

KENEN JOUKOISSA SEISOT

Kognitiivisessa terapiassa (Beck & al. 1993) ajatellaan, että henkilön uskomuksilla, ajatuksilla ja mielikuvilla on suuri vaikutus hänen tunteisiinsa ja käyttäytymiseensä. Skeemat eli perususkomukset ovat syntyneet henkilön aikaisemmissa elämänvaiheissa. Tässä artikkelissa tarkastellaan, miten erilaiset vuorovaikutusta koskevat perususkomukset voivat toimia käyttäytymisen taustalla.

1

60-luvun lopun suuren murroksen yhteydessä moni suomalainen siirtyi kotiseudultaan ruuhka-Suomeen tuoden tänne ajatusmallaja sääntöjä, jotka eivät välttämättä uusissa olosuhteissa toimineet kovin hyvin (Kortteinen 1982). Kertomuksia siitä, miten sisäinen muuttoliike on asettanut kasvuympäristön ”yleisiä totuuksia” koetukselle, on tullut vuosien varrella varsin monelta potilaalta. Muistan vantaalaisen potilaan, joka kertoi, miten hän parikymppisenä istui sähköjunassa ja ihmetteli ympärillään olevaa puhumattomuutta. Näkymäänsä hän suodatti puhe- ja tunneilmaisua puoltavien karjalaiskeemojensa kautta: ”ilo pintaan vaik syän märkänis”. Uuden asuin ympäristön tapoja ja signaaleja on tulkittu kasvuympäristön skeemojen kautta. Kaupunkilaiseen elämänmuotoon kuuluvia vuorovaikutustapoja on tulkittu välinpitämättömyydeksi tai vihamielisyydeksi ja käyttöön on otettu erilaisia vetäytymisstrategioita (oma työporukka, lähiökrouvi jne.). Työvoiman uu-

sintamisessa tarpeelliset harrastukset ja vapaa-ajantoiminta ovat jääneet olosuhteisiin ja tarjontaan nähden turhan kapeiksi.

Monet suomalaisiin alakulttuureihin liittyvät sosiaalisen identiteetin skeemat saattavat toimia hoidollisen yhteistyön ja pitkäjänteisen kuntoutumisen esteinä (Hogg & Abrams 1988; Holmberg 1994). Usein nämä esiintyvät ns. jumin muodossa (Ryle 1990). Jumit ovat sisäisiä rajoja, joita emme tunne voivamme ylittää. Ne tulevat menneisyydestä ja ilmenivät esim. siten, ettemme voi elää ja toimia tuntematta epämääräistä syyllisyyttä. Voi myös olla, että meidän on maksettava jokaisesta ilosta tai menestyksestä.

Seuraavat uskomukset ovat esimerkkejä sisäisistä esteistä:

- ”Jos minulla menee hyvin, tunnen itseni syylliseksi.”
- ”Jos puolensa pitäminen tuottaa vähänkin riskiä, luovun aikeistani.”
- ”Jos annan aiheita toisten kateudelle, tulen ahdistuneeksi.”
- ”Enemmän tai myöhemmin kaikki menee kuitenkin pieleen”.

Sisäisillä esteillä on yleensä pitkä historia. Olemme lapsena saattaneet kokea perheessä sattuneita onnettomuuksia tai huomanneet vanhempiemme kärsivän ja tietämättämme tunteneet olevamme siitä vastuussa (Ryle 1994, 116). Vanhemmilla on myös saattanut olla oma kantansa siihen, mitä on soveliaista ilmaista ja mitä ei. Viimeisenä listalla oleva uskomus on varsin tavallinen potilailla, joiden vanhemmilla on ollut päihdeongelma.

Kainuusta kotoisin oleva potilas, jonka lapsuutta sävytti kärsimysskeema ("kärsi, kärsi...") ja vaikeumisen vaatimus, oli ohjattu päihdeongelman vuoksi laitoshoitoon. Avioeron jälkeen potilaalle oli ollut ominaista mykkä juominen ja matala sosiaalinen profiili. Miten luopua tästä, kun itse muutoksen pohtiminen saatikka hoidossa edistyminen tuottaa ahdistusta ja syyllisyyttä? Lapsuuden sääntöihin kuului, ettei valittaa saa. Näkyä saa, posket voivat kaventua, elämä saa mennä päin helvettiä, mutta ääntä ei saa kuulua. Sopivaa on vain hiljainen kärsimys. Näitä skeemojahan kuvataan mm. Kalle Päätalon teksteissä: kärsimys, oppirahat, itsekuri, urakkatyö ovat skeemojen avainsanat. Itse asiassa ne kuvaavat sotaa edeltävän suomalaissukupolven ("raatajien") maailmankatsomuksen perustaa.

Toinen potilastapaus, jossa näkyi kulttuuriskeemojen vaikutus, oli eteläpohjalainen potilas, joka laitoshoidossa aluksi keskittyi työntekoon ("Kyllä se työllä lähtöö"), piti ongelmista puhumista "akkojen touhuna" ja kutsui ryhmäistuntoja "ompeluseuraksi". Avohoidoksi potilas oli kaavaillut rivakkaa työntekoa ja itsensä hillitsemistä. Avohoito oli skeemojen kautta nähtynä "heikkoja varten". Kolmas esimerkki on varsinaissuomalainen potilas, jolle avohoito A-klinikalla oli ensin pois suljettu vaihtoehto, koska "kyll asioist voi puhua, mutt miks ihmeess ihmisist?". Potilaan kotiseudulla oli patsas, johon oli hakattu perususkomus "Rukoile ja tee työtäs". Puhumisen puolesta ei löytynyt monta uskomusta, ja potilas totesikin ryhmäistunnoissa tuskastuneena: "Kui kaua täsä oike olla? Mä lupasi olla kahrelt työosuures".

Vaikka skeemoja ei noin vain muuteta, niin kulttuuriskeemojen tunteminen auttaa laatimaan tehtäviä, jotka nakertavat näiden haitallisia johdannaisia (Freeman 1987). Elämätavan epätasapainon korjaaminen oli kainuulaispotilaalle varsin tärkeää. Kärsimysskeema kun näkyi sosiaalisissa tilanteissa vaikeutena havaita positiivista palautetta ja haluttomuutena luoda nautintoja sisältävää vapaa-aikaa. Vaikka oltiin kaukana sodanjälkeisestä Kainuusta, siellä sisäistetyt ajatusmallit toimivat edelleen hyvinvoinnin lisäämisen esteenä.

Olisi kuitenkin kaukaa haettua pitää tätä elämäntapaa selkosen kansan uskomusten suoranaisena seurauksena. Siihen tarvittiin myös potilaan ydinperheestä saatuja vuorovaikutusmalleja (ks. Beck 1988). Näiden mallien ja kulttuuritaustan yhteisvaikutus oli kui-

tenkin armoton. Parisuhteessa se näkyi aikeettisena puurtamisena: yhteiselämä oli totista aherrusta. Mustavalkoisen ajattelun avulla potilas oli kokenut pienetkin erimielisyydet perheessä tai työpaikalla pahantahtoiseksi vainoamiseksi.

Skeemojen kanssa työskennellessään terapeutilla on kolme vaihtoehtoa (esim. Layden & al. 1993). *Skeemarakenteen muuttaminen* on harvoin mahdollista. Toinen vaihtoehto, skeemojen *muokkaaminen*, antaa potilaalle mahdollisuuden terapeutin avulla esim. korjata epäluottamuskeemaa siten, että hän alkaa ensin luottaa terapeuttiin ja laajentaa tämän jälkeen luottamuksen koskemaan muitakin ihmisiä. Hän kykenee tämän jälkeen luomaan läheisiä ihmissuhteita, vaikka kyyninen, vetäytyvä perusvire säilyykin muissa ihmiskontakteissa. Päihdehuollossa tämä näkyy usein pitkän juomahistorian omaavien keskuudessa: vaikka positiivinen luottamus syntyy terapeuttiin tai avohoitoryhmän jäseniin, epäluuloinen varautuneisuus sävyttää muita ihmissuhteita (joskus perheenjäsenet mukaan lukien).

Kolmas hoitovaihtoehto on *skemaattinen uudelleentulkinta*. Tällöin terapeutti auttaa potilasta näkemään joitakin tilanteita uudessa valossa. Skeeman haitallisia seurauksia pyritään minimoimaan ja itse skeemaa pyritään saamaan vähemmän absoluuttiseksi ja sääntöä muistuttavaksi (jolloin se tarjoaa ulospäyseyttä uudenlaisen toiminnan avulla). Henkilö, joka on vakaasti uskonut, että "ei sitä tällainen ihminen voi sinne mennä", voi siirtyä uskomukseen "Voin mennä uusiin paikkoihin ja valita siellä seurani".

Eri alakulttuurien yleisistä uskomuksista ei välttämättä seuraa suoranaista ihmissuhdepatologiaa yhteisössä, jossa uskomukset ovat syntyneet. Vaikeudet ilmenevät enemmän ajatuksellisena joustamattomuutena ja sopeutumisvaikeutena henkilön siirtyessä uuteen ympäristöön. Kovin jäykät asenteet voivat olla este uusien selviytymistaitojen oppimiselle ja siten haitata esim. päihdeongelmasta kuntoutumista.

Kulttuurista riippumatta on myös kasvuympäristöjä ja perheen vuorovaikutusmalleja, jotka tuottavat skeemoja, joista on haittaa melkein missä tahansa. Esimerkiksi persoonallisuushäiriöiden (esim. rajatilat, narsistiset häiriöt) skeemat (ks. Holmberg 1991, 44–107) ovat tällaisia jäykkiä, pysyvämpiä rakenteita, jotka toimivat tilanteesta toiseen. Aikuiselämän sosiaalinen vuorovaikutus aktivoi näissä vanhoja skeemoja, jotka tekevät varsin monen sosiaalisen tilanteen ongelmalliseksi (Beck & al. 1993, 268–291).

2

Kulttuuriskeemoilla ja niiden tuottamilla ristiriidoilla voidaan laajentaa näkökulmaa ”puhtaan” yksilöpsykologian ulkopuolelle. Tätä kautta esim. ”narsistinen patologia” näyttäytyy uudessa valossa. Käsittelen seuraavassa hoitoprosessia, jossa potilaan narsistinen häiriö kytkeytyi toimintaa haittaaviin skeemoihin.

Henkilön uskomukset omasta ainutkertaisuudestaan ja erilaisuudestaan ovat narsistisessa häiriössä (suomennettu itsekeskeisyydeksi) keskeisiä. Nämä henkilöt pitävät itseään erikoisina, poikkeuksellisia ja oikeutettuina keskittymään henkilökohtaiseen tyydytykseen. He odottavat muilta ihailua, kunnioitusta ja alistumista. Samaan aikaan uskomukset muiden ihmisten tunteiden merkityksestä jäävät toissijaisiksi. Käyttäytymiseen vaikuttavat yhteistyön ja vastavuoroisen sosiaalisen vuorovaikutuksen vajaus, kuten myös kohtuuttomat vaatimukset, nautinnonhalu ja joskus vihamielinen käyttäytyminen (tämä vihamielisyys ilmenee monesti ironiana, sarkastisuutena tai haluna ”tappaa” muiden hyvä olo, koska se herättää itsessä kateutta).

Depressiiviset oireet (masentuneisuus, alakuloisuus, ”tyhjä olo”) ovat luultavasti yleisimpiä narsistien hoitoon tulon syitä. Nämä henkilöt eivät siedä epämukavuutta ja turhautuneisuutta kovinkaan hyvin, joten he ovat taipuvaisia etsimään hoitoa masennukseen.

Tyypillinen narsistinen masennus sisältää kuilun odotusten ja todellisuuden välillä. Naispuolisilla potilailla tämä liittyy yleensä ihmissuhteisiin, kun taas miehet murehtivat enemmän työhön liittyviä vastoinkäymisiä. Vastoinkäymiset ja masentuneisuus saatetaan myös kokea nöyryyttäväksi (”tätä ei saa tapahtua minulle!”) (Davis 1990).

Esimerkkihenkilöni, keski-ikäinen miespuolinen virkamies (”Pekka”) tuli laitoshoitoon päihdeongelman ja masentuneisuuden vuoksi. Häneltä oli mennyt paremmin palkattu virka sivu suun, kun hän ei saapunut työpaikkahaastatteluun ajoissa (”Edellisenä iltana tulin niin levottomaksi, että oli pakko mennä juomaan”). Samoihin aikoihin tyttöystävä oli muuttanut toiseen kaupunkiin.

Syynä Pekan masennukseen ja lisääntyneeseen päihteiden käyttöön oli orastava epäily, että parhaimmat vuodet olivat takanapäin, ja ettei hän ollut saavuttanut sitä, mistä hän oli parikymppisenä haaveillut. Lisäksi hän oli tietoisesti alkanut epäillä, ettei hän ehkä olutkaan erityisillä lahjoilla varustettu. Koulunkäyntiä, opiskelua ja työntekoa oli haitannut ajatus, että hän oli jotenkin suurenmoinen ja menestystä varten luotu. Tästä puuttui kuitenkin tärkeä osatekijä: se, että *menestyminen edellyttäisi häneltä ponnisteluja*. Aina kun hän alitti oman korkean rimansa, hän pani tämän alittamisen jonkin itsessään olevan ”vian” syyksi. Kun hän taas pärjäsi hyvin, hän piti tätä merkinä siitä, että hänellä oli erityislahjoja. Hän ei toisin sanoen nähnyt, miten epäonnistuminen tai onnistuminen liittyivät tavoitteen saavuttamiseksi uhrattuun työmäärään (vrt. Bux 1992, 226). Tausta-ajatuksena oli uskomus, että ”hullu paljon työtä tekee, viisas pääsee vähemmällä”. Päätäväinen työskentely jonkin tavoitteen saavuttamiseksi oli itse asiassa merkki tyhmyydestä.

Pekan gradun teko oli aikoinaan jumiutunut siihen, ettei hän ottanut vastaan korjaus ehdotuksia graduseminaarissa. Hän piti muiden korjaus ehdotuksia osoituksena heidän kateudestaan. Hän pitäytyi alkuperäisessä suunnitelmassaan, joka hänen mielestään oli

”loistava idea”. Tämän idean purkaminen pienemmiksi paloiksi osoittautui hyvin hankalaksi, kun hän halusi kirjoittaa ”täydellistä tekstiä”. Yliherkkyys arvostelulle tuotti valmistumisen jälkeen Pekalle vaikeuksia myös työelämässä. Hänellä oli ”sooloilijan” maine. Tiimityö ja keskinäinen solidaarisuus olivat hänelle hyvin vieraita.

Pekan kasvuympäristöön kuuluivat sellaiset lausahdukset kuten ”vuan haetaaneko tuo mittään”, ”noh, sanohan sinä ensin”, ja ”suattaapihan tuo noinkin olla – –”, jotka ovat itse asiassa kiertoilmaisuja sosiaaliselle herkkänahkaisuudelle. Asioita ei ilmaistu suoraan, vaan mutkan kautta. Kriittisen palautteen vastaanottaminen loukkaantumatta olikin Pekalle alussa varsin vaikeaa.

Jokaisessa aikuiselämänsä vaiheessa Pekka oli pelännyt, että epäonnistumiset merkitsivät sitä, ettei hän ollutkaan ”spesiaali-ihminen”, sen sijaan, että hän olisi muuttanut tapansa työskennellä tavoitteidensa saavuttamiseksi. Päihteiden käyttö tarjosi kanavan paeta realiteetteja suurenmoisiin fantasioihin. Samoin päihteet toimivat ”suodattimena” suojaten Pekkaa loukkauksilta vuorovaikutustilanteissa.

Pekan omaa erilaisuutta korostavien skeemojen edut ja haitat listattiin hänelle.

Haittoina olivat:

- ylinopeussakot ja toistuvat ongelmat pysäköintivalvojien kanssa
 - vaikeus odottaa puolta minuuttia kauempaa, jos puhelinnumero, johon hän soitti, olikin varattu
 - yksinäisyys (koska kukaan ei ajattele niin kuin minä, kukaan ei ymmärrä minua)
 - vaikeus tuntea oloaan hyväksi ilman muiden huomiota
 - asioiden siirtäminen (”koska menestys tulee, jos on lahjakas, en tee riittävästi työtä sen eteen”)
 - vaikeus hyväksyä keskeneräisyyttä naistuttavissa
 - vaikeus ottaa huomioon toisen tunteita parisuhteessa.

Etuiina olivat:

- tuntuu hyvältä olla erilainen
 - koska olen erityistapaus, olen syvälinen ihminen, vaihtoehto olisi olla pinnallinen ja tavallinen.

Poikkeuksellisuuden vaihtoehtona olivat siis ”pinnallisuus” ja ”tavallisuus”. Mustavalkoisen ajattelun nakertaminen oli näin ollen terapiaa olennaista, koska muuten muuttuminen olisi ollut liian uhkaavaa Pekan minäkäsitykselle ja -skeemoille (ks. Kuusinen 1994). Hän onnistuikin pohtimaan välimaastoa arvioinneissaan, esim. siten, että hän saattaisi olla erityisen hyvä vain jollakin alueella, ilman että se tekisi hänet pelkäksi sosiaaliturvatunnukseksi.

Pekalla oli myös taustaansa liittyviä ongelmia. Sosiaalis-ammattillinen identiteetti oli paljolti idealisoitujen mielikuvien varassa, varsinkin kun Pekka pyrki kieltämään juurensa. Hän oli vaivalla kitkenyt pois puheestaan kaiken murteeseen viittaavan. Ryhmässä Pekasta oli häpeällistä kertoa olevansa kotoinen pienestä maalaiskylästä Kuopion läänistä. Hän liitti ”savolaisuuteen” vain kielteisiä asioita, kuten ”maalaisuuden”, ”yksinkertaisuuden” jne. Kun ryhmäläiset toivat esiin vaihtoehtoisia näkökulmia, kuten ”maanläheisyyden”, ”lupsakkuuden”, ”huumorintajun” ja ”neuvokkuuden”, Pekka oli ymmällään. Hän oli vuosia kehittänyt itselleen uutta urbaania, kehäkolmosen sisäpuolella asuvan diilerin identiteettiä. Ymmällä oloa lisäsi se, että ryhmäläiset määrittelivät tätä Pekan ihanneminaa ”yksinäiseksi”, ”kireäksi” ja ”pinnalliseksi”.

Pekan vanhemmat olivat rakentajasukupolven edustajia, joille oli ollut tärkeää saada ai-noasta pojastaan pientilansa jatkaja. Pekasta maan kanssa touhuaminen oli ollut jotenkin ”hölmön hommaa”, ja hän siirtyi hyvän koulumenestyksen ansiosta akateemisiin opintoihin. Isän suhtautuminen poikansa opintoihin oli ollut ristiriitainen, ja viesti, jota ei koskaan lausuttu ääneen, oli, että ”opiskele vaan, mutta älä tule viisaammaksi kuin minä”. Opinnoista kertominen vanhemmille ja naapureille oli myös tehtävä ikään kuin ”hattu kourassa”, vähättelevään äänensävyyn, etteivät muut ajattelisi, ”mitä tuokin luulee olevansa” (taustalla oli varsin yleinen suomalainen skeema ”vaatimattomuus kaunistaa”). Pekal-

le syntyi näin epävarma suhtautuminen omiin tavoitteisiinsa. Menestyä sai mutta niin, ettei se ”noussut päähän”. Näin Pekka estyi nauttimaan omista saavutuksistaan, ja terveet narsistiset pyrkimykset muuttuivat hävettäväksi yksityiseksi suureellisuudeksi eivätkä tulleet produktiiviseen käyttöön.

Varsin monella päihdepotilaalla näyttää olevan kasvuympäristön skeemojensa suhteen vain kaksi vaihtoehtoa: joko ne kielletään ja henkilöstä tulee juureton (”en minä ole mistään kotoisin”, ”en minä usko mihinkään”) tai sitten ne hyväksytään sellaisenaan, jolloin henkilö kantaa sisällään sääntöjä, jotka eivät nykyoloissa välttämättä toimi (”kyllä meilläpäin kaikki ajattelee näin”). Tätä asetelmaa on joskus puettu dilemmaan ”joko olen lojaali junti tai olen porukan petturi”. Lapsuuden roolimalleilta saatuja uskomuksia voi kuitenkin tutkia ja niiden mielekkyyttä arvioida terapiassa. Niille on mahdollisesti olemassa mielekäs selitys.

Pekassa näkyi selkeästi sosiaaliseen identiteettiin liittyvä ongelma: hänellä oli kielteinen käsitys vanhasta ”maalaisidentiteetistään” ja idealisoitu käsitys ”kaupunkilaisidentiteetistään”. Uuden toimivan sosiaalisen identiteetin luominen vaikeutui, koska hän omaksui ”kaupunkilaisuudesta” epäadekvaatteja, idealisoituja uskomuksia, jotka toimivat paremmin fantasiamaailmassa kuin ar-

kitodellisuudessa. Voi sanoa, että Pekan sosiaaliseen identiteettiin liittyvät ristiriidat saivat sytykkeitä siitä sosiaalisen anomian tilasta, johon monet syrjäseuduilta ruuhka-Suomeen tulleet siirtolaiset ovat joutuneet viime vuosikymmeninä.

Nämä irrallisuutta ja ”orpoutta” tuottavat ristiriidat eivät jää pelkästään yhden siirtolaissukupolven kannettavaksi. Onhan vaikea tarjota toimivia selviytymisen malleja moniarvoisessa kulttuurissa, jos oma tausta on yksiarvoisessa kulttuurissa.

3

Pekan lyhyehkön laitoshoidon tavoitteena ei ollut ”narsistisen häiriön” korjaaminen, vaan sen kääntäminen erilliseksi ongelmatilanteiksi (em. skemaattinen uudelleentulkinta). Pekalle oli tärkeää pohtia vaihtoehtoisia ajatusmalleja ja käyttäytymistä niitä tilanteita varten, joissa skeemat aiheuttivat eniten ongelmia (ja siten lisäsivät juomisen todennäköisyyttä).

On selvää, että Pekka oli puolustuskannalla niissä konfliktitilanteissa, joille hän oli skeemojensa puolesta erityisen herkkä. Hän tarvitsi vasta-ajatuksia tähän sosiaaliseen yliherkkyyteensä (voidaan myös puhua narsistisesta haavoittuvuudesta). Niiden muodosta-

Kaavio 1. Esimerkki DTR-lomakkeesta

Tilanne	Tunteet Käyttäytyminen	Ajatukset
Liisan kanssa TV:n ääressä	Riidanhalu Yksinäisyys Loukkaantuminen Kiukku Kostonhalu	”Mitä se katsoo tuota roskaohjelmaa” ”Ei se taida olla minusta enää kiinnostunut” ”Minunhan ei tarvitse tuollaista soopaa katsella!” ”Taidan lähteä katsomaan kavereita”

DTR=dysfunctional thought record

misessa hyödynnettiin RET:stä tuttua ABC-kaaviota (ks. Holmberg 1991, 3–9) sekä DTR-lomaketta, johon Pekka merkitsi automaattisia ajatuksiaan viikoittain. Viimeksi mainittu kolmisarakeinen lomake on hyvä apuväline, kun halutaan opettaa potilaille kognitiivista mallia (kaavio 1).

Lomakkeessa tunteet ja käyttäytyminen ovat ennen ajatuksia, koska potilaiden on helpompi haarukoida ajatuksiaan oireiden tunnistamisen jälkeen. Sinänsä yksinkertainen lomake on joillekin potilaille ollut ensimmäinen ”ahaa”-elämys ongelmatilanteissa vaikuttavien tekijöiden välisistä suhteista. Esimerkkinä mainittakoon naispotilas, joka palasi vastaanotolle hämmentyneenä: ”Miksi kukaan ei ole koskaan kertonut minulle miten nämä asiat menevät?”

Esimerkki Pekan RET-analyysistä:

- A) Soitan sairaalasta Liisalle. Puhelin on varattu.
B) ”Kenen kanssa se taas pälpättää.”
”Se on kanssa aina puhelimessa, kun minä soit-
tan!”
”Soittakoon tänne jos sillä on jotakin asiaa.”
C) Kiukku
Loukkaantuminen
Ei odottanut 30 sek. enempää, löi luurin kiinni.

Erittelyn tarkoituksena on vahvistaa kognitiivista mallia (B–C-kytkentää) eli saada potilas näkemään, miten juuri ajatukset tai mielikuvat johtavat ei-toivottuihin tunnereaktioihin. Tilanne johti hankaliin seurauksiin, kun Pekka loukkaantuneena tyttöystävän ”ohitukses-
ta” ei mennyt pariin päivään puhelimeen, vaikka pyydettiin. Tämän seurauksena pari tärkeää työneuvottelua meni taas sivu suun, mikä lisäsi Pekan kiukkua ja juomisen halua entisestään.

Tavoitteekseen vastaavassa tilanteessa Pekka asetti ”uudelleen soittamisen” tai ”puhelimeen vastaamisen” sekä sen muistamisen, että ”maailma ei pyöri meikäläisen navan ympärillä” (mikä oli Pekan helposti mieleen jäävä keskeisin vasta-ajatus). Muita vasta-ajatuksia olivat:

- ”Palaute voi olla hyödyllistä, jos suostun ottamaan sitä vastaan.”
- ”Muut ihmiset eivät ole velkaa minulle mitään.”
- ”Voin ajatella muidenkin tunteita eikä vaan omiani.”
- ”Muutkin saattavat loukkaantua.”
- ”Muillakin on kiireitä.”

Pekka pohti myös vaihtoehtoja stadilaisen diilerin identiteetilleen. Ainoa vaihtoehto tälle oli pitkään ollut Pekan vieroksuma ”maalainen”. Voisiko maalaistaustasta löytyä positiivisia diilerin malleja? Hänelle tuli mieleen lapsuuden lupsakka kauppalopo, joka oli kylällä odotettu vieras. Olisiko mahdollista integroida kaupunkilaisuuteen Pekan itseltään kieltämää ”lupsakkuutta”? Tavoitteena oli identiteettityön alulle paneminen (toimivan integraation suuntaan), niin ettei Pekan tarvitsisi kieltää itsessään olevaa ”savolaisuutta” mutta ei myöskään pyrkiä väkisin pingotuneeseen, idealisoituun ”stadilaisuuteen”. Näin tarve päihteiden liikakäyttöön väheni, kun ”ei tarvinnut vetää rankkaa roolia” (kuten Pekka asian ilmaisi).

Muitakin ristiriitaisia roolimalleja ja samastumiskohteita löytyi taustasta. Pekalla oli ollut vaikeuksia isän roolissa. Miten toimia siinä roolissa kaupungissa, kun on maalla kasvanut (vrt. Kortteinen 1982)? Miten järjestää työn ja vapaa-ajan välinen suhde, jos kotoa saatu malli antaa valmiuksia lähinnä maaseutuympeyriin? Monesti tämä identiteetti-ongelma näkyy siten, että elämä koostuu pelkistä pakoista ja ”täytymisistä” ja että harrastukset ovat muun perheen sanelemia (eihän maallakaan suunniteltu vapaa-aikaa). Tätä täytymisten ja haluamisten välistä epätasapainoahan pidetään G. A. Marlattin retkahtamisen ehkäisymallissa (1985) juomista ylläpitävänä tekijänä.

Laitoshoidon osatavoitteena oli saada Pekka kiinnostumaan avohoidosta. Kiinnittymistä oli haitannut ajatus, että ”vain poikkeukselliset ihmiset voivat ymmärtää minua”. Tämä oli johtanut siihen, että Pekka meni suurin odotuksin ensimmäiselle vastaanotolle, kiinnitti huomiota vain terapeutin teke-

miin ”tekniisiin virheisiin” (jotka jälkeinpäin keskusteluissamme osoittautuivat avoimiksi kysymyksiksi, heijastamiseksi ja hyväiksi keskenäisiksi arvauksiksi koskien Pekan ongelmia) ja loukkaantui, kun terapeutin kyky päästä ”samalle aaltopituudelle” ei ollut sataprosenttinen ensimmäisellä tunnilla.

Pekka oli myös kokeillut AA-ryhmiä, mutta koki ne ”liian hidastempoisiksi”. Hän ei myöskään pitänyt siitä, että ryhmissä vedottiin johonkin kaikilla alkoholisteilla olevaan ”yhteiseen sairauteen”. Hän oli ryhmissä keskittynyt erilaisuuden löytämiseen sen sijaan, että olisi pyrkinyt samastumaan puhujiin. AA-ryhmien kiertävä puheenvuoro (em. ”hidastempoisuus”) oli Pekan kärsimättömälle huomiohakuisuudelle liian kova pala. A-kliinikkayritysten erittelyn seurauksena Pekka päätti kuitenkin antaa avohoidon työntekijöille ”toisen tilaisuuden ymmärtää meikäläistä”.

Pekalla oli siis taipumus reagoida voimakkaasti ”ohitukseen”. Hoidon alussa keskityimme tämän vuoksi ”ohitusten” erittelyyn ja uusien selviytymistaitojen opiskeluun. Pekka siirsi usein ahdistavien ja epämurkavien asioiden tekemistä paeten haaveiluun ja päiväunelmointiin. Edelliskesäisten hoitojen tärkein sisältö oli Pekalla ollut rusketuksen hankkiminen. Sitä oli siivittänyt korvalappustereoista tuleva hypomaaninen musiikki.

Vaihtoehto tälle toiminnalle oli ollut depressiivinen murehtiminen. Passiivisuutta ja murehtimista ylläpiti Pekan vaikeus pilkkoa ongelmiaan pienemmiksi osaongelmiksi. Tätä oli aiemmin haitannut ajatus: ”Minulla on niin suuria ongelmia, ettei niille tänään voi mitään tehdä”. Pienempien ongelmien käsittely tuntuikin Pekasta aluksi turhanpäiväiseltä näpertelyltä. Käsittelyn tarkoituksena oli kuitenkin tuoda esiin vuorovaikutussisältöjä, joille Pekka oli erityisen herkkä (ohitukset, palautteen vastaanottaminen jne.).

4

Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa

sopii varsin monelle päihdehuollon potilaalle. Se on aktiivista, tavoitteellista työskentelyä, jossa potilaalle pyritään selkokielellä antamaan kuva siitä, mitkä tekijät ylläpitävät ongelmakäyttäytymistä ja mitä tarvitaan siitä selviytymiseen. Potilaan ongelmia ei myöskään ”mystifoida”, vaan niitä konkretisoidaan ja suuresta ongelmakokonaisuudesta pyritään erittelemään riskitilanteita, jotta potilaan kyky hallita itselleen ja muille tuhoisaa käyttäytymistään lisääntyisi. Jos työntekijä ei pyri operationalisoimaan hoidon tavoitetta työstettäviksi osiksi, potilaan käsitys omista riskitilanteistaan ja niissä tarvittavista selviytymistaidoista jäänee hyvin vaillinaiseksi.

Jäykät skeemat ja/tai monivuotiset elämän kolhaisut saattavat näkyä erityisenä vaikeutena tehdä kognitiiviseen viitekehukseen liittyviä tehtäviä. Opitun avuttomuuden pohjalta henkilö saattaa pohtia: ”En minä jaksa näitä ajatella, tämähän on ihan kuin kansakoulussa”. Mikäli henkilö on jo monia vuosia liikkunut ”märällä puolella”, päämäärähakuinen työskentely voi aluksi tuntua vieraalta ja johtaa siihen, että tehtäviin menee niin paljon aikaa, että henkilö turhautuu ja kertoo pitävänsä sinänsä yksinkertaista tehtävää liian vaikeana. Terapeutin tulisi kannustaa näissä tilanteissa, eikä pelkästään tulkita potilaan vaikeuksia vastustukseksi. Tehtävien tarkoituksenahan ei ole lannistaa potilasta entisestään.

Nyrkkisääntönä on, että mitä alhaisempi psykososiaalinen toimintataso potilaalla on, sitä enemmän väliintulot kognitiivisessa terapiassa painottuvat behavioraaliselle puolelle (Pekka oli taas tottunut työnsäkin puolesta ”kognitiivisempaan” työskentelyyn). Myös P. Saarnion (1990) tutkimustulokset osoittavat, että vaihtoehtoinen toiminta oli huoltolapopulaatiossa selvästi suosituin selviytymisstrategia, jossa potilaiden toiminnan sosiaaliset reunaehdot vähentävät ratkaisevasti pelkkien kognitiivisten menetelmien tehokkuutta. Behavioraalisilla menetelmillä tarkoitetaan tällöin vaihtoehtoisen toiminnan käytännön opettelua (ks. Rönneberg & Rönneback 1983;

Rönberg & Sandahl 1988). Myös sosiaalisen oppimisteorian kehittäjä Albert Bandura (1986) on todennut, että pelkät kognitiiviset tekniikat riittävät harvoin käyttäytymismuut-

toksen aikaansaamiseksi. Niiden lisäksi tarvitaan konkreettisia käyttäytymisharjoituksia ja -kokeiluja (vrt. Koski-Jännes 1992, 140).

KIRJALLISUUS

Bandura, A.: Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1986

Beck, A. T.: Love is never enough. Penguin Books 1988

Beck, A. T. & Freeman, A. & al. (eds.): Cognitive therapy of personality disorders. New York: Plenum Press, 1990

Beck, A. T. & Wright, F. & Newman, C. & Liese, B.: Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford, 1993

Bux, D. A.: Narcissistic personality disorder. In: Freeman, A. & Dattilio, F. M. (eds.): Comprehensive casebook of cognitive therapy. New York: Plenum Press, 1992

Davis, D.: Narcissistic personality disorder. In: Beck, A. T. & Freeman, A. & al. (eds.): Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford, 1990

Freeman, A.: Understanding personal, cultural and family schema in psychotherapy. In: Freeman, A. & Epstein, N. & Simon, K. (eds.): Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York: Plenum Press, 1987

Hogg, M. & Abrams, D.: Social identifications. A social psychology of intergroup relations and group processes. London: Routledge, 1988

Holmberg, N. (toim.): Kognitiivinen terapia. Päihdehuollon koulutusaineistosarja n:o 5. Järvenpään sosiaalisairaala 1991

Holmberg, N.: Vapauden kaiho. Alkoholipoliitikka 59 (1994): 3, 193–200

Kortteinen, M.: Lähiö. Tutkimus elämäntapojen muutoksesta. Keuruu: Otava, 1982

Koski-Jännes, A.: Alcohol addiction and self-regulation. A controlled trial of a relapse prevention program for Finnish inpatient alcoholics. The Finnish Foundation for Alcohol Studies Vol. 41. Helsinki 1992

Kuusinen, K.-L.: Vastarinnan mekanismit kognitiivisissa psykoterapioissa. Psykologia 29 (1994), 4–12

Layden, M. A. & Newman, C. F. & Freeman, A. & Morse, S. B.: Cognitive therapy of personality disorders. Boston: Allyn and Bacon, 1993

Marlatt, G. A.: Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt, G. A. & Gordon, J. (eds.): Relapse prevention. New York: Guilford Press, 1985

Ryle, A.: Cognitive-analytic therapy: Active participation in change. Chichester: John Wiley, 1990

Ryle, A.: Kognitiivis-analyttinen terapia: aktiivinen osallistuminen muutokseen. Julkaisussa: Holmberg, N. (toim.): Kognitiivisen terapian näkökulmia. Päihdehuollon koulutusaineistosarja n:o 7. Järvenpään sosiaalisairaala 1994

Rönberg, S. & Rönnbäck, B.: Introduktion till beteendeterapin (4:e uppl.). Solna: ITB, 1983

Rönberg, S. & Sandahl, C.: Sju steg till minskat alkoholberoende. Lund: Studentlitteratur, 1988

Saarnio, P.: Alkoholistien hoidon ja kuntoutuksen peruslähtökohtia. Tutkimus huoltola-asiakkaiden kognitiivisista toiminnoista, sosiaalisesta tilanteesta ja selviytymiskeinoista. Helsinki: Yliopistopaino, 1990.

ENGLISH SUMMARY

Nils Holmberg: Whose team are you in (Kenen joukoissa seisot)

Cognitive therapy works on the assumption that a person's beliefs, thoughts and ideas have a considerable effect on his feelings and behaviour. Schemata, or basic beliefs, are the result of a person's past experience. This article examines how different cultural schemata concerned with interaction can operate in the background of behaviour.

In the course of the major social upheavals of the late 1960s, many Finns moved from their homes to urban areas in southern Finland, carrying with them thinking patterns and 'rules' that did not necessarily function very well in their new circumstances. Over the years, many patients have told stories of how migration within Finland put their 'home truths' to the test. Many schemata for social identity connected with Finnish sub-cultures may act as obstacles for therapeutic cooperation and

long-term rehabilitation. Although schemata cannot be easily altered, familiarity with cultural schemata helps in drawing up assignments for cognitive therapy that will gradually cancel out their negative consequences.

The general beliefs of different sub-cultures do not necessarily produce a pathology of human relationships in the community where the beliefs were formed. Problems are more likely to surface in the form of inflexibility and difficulty in adapting to a new environment. Rigid attitudes may prevent

people from learning new survival skills and thus form an obstacle to rehabilitation for substance abuse, for instance.

Using cultural schemata and the conflicts produced by them, we can expand the angle of approach beyond 'pure' individual psychology. In this way, 'narcissistic pathology', for instance, is revealed in a new light. The article also describes a therapeutic process in which the patient's narcissism was linked to damaging cultural schemata.

KEY WORDS:

Cognitive behaviour therapy, social background, culture, rehabilitation, Finland

NUORISOTUTKIMUS



TUTUSTU SINÄKIN NUORUUDEN MONIIN TODELLISUUKSIIN!
TILAA NUORISOTUTKIMUS-LEHTI NUMEROSTA 90-348 24323 TAI OSOITTEESTA
OLYMPIASTADION, ETELÄKAARRE, 00250 HELSINKI
LEHDEN VUOSIKERTA 100 MK