

MERKITTÄVÄKSI KOETUT ASIAT TYÖTERVEYSPSYKOLOGIN VASTAANOTOLLA

Satu Kaski

1. JOHDANTO

Työskentelen psykoterapeutin työn lisäksi myös työterveyshuollossa. Työterveyshuollon konsultaatiokäynnit ovat mielenkiintoista vaihtelua asiakastyöhön. Konsultaatiotyön haaste on käyntien vähäinen määrä. Niitä voi olla vain maksimissaan viisi. Johtuen määrien vähydestä, olen miettinyt erilaisia keinoja, miten parhaiten onnistuisin auttamaan ja tukemaan asiakasta tässä ajassa. Konsultaatiokäyntien tavoite määrittää, mitä käynneillä tehdään. Joskus käyntien tavoite on vain jatkohoidon tarpeen selvittäminen. Osa konsultaatioista päättyykin siihen, että asiakas ohjataan pidempiaikaiseen hoitoon, esimerkiksi psykoterapiaan. Joskus tavoite on käyntien perusteella tukea asiakasta työssä jaksamisessa. Tällöin psykologilla tulee olla taitoa fokusoida työskentely oikeaan suuntaan niin, että asiakkaan prosessi etenee kohti asetettuja tavoitteita. Olen huomannut työterveyspsykologin työssäni, että useimmille asiakkaille näillä muutamilla käynneillä on

vaikutusta ja ne koetaan merkittäviksi ja auttaviksi omassa tilanteessa. Olenkin jäänyt miettimään, minkä asiakkaat kokevat merkittäväksi ja miten se näkyy työterveyspsykologin käynnillä.

Jokaisen työnantajan on järjestettävä työntekijöilleen työterveyshuolto palvelut. Tällainen työterveyshuollon järjestämisvelvollisuus on kaikilla työnantajilla työpaikan koosta riippumatta. Työterveyshuolto on työterveyshuoltolakiin (1383/2001) perustuvaa ehkäisevää terveydenhoitoa (työterveyshuoltolaki 2004). Työterveyshuollon ammattihenkilöitä ovat työterveyshoitaja ja työterveyslääkäri. Asiantuntijapalveluiksi luetaan psykologin ja työfysioterapeutin tarjoamat palvelut (Hyvä työterveyshuolto käytäntö, 1997).

Työterveyshuollon tavoitteena on omalta osaltaan olla takaamassa työntekijöille terveellinen ja turvallinen työympäristö. Lisäksi sen tavoitteena on tukea työntekijöiden pitkäaikaisterveyttä ja työhyvinvointia työpaikassa sekä ylläpitää ja edistää työntekijän työ- ja toimintakykyä. Uudistetun työterveyshuoltolain perusajatus on, että työterveyshuollon toiminta painottuisi ennaltaehkäisevään työhön sairauden hoidon sijaan. Näin ollen työterveyshuollon toiminnassa varhainen puuttuminen, työhön liittyvien terveystriskien ja sairauksien ehkäiseminen on tärkeää. Tällaiseen työhön tarvitaan onnistuneita malleja sekä asiantuntijalle toimivia menetelmiä.

Työkykyä ylläpitävän toiminnan suunnittelu ja toteutus sekä vajaakuntoisen työssä selviytymisen seuranta tapahtuu usein työterveyshuollon vastaanottojen yhteydessä. Useimmiten 45–60 minuutin vastaanottoja tarjoavat työterveyshoitajat ja työterveyshuollon psykologit. Jokainen asiantuntija tekee työtään oman viitekehyksensä turvin. Oma toimintaani ohjaa kognitiivisen psykoterapian viitekehys, mikä näkyy myös valitsemisani työskentelymenetelmissä.

Psykologien konsultaatiokäynneille pääsee nimetyn työterveyslääkärin tai -hoitajan läheteellä. Riippuen työterveyshuollon sopimuksesta, käyntien määrä on vain 1-5. Käyntien tavoitteena voi olla tilanteen selvittäminen, ohjaus ja neuvonta ja / tai tuen ja avun antaminen asiakkaalle. Työterveyshuollon asiakkaiden ongelmat ovat hyvin erilaisia. Asiakkaat tulevat työterveyshuollon psykologin vastaanotolle muun muassa univaikeuksien, uupumisen, yksityiselämän ongelmien tai työssä olevien työtehtäviin liittyvien tai työyhteisössä ilmenevien vuorovaikutusongelmien takia. Pintatason alta voi paljastua psykiatrisia ongelmia, kuten esimerkiksi ahdistusta tai masennusta. Joskus asiakkaaksi tullaan suoraan masennuksen tai ahdistuksen takia. Tällöin asiakas ohjataan pidempiaikaiseen hoitoon. Koska useimmat työterveyshuollon asiakkaiden ongelmat eivät ole laaja-alaisia ja syviä, heidän auttamisensa onnistuu viiden kerran konsultaatiossa.

Työterveyshuollossa eri ammattiryhmät ja saman ammattiryhmän sisällä olevat ammattihenkilöt ja asiantuntijat voivat toimia hyvinkin eri tavalla. Asiakastyöhön soveltuvaa selkeää toimintamallia ei ole. Työterveyshuollon kirjat keskittyvät enemmänkin yhteisötason ongelmiin ja kehittämiseen kuin yksittäisen työntekijän tilanteen selvittämiseen. Kiinnostus kehittää toimivia malleja esimerkiksi varhaiseen puuttumiseen ja uupumisesta toipumiseen on kuitenkin lisääntynyt (mm. Ahola, Kivistö & Vartia, 2006; Kivistö, Kallio & Turunen, 2008). Näissä malleissa korostetaan kartoitusta, tilanteen arviointia ja tunnistamista sekä tukea toipumiseen ja uudelleen suhteeseen työhön. Mallit ovat kuitenkin yleisiä, eivätkä anna työterveyshuollon asiantuntijalle ja ammattihenkilölle konkreettisia keinoja käsitellä esille tulevia tilanteita. Malleissa ei puhuta, mikä orientaatio auttajalla on. Jokaisen lähestymistapa tuottaa varmasti kuitenkin eri tavoin tulosta. Näissä malleissa ei myöskään puhuta, mikä tekee istunnosta asiakkaalle merkittävän.

Istunnon sisällöistä puhutaan joissain malleissa (mm. Ahola, ym., 2006). Malleissa kerrotaan, miten esimerkiksi työuupumisesta toipumista voidaan tukea. Tässä mallissa istunnolla aluksi oleellista on auttaa asiakasta myöntämään ongelman olemassaolo. Tässä asiantuntija toimii peilinä hyvinvoinnin suhteen ”kuinka voit?” kysymyksillä. Seuraavaksi asiakasta autetaan prosessoimaan työstä irtautumista. Tällöin asiantuntija toimii apuna etäisyyden ottamisessa. Hän kohtaa tunteet, esimerkiksi syyllisyyden sairauslomalle jäämisen vuoksi. Kun asiakas irtautuu työstä, alkaa voimavarojen elpyminen. Tällöin asiantuntija toimii rohkaisijana. Jotta muutos voisi tulla pysyväksi, peilataan asioita suhteessa elämänarvoihin. Asiantuntija auttaa jäsentämään ajatusmalleja ja toimintatapoja. Kun työntekijä palaa työhön, asiantuntija voi auttaa työtilanteen uudelleen järjestelyssä sekä toimia tukena ja seurantatahona. Tällaiset yksittäiset mallitkin ovat melko yleisiä, eivätkä sinänsä kerro, minkä asiakas kokee merkittäväksi tai mikä asiakkaan toipumisessa oli merkittävää ja ratkaisevaa. Ne eivät myöskään auta asiantuntijaa istuntojen rakenteen suunnittelussa. Lisäksi yleiset mallit eivät kerro työterveyspsykologin orientaatiosta mitään. Itseäni kiinnostaakin, miten minä kognitiivisen psykoterapian viitekehyksen omaavana psykoterapeuttina mahdollistan asiakkaalle eteenpäin menemisen ja minkä asiakas kokee merkittävänä yhteistyössämme.

Kognitiivinen psykoterapia pitää sisällään useita erilaisia suuntauksia (kts. mm. Hakanen, 2008). Kognitiivinen viittaa informaation prosessointiin, ajatuksiin, käsityksiin, sisäisiin mielikuviin ja muistikuviin (Kuusinen, 2001b). Kognitiivisen psykoterapian tavoitteena on auttaa asiakasta löytämään hänen elämänsä koskevat sisäiset säännöt ja oletukset sekä niihin liittyvä

persoonakohtaiset merkitykset (Toskala, 1991). Kognitiivisessa psykoterapiassa korostetaan yhteistyösuhdetta ja asiakkaan kokemuksen ymmärrettäväksi ja sitä kautta hyväksytyksi tekemistä (Kuusinen, 2001a; 2008). Terapian onnistumisen edellytys on, että terapeutin ja asiakkaan välinen suhde on lämmin ja toimiva. Tätä kutsutaan terapeuttiseksi liittoumaksi eli terapeuttiseksi allianssiksi (mm. Kuusinen, 2008; Safran & Segal, 1990). Kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään jo ensimmäisellä istunnolla luomaan lämmin ja hyvä terapeuttinen yhteistyösuhde. Terapiatyöskentely perustuu terapeutin perustaitoihin, kuten aktiiviseen kuuntelemiseen ja empatiaan (mm. Greenberg & Paivio, 1997; Gilbert & Leahy, 2007; Kuusinen, 2008). Tämä suhteen turvallinen perusta, niin kutsuttu tutkiva yhteistyösuhde, on edellytys sille, että erilaisten kognitiivisen psykoterapian menetelmiä voidaan käyttää (Kuusinen, 2008).

Kognitiivisen psykoterapian työskentelyn perustana on fokusointi, tavoitteellisuus ja tutkiva asenne (mm. Kuusinen, 2008). Kognitiivisessa terapiassa asiakasta autetaan saamaan kiinni omista ajatuksista, tunteista ja käyttäytymisestä (Toskala, 1991). Tavoitteena on asiakkaan itsereflektion lisääntyminen (mm. Hakanen, 2007; Toskala & Hartikainen, 2005). Tämä tapahtuu erilaisten menetelmien avulla, kuten esimerkiksi vaihtoehtoisten kokemus- ja toimintatapojen etsimisen tilanneanalyysin tai mielikuvaharjoittelun avulla (mm. Greenberg & Paivio, 1997; Kuusinen, 2001a). Työskentelyn pohjaksi asiakkaan ongelmalliseksi koetut asiat pyritään aina käsitteellistämään.

Käsitteellistämisen avulla kuvataan esille tulleet asiat ja pyritään ymmärtämään ne kognitiivisen psykoterapian termein (Kuyken, Padesky & Dudley, 2009). Kognitiivisessa terapiassa käsitteellistäminen antaa myös suuntaviivan sille, mihin työskentelyllä pyritään (Bamber, 2006a). Samalla pyritään hahmottamaan uudella tavalla asiakkaan ongelmallinen tilanne. Tällaisella kognitiivisella rekonstruoinnilla autetaan asiakasta rakentamaan ja muokkaamaan hänen omia ajattelutapojaan ja käsityksiään itsestä ja maailmasta (Toskala, 1991).

Käsitteellistämisen avulla asiakkaan ongelmallisen kokemuksen erityispiirteet voidaan kuvata tiivistetysti. Se toimii ikään kuin hypoteesina siitä, miten asiakkaan ongelmallisten kokemusten keskeiset tekijät vaikuttavat toisiinsa liittäen ne teoriaan ongelmien synnystä ja kehittymisestä (Vapaavuori, 2009). Käsitteellistämisessä voidaan ottaa esille kehitykselliset tekijät, joiden perusteella ihmiset luovat ydinkäsityksiään itsestä ja maailmasta. Osaksi terapiaprosessissa muodostuu siis oman ongelman historiallinen ymmärtäminen, esimerkiksi mitkä elämän merkittävät tapahtumat asiakas liittää käsiteltävään teemaan (Guidano, 1999b). Nämä käsitykset voivat laueta

nykyhetkessä samantapaisissa tilanteissa tai tilanteissa, joiden tematiikassa on jotain tuttua. Kun kielteiset ja dysfunktionaaliset käsitykset laukeavat, ne herättävät kielteisiä automaattisia ajatuksia, mikä taas saa aikaan erilaisia käyttäytymiseen, tunteisiin, motivaatioon, ajatteluun ja somatiikkaan liittyviä oireita (Bamber, 2006a). Esimerkiksi tietyt työtilanteet tai -tehtävät voivat laukaista oirehdinnan (Bamber, 2006d). Ihminen, joka kokee arvonsa olevan kiinni menestymisestä, voi masentua työssä, jossa joutuu epäonnistumisille alttiiksi. Tai ihmiselle, jolle onnellisuus on kiinni toisen pitämisestä ja rakkaudesta, laukaisevana tekijänä masennukselle voivat toimia hylkäämiskokemukset. Kun tällaiset oletukset ja käsitykset aktivoituvat, ne tuottavat automaattisia kielteisiä ajatuksia ja epämiellyttäviä tunteita työkokemuksiin lisää. Nämä taasen johtavat erilaisten masennusoireiden lisääntymiseen. Näin noidankehä on valmis: negatiiviset sisäiset mallit lisäävät oireita, mitkä taas vahvistavat negatiivisia käsityksiä (Bamber, 2006b). Oleellista on se, että ihminen osaa tai terapian myötä voi oppia tutkimaan eli refleктоimaan omia sisäisiä kokemuksiaan ja merkityksenantojaan (Guidano, 1999a).

Kuyken ym. (2009) mukaan käsitteellistäminen toimii jo sinänsä validoivana ja normalisoivana asiakkaalle. Se voi toimia asiakkaalle parantavana ja oloa helpottavana asiana. Sen lisäksi se luo hyvää pohjaa terapeuttille yhteistyösuhteelle. Lisäksi sen avulla asiakkaan määrällisesti monet ja monimutkaiset ongelmat saadaan näyttämään hallittavilta sekä terapeutille että asiakkaalle (Kuyken ym., 2009). Näin käsitteellistämisen avulla voidaan myös vähentää asiakkaan kokemaa psyykkistä kaaosta (Karila & Holmberg, 2008). Käsitteellistäminen antaa myös suuntaviivan sille, mitä asiakkaan toiminnassa, ajattelussa tai kokemuksessa tulisi muuttua, mikä tapahtuu refleктоivan työotteen avulla.

Asiakkaan itsereflektio kasvaa, kun terapeutti auttaa asiakasta pysähtymään erilaisiin kokemuksiin ja tilanteisiin. Itsereflektiolla tarkoitetaan ihmisen kykyä hahmottaa ja tutkia omaa ja toisen kokemusta, ajattelua ja toimintaa. Se perustuu ihmisen kykyyn ottaa oma minuutensa tai oma toimintansa tarkastelun kohteeksi (Tiuraniemi, 2002). Terapeuttinen reflektio tarkoittaa terapeutin pyrkimystä seurata asiakasta. Terapeutti ikään kuin osoittaa, miten hän ymmärsi asiakkaan sanomisen, tunteen ja kokemuksen, esimerkiksi sanomalla ”kuulostaa siltä kun...”. Reflektion kuuluu myös se, että terapeutti vetää ikään kuin yhteen asiakkaan sanomisen ja linkittää asiakkaan kertomuksen osia yhteen (Gilbert & Leahy, 2007). Terapeutti voi myös tehdä tutkimisia kysymyksiä. Tällöin tavoitteena on tutkia kokemusta, tilannetta ja havaintoja siitä, kehon tuntemuksia, merkityksiä, toiveita ja haluja tai ihmisen aikomuksia (Greenberg, Rice & Elliott, 1993).

Työterveyshuollossa käyntien vähyys saa aikaan sen, että työskentelyn tulee olla erityisen fokuksittua. Tästä huolimatta asiakkaalla tulee olla kokemus, että hänen kokemukselleen ja kertomukselleen on tilaa. Kognitiivisessa psykoterapiassa on useita kognitiivisen psykoterapian menetelmiä, joissa asiakkaan refleksiivisyys voi lisääntyä ja joita voi käyttää työterveyshuollon yksilötyössä. Itse olen huomannut, että tilanteisiin pysähtyminen ja vaihtoehtoisten tulkintojen etsiminen on yksi toimiva keino. Erilaisten vaihtoehtoisten tulkintojen ja ajatusten kohdalla työskentely fokusoidaan siihen, mitä ja miten erilaiset ajattelutavat vaikuttavat asiakkaan kokemukseen (Bamber, 2006a). Työterveyshuollossa käynneissä kokemukseni mukaan korostuu aina myös neuvonta ja ohjaus. Edukatiivisuus on myös yksi kognitiiviseen psykoterapiaan liittyvä työskentelyote. Edukaatio voi liittyä esimerkiksi vuorovaikutustapoihin ja asertiivisuuteen tai puhtaasti tietojen antamiseen yksilön oikeuksista (Bamber, 2006c). Vaikka käyntejä on vähän työterveyshuollon yksilötyössä, asiakas silti odottaa ja toivoo saavansa apua omaan tilanteeseensa. Tällainen apu voi olla kuulluksi tulemista tai toivetta saada uutta perspektiiviä ja sitä kautta muutosta omaan tilanteeseen.

Työterveyshuollossa asiakkaat ovat usein sekalaisten tunteiden vallassa. Tällaisessa lyhyessä interventiotyössä tunteiden tunnistaminen ja nimeäminen ovat jo isoja tavoitteita. Kun asiakas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi, tunteiden hyväksyminen voi tulla mahdolliseksi. Lyhyissä interventioissa syvätason muutokset ovat lähes mahdottomia. Silti työterveyshuollossa asiakas saattaa kohdata ensimmäisen kerran esimerkiksi oman tarvitsevuuden tai oikeutuksen kokea tunteita. Tämä on jo sinänsä merkityksellistä lyhyissä interventioissa.

Kognitiivista lyhyttä terapiaa on tutkittu jo jonkun verran (mm. Wells ym., 2009; Wells & Papageorgiou, 2001; Wells & Sembi, 2004). Näissä tutkimuksissa korostuu tarkka rakenne eri istunnoille. Aluksi asiakkaalle käsitteellistetään ongelma, jonka jälkeen keskitytään ”muokkaamaan” negatiivisia käsityksiä ja mietitään erilaisia coping-keinoja. Viimeisellä käynnillä keskitytään relapsien ennalta ehkäisyyn. Käyntien määrä on näissä tutkimuksissa 5-8 (ka 5.5). Näiden tutkimusten mukaan lyhyellä ja fokusoidulla hoidolla voidaan saada muutoksia parempaan asiakkaan voimissa. Vaikka edellä mainituissa tutkimuksissa otosten määrä on ollut pieni (4-6), ne antavat vähintäänkin uskoa siihen, että lyhyillä interventioilla voidaan saada muutosta aikaan. Tosin näissä tutkimuksissa mainittuun metakognitiiviseen malliin voidaan valita vain siihen soveltuvat potilaat. Suomessa työterveyshuolto palvelee asiakasyrityksiä ja kaikkia siellä työskenteleviä työntekijöitä, joten tiukan ja tietyn mallin soveltaminen on lähes mahdotonta. Se, että asiantuntija ei noudata tiettyä mallia, ei tarkoita, että hän ei ohjaisi asiakasprosessia ja olisi vuorovaikutuksessa

oman viitekehänsä mukaan. Näissä terapian muutostutkimuksissa on selvitetty sitä, mikä muuttuu, muttei sitä, mitä merkittävää istunnolla tapahtuu.

Tutkimusten mukaan terapeutin ja terapia-asiakkaan arviot siitä, mitä terapiassa tapahtuu ja mikä siinä on merkittävää, voi olla hyvinkin erilainen (Linden, Staats, Bår & Zubrâgel, 2005). Keskeisiksi asioiksi Lindenin ym. (2005) tutkimuksen mukaan nousi terapeuttien arvioinneissa hallintakeinojen saaminen ja kognitiivinen rekonstruointi asiakkaille. Samaisessa tutkimuksessa asiakkaiden mukaan oleellista oli varsinkin terapian alussa mahdollisuus puhua, ahdistuksen käsittely sekä uusien oivallusten saavuttaminen. Tutkimuksessa noin 50 % asiakkaan vastauksista oli täysin eri kuin terapeutin näkemys (Linden ym., 2005). Dolanin (2002) mukaan ihmiset muistavat parhaiten ne asiat, jotka ovat olleet heille subjektiivisesti merkityksellisiä. Toisaalta Lindenin ym. (2005) mukaan on mahdollista, että terapeutti huomaa asioita aiemmin kuin asiakas. Kun terapeutti rakentaa yhteistyösuhdetta ja pyrkii rakentamaan kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta, asiakas kokee sen mahdollisuutena puhua ja tulla kuulluksi sekä saada oivalluksia omaan tilanteeseensa.

Joidenkin tutkimusten mukaan asiakkaat kokevat auttavimpana asiana sen, että terapeutti kuuntelee ja ymmärtää (mm. Clarke, Rees & Hardy, 2004; Glass & Arnkoff, 2000). Myös Levittin, Butlerin ja Hillin (2006) tutkimuksen mukaan merkityksellistä on terapeutin ja asiakkaan välinen suhde. Heidän tutkimuksessaan asiakkaille oli merkityksellistä myös se, että terapia auttoi heitä reflektoimaan omaa toimintaansa terapiatunnin ulkopuolellakin.

Työterveyshuollon psykologien vastaanottotyöstä ei vastaavia tutkimuksia löydy. Tässä tutkimuksessa etsitään vastauksia siihen, mitä asiakkaat kokevat merkittäväksi työterveyshuollon psykologin yksilökonsultaatiossa ja miten se istunnossa näkyy. Vastauksia peilataan omaan kokemukseeni ja kognitiivisen psykoterapian taustateoriaan.

Tutkimuskysymykset:

- Mitkä asiat asiakas kokee merkittäväksi työterveyshuollon psykologin vastaanotolla?
- Miten nämä merkittäväksi koetut asiat mahdollisesti näkyvät vastaanotolla?
- Mitkä asiat työterveyshuollon psykologi kokee merkittäväksi?

2. AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimukseni koostuu kolmesta osasta: haastattelut, videoinnit ja oma arvio. Ensimmäiseen osaan olen haastatellut hoitajakson jälkeen 16 työterveyshuollon asiakasta, jotka ovat käyneet vastaanotollani (työterveyshuollossa) viisi kertaa. Hoitajaksojen lopussa kysyttiin asiakkailta loppuarvioinnin yhteydessä, mitä he olivat saaneet itselleen sekä mitä he ovat kokeneet merkittäviksi näissä käynneissä ja mitä heille oli jäänyt mieleen: ”Kun mietit tätä meidän välistä yhteistyötä niin, miten sen olet kokenut? Mitä merkittävää sinulle siinä on tapahtunut?”

Haastattelut toteutettiin kevään 2009 ja syksyn 2009 välisenä aikana. Haastattelukysymykset ovat olleet osa konsultaatiokäyntien arviointia. Näin pyrin saamaan käsitystä, mitä asioita ihmiset kokevat merkittävänä. Haastattelun tulokset luokiteltiin taustateorian mukaisesti erilaisiin luokkiin.

Tämän lisäksi videoin yhden asiakkaan jokaisen istunnon (viisi kertaa). Videoinnista litteroin ja poimin otteita, mitä merkittäviksi koetuilla asioilla tarkoitetaan. Kyseinen asiakas tuli työterveyshuollon lääkärin läheteellä yksilökonsultaatioon. Asiakkaalla oli todettu lievä masennus. Lisäksi hänellä oli univaikeuksia. Konsultaation tavoitteena oli kartoittaa kokonaistilanne ja miettiä keinoja auttaa asiakasta eteenpäin. Tämän lisäksi nauhoitin kolmen eri asiakkaan kohdalla yhden käynnin. Asiakkaat valikoin satunnaisesti. Nauhoitukset tehtiin yhden päivän aikana, niin että yhden asiakkaan kohdalla käynti oli ensimmäinen, toisen kohdalla kolmas ja kolmannen kohdalla viimeinen eli viides. Näillä nauhoituksilla hain täydennystä aineistoon.

Kolmanneksi mietin oman roolini kautta, miten itse koin haastattelemiä asiakkaiden istunnot ja mitä itse arvioin omassa toiminnassani merkittäväksi ja minkä arvioin auttavan asiakasta työterveyshuollon istunnoissa.

3. TULOKSET

3.1. Merkittäväksi koetut asiat

Asiakkaiden haastatteluissa merkittäväksi kokemat asiat luokiteltiin kuuteen eri luokkaan: kuunteleminen, validointi, reflektio ja itsereflektion lisääntyminen, edukatiivisuus, normalisointi ja nimeäminen. Haastatteluissa esille nousseet asiat on koostettu taulukkoon 1.

Kaikissa haastatteluissa korostui kuuntelun tärkeys. Se antaa asiakkaalle kokemuksen, että hänen kokemuksensa on tärkeä ja merkittävä. Kuuntelu tuli esiin videoinneissa monella tapaa. Se näkyi nonverbaalisena yhteytenä ja tilan antamisena, jota on vaikea kuvata kirjallisena. Se näkyi läsnäolona, kehon asennossa ja tilan antamisena:

Asiakas: Se heitti siihen, että mä en halua kehittyä työssäni, kun en ... voi tehdä..

Terapeutti: Hm, nyökyttää (muuttaa asentoa samaksi kuin asiakkaalla)

...(hiljaisuus)...

Asiakas: Sekin masensi

Terapeutti: Hm, nyökyttää (terapeutti vaihtaa asentoa ja asiakas perässä)

Kuuntelu näkyi myös niin, että terapeutti osoitti sanoin, että ymmärsi, mistä asiakas puhuu. Kuuntelemista on se, kun työterveyshuollon psykologi saa kiinni, mistä toinen puhuu. Hän ymmärtää asiakkaan asian, kokemuksen ja näkee ikään kuin sen subjektiivisen mielen.

Terapeutti. Liittykö tähän sun suhteeseen esimiehen kanssa pidemmältä historialta, ettei ole ihan semmoinen luottamus?

Asiakas: On se, ei oo luottamusta...Työasioita vaan puhutaan.

Terapeutti: Et se kuulostaa siltä, (asiakas:”joo”), ettei tuu ihan kuulluks (asiakas:”ei”) omien tarpeiden kanssa, että on hankala mennä hänen luokseen ton (kertoo asian) kanssa

Joo-o

TAULUKKO 1: Asiakkaiden merkittäväksi kokemat asiat (luokka/puheenvuorojen määrä/esimerkki)

Merkittäväksi koettu asia	Lukumäärä	Esimerkki
Kuunteleminen, empatia	16	”Se, että joku kuunteli”
Validointi	12	”Sai purkaa lastin” ”Mut otettiin tosissaan”
Reflektio, itsereflektion lisääntyminen	11	”Et, niiku tajusit, mistä on kyse” ”Sain uusia näkökulmia” ”Sain etäisyyttä asioihin...” ”Opin suhteuttamaan...” ”Tulee joku tolkkku...niiku selkeys itelle, kun ne on puhunut ulos” ”Mä en edes ollu ajatellu, et voisın sanoa noin...”
Edukatiivisuus	9	”...konkreettisia neuvoja...” ”Et niiku se, mitä mä niissä tilanteissa teen”
Normalisointi	8	”Se oli merkittävää, kun sä sanoit, et ne ei voi irtisanoa sua tuon takia” ”Jotenkin onkin ihan ok kokea näin” ”...Tässä ei ole mitään epänormaalia” ”En olekaan hullu...”
Nimeäminen	5	”Niiku sanottiin, mistä kyse” ”...kerroit, mistä kyse” ”Tuli nimi mun kokemuksille...”

Haastatteluissa toiseksi eniten mainintoja saivat ilmaiset, joita voidaan pitää potilaan kokemuksen validointina (yhteensä 12). Validointi näkyi videoinneissa muun muassa siten, että terapeutti vahvisti asiakkaan kokemusta ja oikeutusta kokea.

Asiakas: Mun on hirveen vaikee sekaantua niiden väleihin....oon niiku kahden tulen välissä

Terapeutti: Nii, et sä oot hiljaa sitte

Asiakas: Joo

Terapeutti: Nii, et kyllä se varmaan niiku

Asiakas: Kyl se tuntuu

Terapeutti: Hirveeltä tuntuu

Asiakas: Nii tuntuu

Validointi näkyi myös siten, että terapeutti välitti aitoa hyväksyntää, mikä myös auttoi asiakasta tunnekokemuksessa.

Asiakas: (Itkee)...mä en jaksa enää siellä töissä ...(itkua)

Terapeutti: Niin, et sä oot ihan naatti

Asiakas: Nii, ku se on nii raskasta...(itku alkaa tyrehtyä ja alkaa kertoa, mitä tapahtunut)

Kolmanneksi eniten mainintoja sai reflektio ja itsereflektion lisääntyminen. Tässä yhteydessä reflektiolla tarkoitetaan sitä, että asiakas on oppinut tutkimaan omaa toimintaansa uudella tavalla. Se näkyi videoinneissa siinä, että asiakas alkoi nähdä omassa itsessään, ajattelussaan tai toiminnassaan vaihtoehtoja.

Terapeutti: Mitä sussa tapahtuu, kun sä sanot noin? et ei mun tarvi kaikkee kestää

Asiakas: ”Hm..(tauko) ..et jotenki vahvempi olo, et haloo, mä voin laittaa rajan. Et se on musta itsestä kiinni...

Terapeutti auttoi myös reflektiossa tekemällä yhteenvetoa käydystä keskustelusta.

Asiakas: Nii, et mullakin on oikeus sanoa. et ei mun tarvi ottaa kaikkea vastaan

Terapeutti. Nii, et voi rajata pois

Asiakas: Nii

Terapeutti: Auttaisko se, jos töissäkin sanoisit, et hetkinen, ei mun tarvi kaikkea sietää. Että ei tarvitsisi omalle kontolle ottaa sellaista, mikä ei kuulu

Reflektio syntyi osin myös käsitteellistämisen kautta. Käsitteellistämisessä käytiin asiakkaan kanssa läpi, mistä hänen kohdallaan voisi olla kyse. Näin käsitteellistäminen antoi keinoja muuttaa suhtautumista.

Terapeutti: Oleellista, että sä tunnistat näitä, miten nää laukeaa tai syntyy

Asiakas: Joo, koska sit mä pystyn katkasemaan ne

Reflektointiin auttaminen tapahtui myös pysäyttämällä asiakas jonkin kokemuksen ääreen. Näin asiakasta autettiin, että hän sai keinoja käsitellä asiaa jatkossa.

Terapeutti: Jos kelattais sitä kuvanauhaa oikein hitaasti taaksepäin, ni onks mitään varomerkkejä, et tästä ei hyvää seuraa?

Asiakas: Ei, ei oo

Terapeutti: (Kertaa kerrottua)

Asiakas: Eiku joo, (saa kiinni tilanteesta ja kertoo oman valinnan tilanteessa, joka aiheutti ahdistusta)

...

Terapeutti: Missä kohtaa olis voinut vielä pysäyttää?

Asiakas: Ehkä olis pitänyt siinä kohtaa (kertoo tilannetta) ajatella, ettei mul oo mitään hätää. Et täähän on ihan pikkujuttu mun elämässä

Terapeutti: (Asiakkaan kertoman jälkeen vetää yhteen) nii, et oli monta askelta, jollon olis voinu pysähtyä... rauhoitu, mul ei oo mitään hätää. Tää ei tarkota, et mä en pärjäis ollenkaan

Asiakas: Joo, ja joskus se toimii, et mä saan pysäytetty... aamulla tossa mä jotenkin sain rauhotettuu ja sanoin, et ei mul oo mikään hätä. Kaikki järjestyy, jollakin tapaa

Terapeutti: Eli sul oli kokemus, et tää toimii ja auttaa

Asiakas: Joo

Haastatteluissa neljänneksi eniten mainittiin merkittäväksi edukatiivisuus (yhteensä 9 mainintaa). Edukatiivisuus näkyi videoinneissa monella tapaa, esimerkiksi neuvojen antamisena ja ehdotuksien antamista, mitä voisi tehdä.

(Asiakas kertoo hankalaksi koetusta tilanteesta, jonka otti kontolleen)

Terapeutti: Ootko kokeillu, että heittäisit takaisin että sanoisit, mitä tuolla tarkoitit? Et olisko sun helpompi olla?

Asiakas: Nii, varmasti olisi. Jos tajuaisi siinä kohtaa

Edukatiivisuus näkyi myös niin, että terapeutti teki suoria ehdotuksia, mitä voisi tehdä tai sanoa.

Asiakas: Olis pitänyt heti sanoa, et mä en kuullu sitä. Mutku se sano, et sä et ikinä (kertoo tapahtumasta). Sillon se lyttäs. Siinä kohtaa minä en sanonu enää mitään.

Terapeutti: Nii, et siinä tuli häneltä tällainen yliyleistys, koskaan, ikinä

Asiakas: Joo, siinä kohtaa mul ei tuu enää sanaa suusta. Vaikka olisi pitänyt sanoa

Terapeutti: Nii, et ei mun tarvi tollasta kuunnella tai et ei voi mitään, tässä kohtaa ei voi enää mitään. Että en kuullu, piste.

Haastatteluissa viidenneksi eniten mainittiin kokemukset, jotka liittyivät normalisointiin (yhteensä 8 mainintaa). Videoinneissa normalisointi näkyi niin, että terapeutti auttoi näkemään asiakkaan oireita tai kokemuksia osana inhimillistä ihmisen elämää.

Asiakas: En mä tiedä, mitä tää on (kertoo tilanteestaan)...pitäishän tää kestää

Terapeutti: Kun sä kerrot (vetää yhteen kerrottua)...ei ihme, että olet väsynyt. Kuka tahansa olisi tuossa tilanteessa väsynyt. Ei kukaan jaksa lepäämättä ...(vetää kerrottua yhteen)...kuulostaa aika hurjalta, et kyllä vahvimmankin kamelin selkä taittuu. Ei ihminen aina jaksa antaa toiselle, jos ei joskus saa itselle

Asiakas: Nii (hiljaisella äänellä)

Terapeutti: Mulla on sellanen olo, et ei tossa kauheesti oo ollu tilaa sun omalle tarvitsevuudelle

Asiakas: Nii, ei sitä oo (itkee)...et on jotenki ajatellu, et mun pitää jaksaa,...(nyyhkii) niiku muitten tarpeet on aina menny edelle...(huokaisee) et ei ihme, et oon näin puhki

Haastatteluissa nousi esille myös potilaan kokemuksen nimeäminen (yhteensä 5 mainintaa). Tämä näkyi videoinneissa muun muassa niin, että terapeutti auttoi asiakasta nimeämään kokemuksensa ja käsitteellistämään sen.

Asiakas: (Kertoo ikävästä tapahtumasta) ei mun maailmaa kaatanu tämäkään

Terapeutti. Joo-o, ei maailma kaatunu, et ei oo mitään hätää (tapahtuma)

Asiakas: Joo-o

Terapeutti: Minkälainen olo sitte on?

Asiakas: No, sitte se helpottuu tietysti. Niiku mä ajattelin ihan tyhmiä, et maailmassa on muutakin pahempaa niiku tollane...

Terapeutti. Nii, et se vähä niiku suhteutuu...

Asiakas: (Jatkaa) suhteuttamaa sitä mun hätää ja se ei oo niiku mikään hirvee tärkee..

3.2. Terapeutin merkittäväksi kokemat asiat

Omien muistiinpanojeni mukaan lähes jokaisen kohdalla nousi merkittäväksi asiaksi se, että asiakas sai ymmärrystä itselle siitä, mistä hänen kohdallaan voisi olla kyse. Se mahdollistui, kun asiakas sai etäisyyttä omaan tilanteeseensa. Tällainen prosessi johti siihen, että asiakas alkoi nähdä itseään valintojen tekijänä (subjektina) eikä niinkään olosuhteiden uhrina. Tällaiset merkinnät nousivat esille 15 haastatellun kohdalla. Muistiinpanoistani löytyy yksi poikkeus. Hänen kohdallaan olen merkinnyt, että vastaanotolla keskeistä on ollut kuuntelu ja ymmärtäminen. Merkintöjeni mukaan muutosta asennoitumisessa ja toiminnassa ei ole tapahtunut. Kyseinen asiakas arvioi merkittäväksi sen, että ”joku kuunteli”. Terapeutin merkittäväksi kokemat asiat on koostettu taulukkoon 2.

TAULUKKO 2. Terapeutin merkittäväksi kokemat asiat

-
- Merkittävää omasta mielestä, että ihmiselle tullut ymmärrystä, mistä on kyse: miksi kokenut, niin kuin on kokenut (historiallinen ymmärtäminen, tilanteisiin pysähtyminen: omien merkitysten antojen näkyminen) (15)
 - Merkittävää, että saanut etäisyyttä: näin mahdollistunut asioiden suhteuttaminen ja myös toimintasuunnitelma (15)
 - Merkittävää myös se, että ihminen alkanut nähdä itseään subjektina – ei vain olosuhteiden uhri, vaan valintojen tekijä (subjektius) (15)
 - Vain kuuntelu ja ymmärtäminen: ei mielestäni muutosta toiminnassa tai suhtautumisessa (1)
-

4. Pohdinta

Tässä tutkimuksessa etsittiin vastauksia sille, mitkä asiat työterveyshuollon asiakas kokee merkittäväksi psykologin yksilökonsultaatiossa. Samalla tutkittiin, mitkä asiat psykologi arvioi merkittäväksi samaisessa prosessissa. Lisäksi pyrittiin selvittämään, miten edellä esille nousseet asiat näkyvät vastaanotolla. Tutkimus tehtiin terapeutin omien muistiinpanojen, haastattelujen ja videoinnin avulla.

Asiakkaat kokivat merkittävimäksi kuulluksi tulemisen (”se, että joku kuunteli”, 16 vastausta) ja validoinnin (”mut otettiin tosissaan”, 12). Tutkimustulokseni ovat samansuuntaisia kuin muun muassa Lindenin ym. (2005) tutkimuksessa, jonka mukaan asiakkaille on tärkeää, varsinkin terapian aluksi, mahdollisuus puhua. Kolmanneksi keskeiseksi asiaksi nousi reflektio ja itsereflektion lisääntyminen (”sai uusia näkökulmia”, 11). Sekä haastattelujen että omien merkintöjeni mukaan asiakkaat kokivat merkittäväksi uusien näkökulmien saamisen ja itsereflektion lisääntymisen. Myös Lindenin ym. (2005) tutkimuksen mukaan asiakkaat kokivat merkittäväksi uusien oivallusten saamisen.

Oma arvioni merkittävistä asioista poikkesi joiltain osin haastateltavien arvioista. Itse pidin merkittävänä asiana esimerkiksi historiallista ymmärtämistä. Sitä ei maininnut kukaan haastatelluista. Lindenin ym. (2005) mukaan terapeutin pyrkimys luoda kokonaiskuva näyttäytyy asiakkaalle mahdollisuutena puhua ja saada uusia oivalluksia omaan tilanteeseen. Voi olla, että käyttämäni kognitiivisen psykoterapian menetelmät (muun muassa käsitteellistäminen, johon osana kuuluu historiallinen ymmärtäminen), eivät hahmottuneet samalla tavalla asiakkaalle. Toisaalta on ymmärrettävää, että asiakas kokee eri tavalla kuin terapeutti, koska terapeutti arvioi ja miettii asiakkaan prosessia eri tavalla. Asiakkaalle on merkittävää ennen kaikkea tulla kuulluksi ja validoiduksi asiansa kanssa. Kun hän tulee kuulluksi, hänelle mahdollistuu asian uudelleen arviointi osana omaa todellisuutta. Asiakas arvioi merkittäväksi nimenomaan sen, mitä hän saa itselleen eikä sitä, miten se tapahtui.

Mielenkiintoista oli yhden haastatellun arvio, jossa hän toi esille ainoastaan kuuntelun tärkeyden. Hänelle merkittävää oli se, että joku kuunteli ja otti hänet tosissaan. Kognitiivisessa psykoterapiassa

toisen kuunteleminen ja tosissaan ottaminen on koko suhteen perusta (mm. Gilbert & Leahy, 2007; Greenberg & Paivio, 1997). Kuunteleminen ja validointi ei pelkästään auta muuttamaan asiakkaan todellisuutta ja kokemusta mihinkään. Omien merkintöjeni mukaan kyseinen ihminen ei saanut prosessista tukea muutokselle. Merkintöjeni mukaan en myöskään erityisesti käyttänyt mitään kognitiivisen psykoterapian menetelmiä hänen kanssaan. Merkintöjeni mukaan suhde oli hyvä ja toimiva. Kyseisen asiakkaan kohdalla olen tulkinnut, että prosessin tässä vaiheessa asiakkaalle riitti, että joku uskoi häntä ja otti tosissaan. Luonnollisesti voi myös kysyä, miksi en käyttänyt mitään kognitiivisen psykoterapian menetelmiä. Oman käsitykseni mukaan asiakkaalle oli merkittävää tulla kuulluksi ja ymmärretyksi prosessinsa tuossa vaiheessa. Se oli jo sinänsä riittävää. Asiakkaiden prosessi jatkuu myös intervention jälkeen, joten voi olla mahdollista, että asiakkaan kokema muutos tapahtuu vasta myöhemmin ja tällainen tukeva kuuntelu ikään kuin mahdollistaa sen. Toisaalta voidaan myös ajatella, että kaikkien kohdalla näin lyhyellä interventiolla on mahdotonta saada aikaan muutosta käsityksissä tai suhtautumisessa itseen ja maailmaan.

Työskentelyäni ohjasi kognitiivisen psykoterapian työskentelyorientaatio. Sen osoittaminen, mikä tuloksissa on nimenomaan kognitiivisen psykoterapiaotteen aikaansaamaa, on vaikeaa. Minulla ei ole tietoa, miten esimerkiksi analyttisesti toimiva työterveyshuollon psykologi toimii tai saisiko hän tällaisessa tutkimuksessa arviointihaastatteluissa samantapaisia vastauksia. Tämän tutkimuksen perusteella on liioiteltua sanoa, että työterveyshuollon psykologin työssä nimenomaan kognitiivisen psykoterapian viitekehys ja menetelmät takaavat hyvän tuloksen ja auttavat asiakasta.

Kokemukseni mukaan kuitenkin tällainen työskentelyote on työterveyshuollossa toimiva. Kognitiivisessa psykoterapiassa korostetaan asiakkaan ja terapeutin tasavertaista yhteistyösuhdetta (mm. Hakanen, 2008). Lisäksi siinä fokusoidaan työskentely erilaisten ajattelutapojen ja tulkintojen merkityksen tutkimiseen (mm. Bamber, 2006a) ja autetaan asiakasta rakentamaan uudenlaista suhdetta itseensä ja todellisuuteen (mm. Toskala, 1991). Näin kognitiivisen psykoterapian menetelmät voivat auttaa työterveyshuollon psykologia fokusoimaan työskentelyään asiakkaan keskeiseksi kokemiin asioihin. Kognitiivinen (mm. Bamber, 2006a) tai konstruktivistinen (mm. Guidano, 1999b) malli auttaa psykologia käsitteellistämään ja rekonstruoimaan asiakkaan tilannetta. Myös asiakkaalle se toimii jo sinänsä auttavana ja oloa helpottavana asiana (Kuyken ym., 2009). Se auttaa asiakasta jäsentämään omaa tilannettaan ja häiriötään, mikä vähentää hänen kokemaansa psyykkistä kaaosta (Karila & Holmberg, 2008).

Vaikka tutkimukseni otos on pieni, siitä käy kuitenkin ilmi keskeisiä asioita, jotka koetaan merkittäväksi työterveyshuollon psykologin vastaanotolla. Lisäksi videoinnista koostetut litteroinnit auttavat konkreettisesti osoittamaan, mitä kyseinen asia voi käytännön työterveyspsykologin työssä tarkoittaa. Tekstiin litteroidut vuoropuhelut antavat jonkinlaisen kuvan siitä, miten eri asiat voivat käytännössä näyttäytyä ja mennä.

Koska tutkimusaineisto on pieni, ei siitä voi laajoja johtopäätöksiä tehdä. Toisaalta tutkimukseni tulokset ovat samansuuntaisia kuin muissa terapiatutkimuksissa, joissa on kysytty terapeutin ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta ja siitä, mikä koetaan merkittäväksi. Tutkimukseni ei kuitenkaan vastaa siihen kysymykseen, saivatko ihmiset uusia näkökulmia ja helpottuiko olo sen takia, että toimin kognitiivisena psykoterapeuttina vai vain sen takia, että annoin heille aikaani, kuuntelin ja ymmärsin. Käytin kuitenkin 15 konsultaatiossa erilaisia kognitiivisen psykoterapian menetelmiä, muun muassa tilanneanalyysia, kokemukseen pysähtymistä ja käsitteellistämistä oman viitekehäkseni kautta. Oman tulkintani mukaan nämä interventiot auttoivat asiakasta eteenpäin. Huolimatta tämän tutkimuksen puutteista, se antoi itselleni vahvistusta siihen, että kognitiivisen psykoterapian koulutuksesta on ollut minulle paljon apua ja hyötyä myös työterveyshuollon psykologin yksilötyöhön.

Lähteet

Ahola, K., Kivistö, S. & Vartia, M. (2006). Työterveyspsykologia, Työterveyslaitos, Helsinki

Bamber, M. R. (2006a). Assessment and treatment strategies for occupational stress. Teoksessa M. R. Bamber (toim.), CBT for occupational stress in health professionals. Introducing a schema-focused approach. (s.27-40). London and New York: Routledge.

Bamber, M. R. (2006b). Cognitive behavioural therapy for work-related depression and other occupational stress syndromes. Teoksessa M. R. Bamber (toim.), CBT for occupational stress in health professionals. Introducing a schema-focused approach. (s.92-103). London and New York: Rutledge's.

- Bamber, M. R. (2006c). Secondary level cognitive and behavioural interventions for normative levels of occupational stress. Teoksessa M. R. Bamber (toim.), *CBT for occupational stress in health professionals. Introducing a schema-focused approach.* (s. 57-69). London and New York: Routledge.
- Bamber, M. R. (2006d). Tertiary level cognitive behavioural interventions for work-related anxiety. Teoksessa M. R. Bamber (toim.), *CBT for occupational stress in health professionals. Introducing a schema-focused approach.* (s.70-81). London and New York: Routledge.
- Clarke, H., Rees, A. & Hardy, G.E. (2004). The big idea: Client´perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 67-89.
- Dolan, R.J. (2002). Neuroscience and psychology: Emotion, cognition, and behavior. *Science*, 8 (298), 1191–1194.
- Hakanen, A. (2007). Epävakaan persoonallisuuden eheytyminen itsereflektion muutosprosessin valossa. Teoksessa A. Hakanen & A-M. Kokko (toim.), *Näkökulmia psykoterapiatyöhön. Kognitiivis-konstruktivistista psykoterapiaa teoriassa ja käytännössä.* (s. 214–238). Jyväskylä: Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.
- Hakanen, A. (2008). Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia.* (s. 14–38). Helsinki: Duodecim.
- Hyvä työterveyshuoltokäytäntö – opas toiminnan suunnitteluun ja seurantaan. (1997). sosiaali- ja terveysministeriö, työterveyslaitos.
- Gilbert, P. & Leahy, R.L. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. Teoksessa P.Gilbert & R.L. Leahy (toim.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (s. 3-23). London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

- Glass, C.R. & Arnkoff, D.B. (2000). Consumer perspectives on helpful and hindering factors in mental health treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (11), 1467-1480.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997) Working with emotions in psychotherapy. New York: The Guilford Press.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993). Facilitating emotional change. The Moment-by-moment process. New York: The Guilford Press.
- Guidano, V. (1991). The self in process: toward a post-rationalist cognitive therapy. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1999a). Constructivist Psychotherapy: a theoretical framework. Teoksessa R.A. Neimeyer & M. J. Mahoney (toim.), *Constructivism in Psychotherapy* (s. 93-108). Washington, DC: American Psychological Association.
- Guidano, V. F. (1999b). Self-observation in constructivist psychotherapy. Teoksessa R.A. Neimeyer & M.J. Mahoney (toim.), *Constructivism in Psychotherapy* (s. 155-168). Washington, DC: American Psychological Association.
- Karila, I. & Holmberg, N. (2008). Käsitteellistäminen ja keskeiset työtavat. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 50–70). Helsinki: Duodecim.
- Kivistö, S., Kallio, E. & Turunen, G. (2008). Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos.
- Kuusinen, K-L., (2001a). Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 25–36). Helsinki: Duodecim.
- Kuusinen, K-L. (2001b). Yleiskatsaus kognitiivisiin terapioihin. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 12 -24). Helsinki: Duodecim.

- Kuusinen, K-L., (2008). Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 40 – 49). Helsinki: Duodecim.
- Kuyken, W., Padesky, C.A. & Dudley, R. (2009). Collaborative case conceptualization: working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy. New York: The Guilford Press.
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324.
- Linden, M., Staats, M., Bär, T. & Zubrägel, D. The assessment of treatment strategy in cognitive-behavior therapy: Using the pivotal topic measure. *Psychotherapy Research*, 15(4), 382-391.
- Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. New York: Basic Books.
- Tiuraniemi, J. (2002). Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. Teoksessa P. Niemi & E. Keskinen(toim.). *Taitavan toiminnan psykologia*. (s. 165–195). Turun yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja.
- Toskala, A. (1991). Kognitiivisen psykoterapian teoreettisia perusteita ja sovelluksia. Jyväskylän koulutuskeskus Oy: Saarijärven Offset Ky.
- Toskala, A. & Hartikainen, K. (2005). Minuuden rakentuminen. Psykkinen kehitys ja kognitiivis-konstruktiiivinen psykoterapia. Keuruu: Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.
- Työterveyshuoltolaki - Opas työterveyshuoltolain soveltajille. (2004). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaita 2004:12. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004.
- Vapaavuori, J. (2009). Tapausformulaatio, metaforat ja lähikehityksen vyöhyke kognitiivisessa terapiassa. *Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti*, 6 (2), s. 135–157.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment, *Cognitive Therapy Research*, 33, 291-300.

Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.

Wells, A. & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of behaviour Therapy*, 35, 307-318.