoja:
  - a. Asiakas itse tulee aikuisena mielikuvaan pitämään huolta lapsesta ja suojelemaan tätä.
  - b. Asiakkaan tuntema turvallinen aikuinen tulee auttamaan mielikuvan lasta.
  - c. Terapeutti tulee asiakkaan mukana mielikuvaan – asiakas ja terapeutti toimivat mielikuvassa yhdessä, suojelevat lasta ja pitävät hänestä huolta.
  - d. Terapeutti tulee mielikuvaan, asiakas keskittyy ottamaan vastaan suojelua ja huolenpitoa.
6. Mikäli asiakas on toiminut mielikuvassa aikuisena, joka pitää huolta lapsesta (vaihtoehto a), mielikuvan tilanne käydään uudelleen läpi ja asiakas eläytyy ottamaan lapsena vastaan huolenpitoa.
7. Harjoitus päätetään, asiakas avaa silmät ja palaa nykyhetkeen. Harjoituksesta keskustellaan, tarvittaessa mielikuvaharjoitus voidaan tehdä uudestaan ja muokata sitä vastaamaan paremmin asiakkaan tarpeita ja toiveita (Arntz, 2011, 2015; Karila & Tuulari, 2017; Roediger ym., 2018).

Edellä kuvattua mielikuvatyöskentelyn mallia on käytetty tässäkin tutkimuksessa. Työn tutkimuskysymykset on pyritty valitsemaan siten, että kysymysten pohjalta saadaan monipuolista tietoa siitä, miten asiakkaat kokevat korjaavan mielikuvatyöskentelyn. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten korjaava mielikuvatyöskentely auttaa asiakkaita
  - a. tavoittamaan mielikuvia
  - b. saamaan yhteyden tunteisiin
  - c. löytämään uusia näkökulmia ja oivalluksia?
2. Miten hyödyllisenä asiakkaat kokevat korjaavan mielikuvatyöskentelyn?
3. Millaisia reaktioita menetelmän käyttö herättää asiakkaissa?

# TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

## *Terapia-asiakkaat*

Korjaavaa mielikuvatyöskentelyä kokeiltiin yhdeksän asiakkaan kanssa, joista seitsemän kanssa harjoitus pystyttiin tekemään loppuun asti. Yhden asiakkaan kanssa tehtiin seitsemän mielikuvaharjoitusta, kahden asiakkaan kanssa kaksi mielikuvaharjoitusta ja viiden asiakkaan kanssa yksi harjoitus. Asiakkaista kuusi oli naisia ja yksi mies. Asiakkaiden ikä vaihteli 28 ja 48 vuoden välillä ja keski-ikä oli 38,7 vuotta. Kuudella asiakkaalla oli korkeakoulututkinto ja yksi opiskeli ammattikorkeakoulussa; asiakkaiden koulutustausta oli siis varsin korkea. Asiakkailla oli diagnooseina muun muassa keskivaikea masennustila (F32.1), pakkoajatuspainotteinen pakko-oireinen häiriö (F42.0), yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (F41.1), sekamuotoinen ahdistus- ja masennustila (F41.2), vaativa persoonallisuus (F60.5) ja epävaka persoonallisuus (F60.3). Psykkisistä ongelmista huolimatta asiakkailla oli myös psyykkisiä voimavaroja ja selviytymiskeinoja, eikä kukaan asiakkaista ollut esimerkiksi pitkällä sairauslomalla tai kuntoutustuella, vaan he joko opiskelivat (1 asiakas), kävivät työssä (5 asiakasta) tai olivat hoitovapaalla (1 asiakas). Asiakkaat eivät kokeneet esiin tunkeutuvia mielikuvia keskeisenä ongelmana, joskin kahdella pakko-oireisella asiakkaalla häiritsevät mielikuvat laukaisivat pakkotoimintoja. Asiakkaista kolme kävi terapiassa ensimmäistä vuotta, yksi toista vuotta, kaksi kolmatta vuotta ja yksi neljättä vuotta.

Asiakkailla annettiin ennen korjaavaa mielikuvatyöskentelyä menetelmästä kertova esite (liite 1), lisäksi lähes kaikille annettiin kopiot kirjan *Contextual Schema Therapy* (Roediger ym., 2018) sivuilta 143–145 ja 149–150. Kyseisillä sivuilla kuvataan loogisen ja tunnepohjaisen tiedon käsitteilyn eroja, tunnemuistojen luonnetta ja mielikuvatyöskentelyn ideaa.

## *Aineisto ja menetelmät*

Tutkimuksen aineisto koostuu 15 korjaavan mielikuvaharjoituksen jälkeen täytetyistä VAS-asteikoista ja vastauksista avoimeen kysymykseen, joka kartoitti asiakkaiden kokemuksia mielikuvaharjoituksista. Mielikuvaharjoitukset olivat varsin pitkiä, ne kestivät 15–50 minuuttia, ja harjoitusten keston keskiarvo oli 32 minuuttia. Pitkään keston vaikutti osaltaan se, että neljässä harjoituksessa mielikuvaa korjattiin välittömän palautteen jälkeen ja yhdessä harjoituksessa työs-

kenneltiin usean mielikuvan kanssa peräkkäin. Mielikuvissa esiintyvät lapset olivat pääasiassa 4–11 -vuotiaita, yhdessä harjoituksessa mielikuvassa oli 18-vuotias nuori. Turvapaikkamielikuvaa ei käytetty yhdessäkään harjoituksessa. Kolmessa harjoituksessa asiakas korjasi itse mielikuvaa, kahdessa harjoituksessa terapeutti tuli lopussa auttamaan mielikuvan lasta ja yhdeksässä harjoituksessa terapeutti tuli korjausvaiheen alusta alkaen auttamaan mielikuvan lasta tai nuorta. Yhdessä harjoituksessa sekä terapeutti että asiakkaan isä auttoivat mielikuvan lasta. Valtaosassa mielikuvaharjoituksia (12) lapsi oli hankalassa tilanteessa joko toisen tai kummankin vanhemman kanssa. Kahdessa harjoituksessa hankala tilanne tapahtui muiden tuttujen aikuisten kanssa, yhdessä harjoituksessa lapsi oli yksin vaikeassa tilanteessa.

Mielikuvaharjoituksen jälkeen asiakkaille annettiin kyselylomake. Jotkut täyttivät lomakkeen saman tien, mutta toiset veivät sen kotiin ja täyttivät myöhemmin. Kyselylomake koostui neljästä VAS-asteikosta (*visual analogue scale*), jotka oli laadittu tutkimuskysymysten pohjalta. VAS-asteikot olivat seuraavat:

1. Mielikuvien tavoittaminen

En tavoittanut lainkaan mielikuvia, mieleni oli täysin tyhjä mielikuvista – Tavoitin hyvin eläviä ja/tai vahvoja mielikuvia

2. Yhteyden saaminen tunteisiin

En saanut lainkaan yhteyttä tunteisiin, tunteita ei ollut tai ne olivat hyvin latteita – Sain vahvan yhteyden tunteisiin, koin tunteet hyvin elävästi

3. Uudenlainen ymmärrys ja näkökulmat itseän tai omiin elämäkokemuksiin

En saanut lainkaan uutta ymmärrystä tai uusia näkökulmia – Ymmärsin itseäni tai elämäkokemuksiani uudella tavalla, sain merkittäviä oivalluksia

4. Hyödyllisyys ja antoisuus

Harjoituksesta ei ollut mitään hyötyä, se ei ollut lainkaan antoisa – Harjoitus oli erittäin hyödyllinen ja antoisa

Asiakkaat rastittivat asteikolta sopivan kohdan. Kysymyslomakkeen asteikkoa ei ollut numeroitu, mutta se oli rakennettu asteikon 0–10 mukaan, joten vastauksen numeerinen arvo oli mahdollista mitata.

VAS-asteikkojen jälkeen lomakkeessa oli lisäksi avoin kysymys: *Jos haluat, voit vielä kertoa vapaasti omista kokemuksistasi ja ajatuksistasi harjoituksen suhteen.* Avoimen kysymyksen vastauk-

set koottiin samaan tiedostoon. Sen jälkeen vastaukset käytiin läpi ja haettiin niitä yhdistäviä teemoja käyttäen lähtökohtana VAS-asteikon kysymysten teemoja. Aina kun vastauksista poimittiin ote teeman alle, kyseinen kohta maalattiin alkuperäisestä vastauksesta. Näin pystyttiin seuraamaan, mitä kohtia vastauksista oli jo poimittu teemakohtaiseen erittelyyn. Jokainen vastauksista poimittu kohta myös koodattiin. Ensimmäisen kierroksen aikana kävi ilmi, että kaikkia tärkeitä kohtia ei ollut mahdollista sijoittaa VAS-asteikon mukaisiin teemoihin. Aineistoa käytiin läpi uudelleen ja vastauksista poimittuja kohtia ryhmiteltiin aineistolähtöisesti (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Aineiston läpikäymistä ja luokittelua helpotti se, että aineisto oli laajuudeltaan pieni, 15 avointa vastausta. Mielikuvaharjoituksia ei nauhoitettu, mutta niistä tehtiin kattavat muistiinpanot, joita oli mahdollista hyödyntää harjoituksia kuvatessa (esimerkiksi harjoitusten kesto, mitä tilanteessa tapahtuu, kuka korjaa mielikuvaa).

## TULOKSET

### *VAS-asteikon tulokset*

VAS-asteikon tulokset on esitetty taulukossa 1, jossa on sarakkeet harjoituksen numerolle (1–15), asiakkaan tunnukselle (A–G) sekä mielikuvien tavoittamiselle, yhteydelle tunteisiin, uudenlaiselle ymmärrykselle ja koetulle hyödyllisyydelle. Tutkimuksen VAS-asteikko on 0–10, jolloin asteikon keskikohta on 5. Toiseksi alimmalla rivillä on ilmoitettu kunkin sarakkeen vastausten (15) keskiarvo (1). Asiakkaan E vastaukset kattavat lähes puolet aineistosta (7 vastausta), ja asiakkailta B ja D on kummaltakin kaksi vastausta. Asiakkaiden E, B ja D vastauksista on laskettu myös vastaajakohdainen keskiarvo, jolloin heiltä on mahdollista saada yksi lukema, mikä tasoittaa aineiston viinouta. Edellisen pohjalta laskettu vastausten keskiarvo (2) on merkitty alimmalle riville. Korkeat arviot ( $\geq 7.5$ ) on lihavoitu, ja tämän luokan sisällä luvut  $\geq 9$  edustavat erityisen korkeita arvioita. Matalat arviot ( $\leq 4,4$ ) on kursivoitu, ja luvut 4,5–7,4 edustavat keskitason arvioita (ks. VAS-asteikon luokista esimerkiksi Boonstra, Schiphorst Preuper, Balk & Stewart, 2014). Taulukon jälkeen on eritelty sarakekohtaisia tuloksia.

Taulukko 1: VAS-asteikon tulokset

Harjoitus	Asiakas	Mielikuvien tavoittaminen	Yhteys tunteisiin	Uudenlainen ymmärrys	Koettu hyödyllisyys
1	A	6	6	4	7
2	B	<b>10</b>	<b>9,9</b>	<b>9,9</b>	<b>9,9</b>
3	B	<b>10</b>	<b>9</b>	5,8	7,2
4	C	<b>9,2</b>	<b>9,3</b>	<b>9,4</b>	<b>9,2</b>
5	D	<b>9,4</b>	<b>9,3</b>	<b>9,2</b>	<b>9,3</b>
6	E	6,5	7	6,4	6,4
7	E	<b>8,2</b>	<b>8,1</b>	7,4	7,4
8	E	7,2	6,9	<b>7,6</b>	<b>7,6</b>
9	E	6,8	6,9	7	7,1
10	E	<b>7,6</b>	<b>7,7</b>	6,2	6,2
11	E	2,8	2,8	4,8	<b>7,8</b>
12	E	2,4	2,4	2,5	5
13	F	<b>9,4</b>	3,8	<b>8</b>	<b>9,2</b>
14	G	6,5	3,1	5,4	7,4
15	D	<b>9,7</b>	<b>7,8</b>	<b>9,7</b>	<b>9,8</b>
<i>keskiarvo 1</i>		7,4	6,7	6,9	7,8
<i>keskiarvo 2</i>		8,1	6,6	7,2	8,3

### Mielikuvien tavoittaminen

Mielikuvien tavoittamisessa oli suurta vaihtelua. Joissakin harjoituksissa mielikuvat tavoitettiin erittäin hyvin: kuudessa harjoituksessa (harjoitukset 2, 3, 4, 5, 13 ja 15) lukema oli 9,2–10 välillä, ja kahdessa muussakin harjoituksessa (harjoitukset 7 ja 10) yllettiin  $\geq 7.5$  tasolle. Toisaalta kahdessa harjoituksessa (harjoitukset 11 ja 12) lukemat jäivät alle 4,5:n rajan (2,8 ja 2,4), eli mielikuvat tavoitettiin huonosti. Keskitason lukemia (6, 6,5, 7,2, 6,8 ja 6,5) oli viidessä harjoituksessa. Kaikkien vastausten keskiarvo mielikuvien tavoittamisessa oli 7,4 ja aineiston vinouman – E:n, B:n ja D:n vastausten painottumisen – huomioiva keskiarvo oli 8,1.

### Yhteyden saaminen tunteisiin

Tunneyhteyden saamisessa oli suuria eroja harjoitusten välillä. Neljässä harjoituksessa (harjoitukset 2, 3, 4 ja 5) tunneyhteys oli hyvin vahva (lukemat 9–9,9 välillä) ja kolmessa (harjoitukset 7, 10 ja 15) vahva (lukemat 8,1, 7,7 ja 7,8). Tunneyhteys arvioitiin heikoksi neljässä harjoituksessa (11, 12, 13 ja 14), niissä arviot olivat lukemien 2,4–3,8 välillä. Lopuissa neljässä harjoituksessa (1, 6, 8 ja

9) yhteys tunteisiin arvioitiin keskitasoisiksi. Koetun tunneyhteyden keskiarvo oli 6,7 (kaikki vastaukset) tai 6,6 (E:n, B:n ja D:n vastausten painottuminen huomioitu).

#### Uudenlainen ymmärrys ja näkökulmat itseen tai omiin elämäkokemuksiin

Myös uuden ymmärryksen saamisessa oli paljon vaihtelua. Kuudessa harjoituksessa uutta ymmärrystä saatiin paljon: neljässä harjoituksessa (harjoitukset 2, 4, 5 ja 15) ylittyi 9:n raja ja kahdessa (harjoitukset 8 ja 13) 7,5 raja. Keskitason arvioita (4,8–7,4) oli seitsemässä vastauksessa ja matalia arvioita ( $\leq 4,4$ ) kahdessa vastauksessa (1 ja 12). Keskiarvo uuden ymmärryksen saamisessa oli 6,9 (kaikki vastaukset) tai 7,2 (E:n, B:n ja D:n vastausten painottuminen huomioitu).

#### Hyödyllisyys ja antoisuus

Viisi harjoitusta (2, 4, 5, 13 ja 15) koettiin erityisen hyödyllisiksi, vastausten lukemat olivat 9,2–9,9 välillä. Myös harjoitusten 8 ja 11 lukemat olivat korkeat (7,6 ja 7,9). Keskitason arvioita oli kahdeksassa vastauksessa (lukemat 5–7,4 välillä). Yhdessäkään vastauksessa harjoituksen hyötyä ei arvioitu huonoksi ( $\leq 4,4$ ). Keskiarvo harjoituksen koetusta hyödystä oli 7,8 (kaikki vastaukset) tai 8,3 (E:n, B:n ja D:n vastausten painottuminen huomioitu).

#### *Avoimen kysymyksen tulokset*

Seuraavassa on ryhmitelty avoimen kysymyksen – *jos haluat, voit vielä kertoa vapaasti omista kokemuksistasi ja ajatuksistasi harjoituksen suhteen* – vastauksissa esille nousseita teemoja. Vastauksen perässä oleva koodi yksilöi sen, minkä harjoituksen vastauslomakkeessa vastaus on esiintynyt. Vastaukset on näin mahdollista myös yhdistää VAS-asteikon tuloksia kuvaavaan taulukkoon.

Osa vastaajista kertoi tavoittaneensa mielikuvat ja tunteet hyvin:

- *Tavoitin hyvin vahvasti mielikuvan ja tunteen ”menneisyydestä”. (2/B)*
- *Harjoituksen aikana mielikuvat ja tunteet olivat hyvin voimakkaita. (3/B)*
- *Mielikuvat olivat voimakkaita, myös ne mielikuvat, jotka olivat täysin oman mielikuvituksen tuotetta. (10/E)*

Jotkut vastaajista toivat esille mielikuvien ja tunteiden tavoittamiseen liittyviä hankaluuksia:

- *Aihe oli erittäin vaikea enkä saanut kunnolla yhteyttä vaikeisiin tunteisiin. (12/E)*
- *Ajatukseni liikkuu kai liian nopeasti; mielikuva tulee ja herättää tunteen ja sitten aivot jäävät polkemaan tyhjää, että mitä seuraavaksi, kun terapeutti on vasta siinä mielikuvan herättämisvaiheessa, ja*

*sitten ajatus tahtoo karata omille teilleen. Mutta tälle ei taida paljoa voida – puhe on aina hitaampi kuin ajatus. (14/G)*

Vahva tunteen virittyminen saattoi tuntua hämmentävältä tai häiritä keskittymistä harjoitukseen:

- *(H)arjoitusta tehdessä tunne & mielikuva voimakas, vaikken olisi uskonut ja ”tappelin” vähän vastaan... Tunnetila tuli niin helposti päälle, että ihmettelin onko se nyt ihan oikeasti tunne > liian helppoa. (3/B)*
- *Harjoituksen aikana olin niin vahvassa tunnetilassa, että minun oli hankala kuulla ja ymmärtää mitä terapeutti sanoi vanhemmilleni. (8/E)*

Joissakin vastauksissa kuvattiin mielikuvatyöskentelyn hyötyjä. Harjoitus lisäsi itseymmärrystä ja auttoi tiedostamaan menneiden tapahtumien vaikutuksia:

- *Koin että tavoitin jotakin sellaista, mitä en ole aiemmin osannut sanoittaa, mutta joka on varjostanut erilaisia tilanteita jonkinlaisena tunnemöykkyä. (4/C)*
- *(Harjoitus)...auttaa selventämään tunteita kokemuksista. (1/A)*
- *Harjoitus ikään kuin avasi tunnelin kokemuksiin / tunteisiin lapsuudessa. (Y)mmärsin myös jollain tasolla (vähän) yhteyden nykyhetkessä kokemiini tunteisiin ja ahdistukseen. (2/B)*
- *Ymmärsin, kuinka yksin olin ollut lapsena, vailla rakkautta, läsnäoloa, syyliä ja ymmärrystä. Ymmärsin, että isän olemassaolo lapsuudessa oli ollut hyvin ristiriitaista. Ymmärsin, että minulla on ollut turva-aikuisia, ketkä suojelivat minua. (5/D)*
- *Jonkin verran se lisäsi ymmärrystä itsestä. (6/E)*

Harjoitus saattoi vaikuttaa myönteisesti tunnetilaan:

- *Viikon kireyden ja ahdistuksen päälle tuli jonkinlainen lämpö ja helpotus. (4/C)*

Neljässä vastauksessa tuotiin esille hyöty siitä, että terapeutti tulee auttamaan lasta mielikuvassa:

- *Myös muut säädöt, joita teimme toiseen versioon tilanteesta (tieto mitä terapeutti aikoo tehdä ja milloin palata takaisin) helpottivat sitä, että pystyin lopulta rentoutumaan, iloitsemaan ja nauttimaan tilanteesta, kuten olin toivonut. (9/E)*
- *Hyöty syntyi siitä, että koin, että terapeutti haluaa auttaa minua, vaikka joutuu sen vuoksi itsekin mielikuvatyöskentelyssä epämiellyttäviin tilanteisiin. (11/E)*
- *Ulkopuolisen tulo mielikuvaan helpotti sen käsittelyä ja toi ”järjen äänen” tilanteeseen, jottei mieli alistunut ajattelemaan totutusti (tilanteessa alistuminen, voimattomuus muutokseen pyrkimisessä, skeptisyys, epätoivo). Terapeutin kanta toi tilanteeseen rajat, joita ei itse osaa vetää tai kyseenalais-  
taa ja se toi tilanteen ”sairauden” (epäterveen mallin) näkyviin. Tämän jälkeen tilanne näyttäytyy itselle uudessa valossa. (13/F)*



- *Yhtä kaikki käteen jäi kuitenkin se, että nyt tuossa muistossa on mukana/läsnä joku (kasvoton, mutta aikuinen, jolla on valta puuttua tilanteeseen), joka on minun puolellani ja puolustaa minua ja sanoo äidille vastaan – että en ollut yksin vaan joku sentään välitti minusta ja oli tukena. (14/G)*

Yhdessä vastauksessa mainittiin hyödylliseksi se, että asiakkaan isä auttoi mielikuvan lasta:

- *Vahva kokemus siitä, että isä oli turvana ja uskoi minua ja puolusti minua. (15/D)*

Parissa vastauksessa korostettiin sitä, että rankan työskentelyn jälkeen on tärkeää rentoutua ja palautua leikillisyyden (asiakas ja terapeutti tekivät mielikuvassa yhdessä jotakin hauskaa tai mukavaa) kautta:

- *Leikillisuus harjoituksen lopussa oli kiva ja siinä tavoitin paremmin tunteet. (12/E)*
- *Loppuun sisältyvä leikillinen, hauska osio tuntuu olennaisen tärkeältä. (8/E)*
- *Minusta tuntui että olin aloittanut leikin kuten lapsena ja että haluaisin jatkaa leikkiä mahdollisimman pitkään. (7/E)*

Yhdessä vastauksessa todettiin epäselvien muistojen selkeytyneen:

- *Harjoituksen avulla epämääräiset muistikuvat selkeytyivät... syntyi selkeä tarina hatarista muistikuvista, mutta jo olemassa olevista vahvoista takaumista. (15/D)*

Muiston muuttumista tai mahdollisuutta muiston muuttumiseen kommentoitiin parissa vastauksessa:

- *... (M)uistossa on mukana/läsnä joku... joka on minun puolellani... Muiston tunne on samalla tylsynyt ja menettänyt kivuliaisuutensa. Se tuntuu kummalliselta, mutta palatessani muistoon uudelleen sitä kokeilemaan, sen aikuisen läsnäolo on siellä edelleen. (14/G)*
- *Olin yllättynyt että näytelmässä voi tapahtua myös epärealistisia asioita ja että voi avata oven mielikuvitusmaailmaan kuin saduissa... Kokemus oli toisaalta unenomainen. Mietin voivatko tämän tyyppiset harjoitukset aiheuttaa sellaista, että todelliset muistot menevät sekaisin uusien mielikuvitustapahtumien kanssa. (7/E)*

Muutamassa vastauksessa tuotiin esille epävarmuuden tunteita tai tyytymättömyyttä harjoitukseen tai sen käytännön toteuttamiseen:

- *Tuli sellainen olo, että mitä ihmettä tässä tehdään, vähän nolo. Että onko tästä mitään hyötyä, vaikka jollakin tasolla harj. aikana tuntui että oli hyötyä ja, ja että tavoitti jotain olennaista. Mixed feelings. Mitä mä nyt tällä kokemuksella teen. (3/B)*

- *Olin vähän epävarma itseni ja terapeutin rooleista: Kuka on kukin ja missä muodossa vuorosanat esitetään? Onko kyseessä näytelmä, jossa on roolit lapsi (minä) ja aikuinen (terapeutti) ja lisäksi meillä molemmilla kertojan rooli? (7/E)*
- *Tekniikasta: Miksi pitää itse olla itselleen aikuinen? Onko tarkoitus se, että itse ehkä tietää mistä olisi ollut apua tilanteessa. (6/E)*
- *Saattaisi olla hyvä, että terapeutti puhuisi hitaammin, selkeämmin ja vähemmän. (8/E)*

Harjoitus saatettiin kokea psyykkisesti kuormittavana ja siitä palautuminen vei pitkän ajan:

- *Työskentely herätti vahvoja tunteita ja levotonta oloa usean päivän ajaksi. Se ei rauhoittanut mieltä tai tuntunut korjaavan mitään. (6/E)*
- *Harjoituspäivänä oli hankala keskittyä työntekoon koska siihen liittyvät mielikuvat palasivat herkästi mieleen. (8/E)*
- *Minulla oli vaikeuksia palautua tilanteeseen liittyvästä surusta jo harjoituksen aikana, vaikka yritin tehdä tapahtuneen jälkeen mielikuvassa terapeutin kanssa jotain kivaa. Tapahtumaan liittyvät mielikuvat nousivat pintaan useana päivänä harjoituksen jälkeen ja nostivat kyyneleitä pienistäkin muistoa aktivoivista asioista. (10/E)*

## POHDINTA

Tämän työn tarkoituksena oli tutkia, 1) miten hyvin korjaava mielikuvatyöskentely auttaa asiakkaita tavoittamaan mielikuvia, saamaan yhteyden tunteisiin ja löytämään uusia näkökulmia, 2) miten hyödyllisenä asiakkaat kokevat menetelmän käytön ja 3) millaisia reaktioita menetelmän käyttö aiheuttaa asiakkaissa. Tutkimuksen aineistona oli seitsemän asiakkaan vastaukset 15 korjaavasta mielikuvatyöskentelyharjoituksesta.

Suurimmassa osassa harjoituksia mielikuvat tavoitettiin hyvin (harjoitukset 2, 3, 4, 5, 7, 10, 13 ja 15) tai melko hyvin (harjoitukset 1, 6, 8, 9 ja 14). Tämä on myönteinen tulos, sillä juuri mielikuvien avulla on mahdollisuus saada yhteys psyykkisten vaikeuksien ja oireiden taustalla oleviin muisti-representaatioihin ja skeemoihin (Roediger ym., 2018). Ainoastaan kahdessa harjoituksessa (harjoitukset 11 ja 12) mielikuvien tavoittaminen jäi heikoksi. Nämä olivat harjoituksia, jotka tehtiin saman istunnon aikana. Harjoitus 11 oli jatkoa edelliselle harjoitukselle (harjoitus 10) ja osin myös tätä edeltävälle harjoitukselle (harjoitus 9). Mielikuvatyöskentelyn jatkaminen samasta tilanteesta useammalla kerralla saattoi ”laimentaa” mielikuvien elävyyttä. Harjoitus 12 taas oli hyvin hankalasta tilanteesta, johon asiakkaan oli vaikea eläytyä, varsinkin kun vastaanottoaikaa ei ollut enää

koko tuntia käytettävissä. Myös avoimen kysymyksen vastauksissa kommentoitiin mielikuvien ja tunteiden tavoittamista. Kolmessa vastauksessa (2/B, 3/B ja 10/E) todettiin mielikuvien tavoittamisen onnistuneen hyvin, kahdessa vastauksessa (12/E ja 14/G) oli mainintoja mielikuvan tavoittamisen vaikeudesta.

Mielikuvatyöskentelyn avulla saatiin pääsääntöisesti vahva yhteys tunteisiin (harjoitukset 1–10 ja 15). Tämä on hyvä tulos, sillä tunteet viestivät mielikuvien ja muistojen välittömästä kohtaamisesta. Tunteiden myötä voi avautua myös yhteys omiin tarpeisiin (Arntz, 2011; 2015; Roediger ym., 2018). Ainoastaan neljässä harjoituksessa (harjoitukset 11–14) tunteiden tavoittaminen koettiin hankalaksi. Mielikuvien ja tunteiden tavoittaminen yhdistyivät vahvasti toisiinsa: kun mielikuvat olivat eläviä, yhteys tunteisiin oli vahva, ja jos mielikuvia ei tavoitettu, ei myöskään saatu yhteyttä tunteisiin. Kahdessatoista harjoituksessa (harjoitukset 1–12) mielikuvien ja tunteiden tavoittaminen olivat yhden numeron [+/-1] sisällä. Ainoastaan kahdessa harjoituksessa (harjoitukset 13 ja 14) mielikuvien tavoittamisen ja tunneyhteyden välillä oli suuri,  $\geq 3$  numeron, ero. Harjoituksessa 13 mielikuvien ja tunteiden tavoittamisen välinen ero oli 5,6 yksikköä (mielikuvat 9,4 ja tunteet 3,8), ja harjoituksessa 14 ero oli 3,4 yksikköä (mielikuvat 6,5 ja tunteet 3,1). Harjoituksessa 13 mielikuvan päähenkilö oli selvästi vanhempi, 18-vuotias, kuin muissa tehdyissä harjoituksissa, mikä saattoi osaltaan vaikeuttaa tunteiden tavoittamista (ks. Arntz, 2015). Harjoituksessa 14 asiakkaan oli vaikea keskittyä harjoitukseen: mielikuva tuli ja herätti tunteen, mutta sen jälkeen ajatukset karkasivat muualle.

Aiemman tutkimuksen pohjalta tiedetään, että mielikuvilla on erityinen kyky herättää tunteita (Holmes & Mathews, 2010; Pearson ym., 2015), ja tähän korjaavan mielikuvatyöskentelyn vaikuttavuuden oletetaan osin pohjautuvankin (Arntz, 2011; 2015; Roediger ym., 2018). Myös tämän tutkimuksen aineistossa mielikuvat ja tunteet linkittyivät vahvasti toisiinsa. Mielikuvien ja tunteiden yhteys ei luonnollisestikaan kerro kausaliteetista. Mielikuvien ja tunteiden välinen yhteys voi olla kaksisuuntainen ja vastavuoroinen: mielikuvat aktivoivat tunteita ja tunteet mielikuvia.

Lähes kaikissa harjoituksissa saatiin uudenlaista ymmärrystä ja uusia näkökulmia. Myös tämä on keskeinen vaikuttava tekijä korjaavassa mielikuvatyöskentelyssä. Arntzin (2011; 2015) mukaan mielikuvatyöskentely voi muuttaa tulkintoja (uudelleen attribuointi) ja sisäistettyjä sääntöjä (sääntön muuttuminen poikkeukseksi). Ainoastaan kahdessa harjoituksessa (1 ja 12) anti jäi heikoksi tältä osin. Niistä kahdeksasta harjoituksesta (harjoitukset 2, 3, 4, 5, 7, 10, 13 ja 15), joissa mielikuvia tavoitettiin erityisen hyvin, viidessä (harjoitukset 2, 4, 5, 13 ja 15) saatiin paljon uutta ymmär-

rystä. Uuden ymmärryksen saamista kuvattiin myös avoimen kysymyksen vastauksissa. Harjoitus muun muassa avasi yhteyden lapsuuden kokemuksiin (2/B), auttoi tavoittamaan sellaista, mitä aikaisemmin oli ollut vaikea sanoittaa ja mikä oli varjostanut erilaisia tilanteita tunnemöykkyinä (4/C), auttoi ymmärtämään, miltä lapsena oli tuntunut ja mitä vaille lapsena oli jäänyt (5/D) ja lisäsi ymmärrystä itsestä (6/E).

Kaikki harjoitukset koettiin hyödyllisiksi. Erityisen hyödyllisiksi ( $\geq 7.5$ ) arvioitiin seitsemän harjoitusta (harjoitukset 2, 4, 5, 8, 11, 13 ja 15). Yhtä lukuun ottamatta (harjoitus 11) nämä harjoitukset olivat niitä, joissa tavoitettiin hyvin mielikuvia. Harjoituksessa 11 mielikuvia ja tunteita tavoitettiin huonosti, mutta silti harjoitus koettiin hyödylliseksi. Avoimen kysymyksen vastauksen (11/E) mukaan tämän harjoituksen hyöty tuli siitä, kun terapeutti tuli mielikuvaan ja auttoi asiakasta hyvin hankalassa tilanteessa. Kyseistä tilannetta oli yritetty muokata aiemmalla istunnolla, mutta siinä ei ollut onnistuttu asiakkaan tarpeita ja toiveita vastaavalla tavalla. Myös kolmessa muussa vastauksessa (9/E, 13/F ja 14/G) pidettiin hyödyllisenä sitä, että terapeutti tuli auttamaan asiakasta mielikuvassa. Yhdessä vastauksessa (15/D) sanottiin olleen apua siitä, että isä puolusti asiakasta mielikuvassa. Hoivan vastaanottamista ja merkityksen muuttamista lapsen kokemisen tasolla pidetään keskeisinä vaikutusmekanismeina erityisesti skeematerapeuttisessa mielikuvatyöskentelyssä (Arntz 2011; 2015). Kolmessa vastauksessa (7/E, 8/E ja 12/E) mainittiin leikillisyyden ja rentoutumisen tärkeys psyykkisesti kuormittavan harjoituksen päätteeksi.

Mielikuvatyöskentely herätti monenlaisia reaktioita. Aiemmassa tutkimuksessa on näyttöä siitä, että mielikuvatyöskentely voi tuntua vaikealta, raskaalta tai hämmentävältä (De Klerk ym., 2017; Ten Napel-Schutz, 2011). Myös tässä aineistossa nousi esille vastaavia kokemuksia. Kolmessa vastauksessa (6/E, 8/E ja 10/E) sanottiin, että harjoitus oli psyykkisesti kuormittava ja että siitä palautuminen kesti pitkään. Vastauksessa 3/B tuotiin esille harjoituksen herättämä hämmennys ja nolous. Kyseisessä harjoituksessa asiakkaan oli vaikea ottaa mielikuvassa vastaan terapeutin apua, koska asiakas ei mielikuvan lapsena tuntenut terapeuttia ja hän vierasti mielikuvassa terapeuttia (tieto poimittu lokikirjasta). Vastauksessa 7/E tuotiin esille terapeutin ja asiakkaan roolien epäselvyys, vastauksessa 6/E pohdittiin, miksi asiakas joutui itse korjaamaan mielikuvaa.

Hankalatkaan reaktiot eivät ole merkki mielikuvaharjoituksen epäonnistumisesta. Pikemminkin voidaan ajatella, että hankalat tunteet ja hämmentävät olotilat ovat luonnollisia reaktioita mielikuvatyöskentelyn aikana; aktivoihan mielikuvatyöskentely vaikeita muistoja ja niihin kytkeytyviä haitallisia skeemoja. Mielikuvatyöskentelyssä on kuitenkin tärkeää välttää liian voimakasta tunteiden

aktivoitumista ja yrittää pysyä asiakkaan sietoikkunan puitteissa (ks. Roediger ym., 2018). Asiakkaan hankalat tunnetilat on myös hyvä purkaa harjoituksen päätteeksi. Erityisesti yhden harjoituksen (harjoitus 6 / vastaus 6/E) osalta tässä ei onnistuttu riittävän hyvin; asiakkaalla oli harjoituksen jälkeen vahvoja tunteita ja levoton olo usean päivän ajan.

Vastauksessa 15/D mainittiin epämääräisten muistikuvien selkiytyneen. Kyseinen asiakas ei ollut aikaisemmin muistanut juuri mitään lapsuuden tapahtumista, sen sijaan hän oli kokenut selittämättömiä tunnetilan vaihdoksia ja takaumia. Vastauksessa 14/G todettiin muiston muuttuneen mielikuvatyöskentelyn myötä: nyt muistossa oli mukana auttava henkilö ja muiston kivuliaisuus oli vähentynyt. Niin ikään vastauksessa 7/E tuotiin esille mahdollisuus, että muistot ja kuvitellut tapahtumat sekoittuvat toisiinsa (ks. Arntz 2011; 2012, Dibbets ym., 2011). Vastauksessa 4/C kerrottiin kireyden ja jännityksen muuttuneen rentoudeksi ja helpotukseksi harjoituksen aikana.

Muutama aloitettu mielikuvaharjoitus keskeytyi ennenaikaisesti. Lapsuuden muistoa ei aina tavoitettu tai harjoituksessa oli vaikeaa keskittyä riittävän pitkäksi aikaa yhteen muistoon. Yksi harjoitus oli pakko keskeyttää asiakkaan voimakkaan dissosiativisen reaktion vuoksi. Jo harjoituksen alkupuolella – ennen kuin oli haettu yhteyttä muistoon – asiakkaan vartalon mittasuhteet vääristyivät: asiakas koki ylävartalon venyvän tuolissa, pään osuvan kattoon ja jalkojen kasvavan pituutta sekä työntyvän eteenpäin useita metrejä (ks. Kennedy & Kennerley, 2013). Kyseisellä asiakkaalla oli ollut ennenkin dissosiativisia kokemuksia, joskaan ne eivät olleet aikaisemmin näyttäytyneet vastaanotolla näin vahvoina.

Asiakkaita rohkaistiin antamaan mahdollisimman rehellistä palautetta mielikuvaharjoituksista. Ohjeistuksessa painotettiin sitä, että palautteessa arvioidaan korjaavaa mielikuvatyöskentelyä menetelmänä, ei asiakkaan kokemusta terapiasta yleensä tai terapeutista. Tarkoituksena oli näin vähentää tarvetta miellyttää tai suojella terapeuttia. VAS-kyselyn tuloksia arvioitaessa on syytä huomioida se, että asiakkaat saattoivat käyttää arviointiasteikkoa eri tavoin, osa laajemmin, osa suppeammin: yhden asiakkaan seitsemän voi olla toisen asiakkaan kuusi tai kahdeksan. Terapeutin havainnot ja asiakkaan arviot eivät myöskään aina vastanneet toisiaan. Esimerkiksi saattoi vaikuttaa siltä, että asiakas reagoi tunnetasolla voimakkaasti harjoituksen aikana, mutta silti hän arvioi yhteyden tunteisiin melko heikoksi. Tällöin on vaikea tietää, mistä ero ulospäin välittyvän ja sisäisesti koetun tai raportoidun tunnereaktion välillä johtuu. Kysymys on viime kädessä subjektiivisista kokemuksista, havainnoista ja arvioista. Tunteiden kokeminen saattaa luonnollisesti aktivoida tunteen välttelyä tai

tunteelta suojautumista, mikä voi heijastua myös tunteen voimakkuuden arviointiin (Arntz & Jacob, 2013).

Korjaavan mielikuvatyöskentelyn toimivuuteen vaikuttaa moni asia. Asiakkaiden kiinnostus mielikuvatyöskentelyä kohtaan vaihtelee, samoin heidän valmiutensa hyötyä menetelmästä. Mielikuvatyöskentelyn vaikuttavuus riippuu myös siitä, kuinka taitavasti menetelmää käytetään, esimerkiksi kuinka hyvin terapeutti osaa ajoittaa menetelmän käytön, syventää asiakkaan tunnekokemusta ja pitää harjoituksen tempon sopivana (ks. esim. Karila & Tuulari, 2017; Van der Wijngaart & Hayes, 2016). Edelliseen liittyen vastauksessa 8/E annettiin tämän tutkimuksen tekijälle hyödyllinen neuvo: puhu hitaammin, selkeämmin ja vähemmän. Tutkimuksen tulokset olisivat voineet olla erilaisia, jos joku toinen terapeutti oli tehnyt mielikuvaharjoitukset – tai jos harjoitukset olisi tehty eri asiakkaille. Terapiamenetelmiä käytetään aina osana terapiasuhdetta. Toimiva terapiasuhte ja asiakkaan ja terapeutin välinen ”kokemuksellinen yhteys” (ks. Roediger, 2018) voi olla erityisen tärkeä korjaavan mielikuvatyöskentelyn yhteydessä. Toisaalta korjaava mielikuvatyöskentely voi myös vahvistaa asiakkaan ja terapeutin välistä yhteyttä.

Yhteenvedona voidaan todeta, että korjaava mielikuvatyöskentely koettiin pääsääntöisesti hyödylliseksi menetelmäksi. Lähes kaikissa mielikuvaharjoituksissa onnistuttiin tavoittamaan varhaiseen muistoon liittyviä mielikuvia ja saatiin yhteys tunteisiin. Myös uusia näkökulmia ja oivalluksia löydettiin. Mielikuvaharjoitukset herättivät monenlaisia reaktioita: innostumista, helpotusta, rentouden tunnetta, mutta myös hämmennystä, ahdistusta ja surua. Reaktioiden kirjo kertoo menetelmän vahvasta kokemuksellisuudesta. Korjaava mielikuvatyöskentely ei sovi kaikkiin tilanteisiin eikä kaikille asiakkaille. Se on kuitenkin oivallinen työväline, jonka avulla voidaan syventää asiakkaan tunnekokemusta. Samalla on mahdollista tavoittaa ja muokata asiakkaan hankalia muistirepresentaatioita ja haitallisia skeemoja.

Tämän työn otsikossa oli kysymys korjaavan mielikuvatyöskentelyn luonteesta: onko se ”poppamiesmeininkiä” vai vaikuttavaa tunnetyöskentelyä. Korjaava mielikuvatyöskentely on siinä mielessä poppamiesmeininkiä, että harjoituksen aikana voi tapahtua taianomaisia ja epärealistisia asioita. Mielikuvatyöskentely on myös ja ennen kaikkea vaikuttavaa tunnetyöskentelyä, sillä mielikuvatyöskentelyn toimivuudesta on kertynyt tutkimusnäyttöä, menetelmän vaikutusmekanismien ymmärtämisessä ollaan varsin pitkällä ja myös tässä tutkimuksessa menetelmä koettiin hyödylliseksi. Tutkimuksen aineisto on melko pieni, 15 harjoitusta seitsemälle asiakkaalle. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia laajemmalla aineistolla asiakkaiden kokemuksia korjaavasta mielikuvatyöskente-

lystä. Harjoitusten videoiminen antaisi mahdollisuuden havainnoida asiakkaiden kokemuksia tarkemmin. Olisi myös kiinnostavaa kartoittaa terapeuttien kokemuksia menetelmän käytöstä.

## LÄHTEET

- Arntz, A. (2011). Imagery Rescripting for Personality Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 466–481.
- Arntz, A. (2012). Imagery Rescripting as a Therapeutic technique: review of Clinical Trials, Basic Studies, and Research Agenda. *Journal of Experimental Psychopathology, 3*, 189-208.
- Arntz, A. (2015). Imagery Rescripting for Personality Disorders. Healing Early Maladaptive Schemas. Teoksessa N.C. Thoma & D. McKay (toim.). Working with Emotion in Cognitive-Behavioral Therapy (s. 175-202). New York: The Guilford Press.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2013). Schema Therapy in Practice. An Introductory Guide to Schema Mode Approach. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Arntz, A., Sofi, D., & Van Breukelen, G. (2013). Imagery Rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: A multiple baseline case series study. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 274–283.
- Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38*, 345–370.
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2009). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 715–740.
- Baddeley, A., Eysenck, M. W., & Anderson, M. C. (2015). Memory. Second edition. London: Psychology Press.
- Bell, T., Mackie, L., & Bennett-Levy, J. (2015). 'Venturing Towards the Dark Side': The Use of Imagery Interventions by Recently Qualified Cognitive-Behavioral Therapist. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*, 591–603.
- Boonstra, A. M., Schiphorst Preuper, H. R., Balk, G. A., & Stewart, R. E. (2014). Cut-off points for mild, moderate and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain, 155*, 2545-2550.
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy. A retrieval competition account. *Behavior Research and Therapy 44*, 765-784.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive Images in Psychological Disorders. Characteristics, Neural Mechanisms and Treatment Implications. *Psychological Review, 117*, 210–232.
- Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P., & Meyers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 569–576.



- Cooper, M. J. (2011). Working with Imagery to Modify Core Beliefs in People with Eating Disorders: A Clinical protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 454–465.
- De Klerk, N., Abma, T. A., Bamelis, L. L. M., & Arntz, A. (2017). Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 45*, 31-45.
- Dibbets, P., Poort, H., & Arntz, A. (2012). Adding imagery rescripting during extinction leads less ABA renewal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 614–624.
- Edwards, D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: Some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38*, 306–316.
- Fink, J., Pflugradt, E., Stierle, C., & Exner, C. (2018). Changing disgust through imagery rescripting and cognitive reappraisal in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 54*, 36–48.
- Frets, P. G., Kevenaar, C., & Van der Heiden, C. (2014). Imagery rescripting as a stand-alone treatment for patients with social phobia: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*, 160–169.
- Geraert, E., Schooler, J. W., Merkelbach, H., Jelicic, M., Hauer, B. J., & Ambadar, Z. (2007). The Reality of Recovered Memories. Corroborating Continuous and Discontinuous Memories of Childhood Sexual Abuse. *Psychological Science, 18*, 564-568.
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38*, 317–328.
- Hackmann, A. (2011). Imagery Rescripting in Posttraumatic Stress Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 424–432.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review, 30*, 349–362.
- Ison, R., Medoro, L., Keen, N., & Kuipers, E. (2014). The Use of Imagery for People with Psychosis Who Hear Voices. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*, 129–142.
- Karila, I., & Tuulari, J. (2017). Skeemapsykoterapia käytännössä. Helsinki: Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy. (1. Painos)
- Kennedy, F. C., & Kennerley, H. (2013). The development of our understanding of dissociation. Teoksessa F. Kennedy, H. Kennerley & D. Pearson (toim.). *Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation* (s. 1–16). London: Routledge.
- Kunze, A. E., Arntz, A., Morina, N., Kindt, J., & Lancee, J. (2017). Efficacy of imagery rescripting and imaginal exposure for nightmares: A randomized wait-list controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 97*, 14–25.

- Laney, C., & Loftus, E. F. (2008). Emotional Content of True and False Memories. *Memory*, *16*, 500–516.
- Langkaas, T. F., Hoffart, A., Øktedalen T., & Ulvenes, P. G. (2017). Exposure and non-fear emotions: A randomized controlled study of exposure-based and rescripting-based imagery in PTSD treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *97*, 33–42.
- Morina, N., Lancee, J., & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *55*, 6–15.
- Nilsson, J., Lundh, L., & Viborg, G. (2012). Imagery rescripting of early memories in social anxiety disorder: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 387–392.
- Norton, A. R., & Abbott, M. J. (2016). The efficacy of imagery rescripting compared to cognitive restructuring for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *40*, 18–28.
- Øktedalen, T., Hoffart, A., & Langkaas, T. F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting – A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, *25*, 518–532.
- Paavilainen, P. (2016). Toimivat aivot. Kognitiivisen neurotieteen perusteita. Helsinki: Edita.
- Pearson, J., Naselaris, T., Holmes, E. A., & Kosslyn, S. M. (2015). Mental Imagery: Functional Mechanism and Clinical Applications. *Trends in Cognitive Sciences*, *19*, 590–602.
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Olf, M., & Kindt, M. (2015). Imagery Rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *48*, 170–176.
- Reimer, S. G., & Moscovitch, D. A. (2015). The impact of imagery rescripting on memory appraisals and core beliefs in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* *75*, 48–59.
- Ritter, V., & Stangier, U. (2016). Seeing in the Mind's eye: Imagery rescripting for patients with body dysmorphic disorder: A single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *50*, 187–195.
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). Contextual Schema Therapy. An Integrative Approach to Personality Disorders, Emotional Dysregulation & Interpersonal Functioning. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Santasalo, H. (2017). Pakko-oireisen häiriön tunnepainotteinen hoito korjaavan mielikuvatyöskentelyn keinoin. Teoksessa I. Karila, M. Koivisto & K., Räisänen (toim.) Kognitiivinen psykoterapia tänään (s. 197–211). Helsinki: Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy.
- Simpson, S. (2015). Schema Therapy for Eating Disorders. A Case Study Illustration of the Mode Approach. Teoksessa M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (toim.) The Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice (145–171). Chichester: Wiley Blackwell

Smucker, M. R., & Niederee, J. (1995). Treating Incest-Related PTSD and Pathogenic Schemas Through Imaginal Exposure and Rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 63–93.

Ten Napel-Schutz, M. C., Abama, T. A., Bamelis, L., & Arntz, A. (2011). Personality Disorder Patients' perspectives on the Introduction of Imagery Within Schema Therapy: A Qualitative Study of Patient's Experiences. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 482-490.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Van der Wijngaart, R., & Hayes, C. (2016). Fine Tuning Imagery Rescripting. Kolmen DVD-levyn pakkaus. [www.schematherapy.nl](http://www.schematherapy.nl) / [www.schematherapytraining.com](http://www.schematherapytraining.com).

Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P. (2015). Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 49, 230–236.

Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy* 45, 2133–2143.

Vesalainen, J. (2017). Altistava ja korjaava mielikuvatyöskentely pakko-oireisen häiriön kognitiivisessa psykoterapiassa. Teoksessa I. Karila, M. Koivisto & K. Räisänen (toim.) Kognitiivinen psykoterapia tänään (s. 212–228). Helsinki: Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy.

Wheatley, J., Brewin, C. R., Patel, T., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P., & Meyers, S. (2007). "I'll believe it when I can see it": Imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 371–385.

Wheatley, J., & Hackmann, A. (2011). Using Imagery Rescripting to treat Major Depression: Theory and Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 444–453.

Wild, J., & Clark, D. M. (2011). Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 433–443.

Willson, R., Veale, D., & Freeston, M. (2016). Imagery Rescripting for Body Dysmorphic Disorder: A Multiple-Baseline Single-Case Experimental Design. *Behavior Therapy*, 47, 248–261.

Won Lee, S., & Kwon, J-H. (2013). The efficacy of imagery rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 351–360.

Yamada, F., Hiramatsu, Y., Murata, T., Yoichi, S., Yokoo, M., Nogushi, R., Shibuya, T., Tanaka, M., Takanashi, R., & Shimu, E. (2018). Exploratory study of imagery rescripting without focusing on early traumatic memories for major depressive disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91, 345–362.

## Liite 1: Tietoa korjaavasta mielikuvatyöskentelystä

1. Jos lapsuus on ollut enimmäkseen turvallinen, lapsi on tuntenut itsensä rakastetuksi ja hyväksytyksi ja häntä on tuettu ja kannustettu, hänen on helpompi aikuisena hyväksyä itsensä ja suhtautua luottavaisesti muihin ihmisiin ja elämään.
2. Jos lapsi joutuu kokemaan hylkäämistä, turvattomuutta, tunteiden ja tarpeiden vähättelyä tai mitätöintiä, niillä on kielteinen vaikutus häneen. Erityisen haitallista on, jos lapsi jää yksin hankalien kokemusten kanssa; kukaan aikuinen ei jaa kokemusta lapsen kanssa, auta lasta ymmärtämään tapahtunutta, tue ja lohduta häntä.
3. Lapsi joutuu tällöin käsittelemään tapahtumia yksin, oman ymmärryksensä varassa, ja hän voi vetää tapahtumista hyvin pitkälle vieviä johtopäätöksiä. Lapsi voi syyttää itseään perheen ongelmista, esim. vanhempien riidoista, hän voi ajatella, että hän on vääränlainen tai kelpaamaton ja ettei kukaan ei voi aidosti välittää hänestä.
4. Lapsuuden kokemusten pohjalta muodostuneet käsitykset ja uskomukset tallentuvat vahvasti mieleen. Niistä muodostuu ydinuskomuksia ja skeemoja, jotka vaikuttavat aikuisuudessakin siihen, miten reagoimme ja tulkitsemme tapahtumia.
5. Tutkimuksissa on huomattu, että aivot reagoivat kuviteltuihin tapahtumiin lähes samalla tavalla kuin todellisiin, aistien kautta havaittuihin tapahtumiin. Tätä hyödynnetään korjaavassa mielikuvatyöskentelyssä.
6. Korjaavassa mielikuvatyöskentelyssä palautetaan mieleen jokin hankala lapsuuden tilanne ja siihen yhdistyneet tunteet, ajatukset ja tarpeet.
7. Harjoituksen aikana lapsuuden tilanne pyritään kokemaan aivan kuin se tapahtuisi tässä ja nyt, nykyhetkessä.
8. Lapsuuden tilannetta ei pelkästään palauteta mieleen vaan mielikuvaa (tilanteesta) myös muokataan; mielikuvan lasta autetaan kokemaan ja samaan se, mitä hän olisi alun perinkin tarvinnut tilanteessa. Mielikuvan lasta voidaan esimerkiksi suojella, tukea, rohkaista ja lohduttaa.
9. Korjaava mielikuvatyöskentely ei muuta aiempia kokemuksia eikä pyyhi pois muistoja.
10. Sen sijaan korjaava mielikuvatyöskentely voi auttaa saamaan paremman yhteyden niihin tunteisiin ja tarpeisiin, joita lapsena ei ollut mahdollista kokea ja ilmaista. Samalla on mahdollista muuttaa lapsuuden kokemusten kautta muodostuneita haitallisia ydinuskomuksia ja skeemoja syvemmillä, kokemuksellisella tasolla, ei pelkästään loogisen ajattelun tasolla.
11. Tutkimuksissa on saatu näyttöä korjaavan mielikuvatyöskentelyn hyödyllisyydestä esimerkiksi sosiaalisten pelkojen, traumojen, pakko-oireisen häiriön, tunteiden säätelyn ongelmien ja masennuksen hoidossa.
12. Korjaava mielikuvatyöskentely voi olla hyödyllinen menetelmä silloinkin, kun mielikuvien tavoittaminen on hankalaa tai muistot ovat epätarkkoja.
13. Etukäteen on vaikea tietää, kenelle ja milloin korjaavasta mielikuvatyöskentelystä on erityistä hyötyä ja milloin asioiden käsittely keskustellen toimii paremmin. Menetelmän hyöty selviää vain kokeilemalla. Joskus voi olla hyödyllistä kokeilla menetelmää useammankin kerran ennen kuin tekee johtopäätöksiä menetelmän toimivuudesta.
14. Korjaavan mielikuvatyöskentelyn käyttö on vapaaehtoista ja asiakas ja terapeutti sopivat siitä aina yhdessä.