

KIRJOITTAMISMENETELMÄ
KOGNIITIVISESSA
KÄYTTÄYTYMISTERAPIASSA
TRAUMAPERÄISTEN
OIREIDEN HOIDOSSA

Anette Jaakonaho

Ohjaaja: Nora Kariluoma

KKT3 Helsinki | Tampereen yliopisto

TIIVISTELMÄ

James W. Pennebaker on tutkinut ekspressiivisen eli ilmaisevan kirjoittamisen vaikutuksia aina 1980-luvulta alkaen. Pennebakerin ja hänen ryhmänsä tutkimusten mukaan traumaattisista tapahtumista kirjoittamisella on suotuisia vaikutuksia niin kehon kuin mielen terveyteen. Ilmaisevan kirjoittamisen tutkimus onkin ollut erityisen kiinnostunut kirjoittamisesta suhteessa traumaperäisten oireiden hoitoon. Ilmaisevaa kirjoittamista voidaan soveltaa itsenäisenä hoitomenetelmänä (kirjallisuus- tai kirjoittamisterapia), itsehoitona tai psykoterapian, kuten kognitiivisen käyttäytymisterapian, menetelmänä. Yhtäältä ilmaisevan kirjoittamisen tutkimuksen painopisteen ja toisaalta tämän opinnäytteen rajallisen laajuuden vuoksi keskityn tarkastelemaan empiiristä tutkimusnäyttöä traumaperäisen stressireaktion ja -häiriön hoidosta ilmaisevaa kirjoittamista ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa yhdistäen. Tällaisia ilmaisevaa kirjoittamista ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa yhdistäviä sovelluksia ovat muun muassa interapy sekä sen pohjalta kehitetyt strukturoitu kirjoittamisterapia ja kognitiivisen käyttäytymisterapian kirjoittamisterapia. Edellä mainitut sovellukset perustuvat kognitiivisen käyttäytymisterapian teoreettiseen viitekehykseen: niiden keskeisiä vaikutusmekanismeja ovat altistus ja kognitiivinen uudelleenmuotoilu. Strukturoidusti ja kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteiden mukaisesti toteutettu kirjoittamisterapia on todettu tieteellisissä tutkimuksissa jopa yhtä vaikuttavaksi traumaperäisten oireiden hoitomuodoksi kuin kasvokkain tapahtuva kognitiivinen käyttäytymisterapia. Verkkovälitteisesti toteutuva kirjoittamisterapia onkin tehokas, edullinen, terveydenhuollon resursseja säästävä sekä ajasta ja paikasta riippumaton hoitomuoto, joka soveltuu myös niille potilaille, jotka eivät halua tai kykene kasvokkain tapahtuvaan keskusteluun.

Avainsanat: Ilmaiseva kirjoittaminen, traumaperäinen stressireaktio, traumaperäinen stressihäiriö, kirjallisuusterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia, interapy, strukturoitu kirjoittamisterapia, kognitiivisen käyttäytymisterapian kirjoittamisterapia, altistus, kognitiivinen uudelleenmuotoilu

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä	1
Sisällysluettelo	2
1. Johdanto	3
1.1 Yleiskatsaus kirjoittamismenetelmän historiaan ja kehitykseen	3
1.2 James W. Pennebakerin ilmaisevan kirjoittamisen paradigma	6
2. Kirjoittamismenetelmän määrittelyä ja käytänteitä	8
2.1 Kirjoittaminen hoitokeinona	9
2.2 Kirjoittaminen itsehoitona	11
3. Kirjoittaminen psykoterapiassa	11
3.2 Kirjoittaminen kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa	12
3.2.1 <i>Interapy</i>	12
3.2.2 <i>Strukturoitu kirjoittamisterapia</i>	13
3.2.3 <i>Kognitiivisen käyttäytymisterapian kirjoittamisterapia</i>	14
4. Empiirisiä tutkimustuloksia	15
4.1 Traumaperäinen stressireaktio ja -häiriö	15
4.2 Kirjoittaminen altistuksena ja kognitiivisena uudelleenmuotoiluna	17
5. Pohdinta	20
Lähdeluettelo	23

1. Johdanto

1.1 Yleiskatsaus kirjoittamismenetelmän historiaan ja kehitykseen

”Sanat olivat alkujaan loitsuja, ja sanassa on vielä nykyäänkin jäljellä paljon entistä loitsuvoimaansa. Sanoilla ihminen voi tehdä toisen autuaaksi tai syöstä epätoivoon, sanoilla opettaja voi siirtää tietämyksensä oppilailleen, sanoilla puhuja tempaa kuulijat mukaansa ja suuntaa heidän mielipiteitään ja päätöksiään. Sanat herättävät tunteita ja ovat yleinen keino, jolla ihmiset vaikuttavat toisiinsa. Niinpä emme väheksy sanojen käyttöä psykoterapiassa - -.”

(Sigmund Freud, 1916–1917/1978, 10)

Sanojen merkitys psykiatriassa on ollut vähäinen vesihoitojen, makuuttamisen ja pimeään eristämisen kaltaisten varhaisten hoitokeinojen aikakaudella. Myöskään 1930-luvulla keksityissä mekaanisissa sähköshokkihoidoissa, toisen maailmansodan jälkeisissä psykokirurgisissa operaatioissa ja aina 1950-luvulta eteenpäin kehitetyissä psykofarmakologisissa hoidoissa sanoille ei ole ollut sijaa. (Ihanus, 2022.) Vuonna 1896 psykoanalyysin käsitteen kehittäneen Sigmund Freudin (1916–1917/1978, 10) mielestä sanoilla oli kuitenkin keskeinen osuus hoidossa, joka perustui potilaan mielikuvien ja miellelyhtymien mukaisesti kertoutuvien tarinoiden kuuntelemiseen. Sanahoito eli sanakeskeinen käsitys hoidon toteuttamisesta nousikin psykoterapioiden ja psykiatrian alan keskiöön hypnoosi- ja suggestiohoitojen väistyessä psykoanalyysin tieltä (Ihanus, 2022).

Juhani Ihanus (2022) kirjoittaa artikkelissaan *Kirjallisuusterapia, terapeutin kirjoittaminen ja kertomukset*, että taiteiden soveltamisesta hoitotyöhön alettiin kiinnostua Euroopassa 1950-luvulla ryhmä- ja perheterapioiden kehittymisen myötä. Kirjallisuuden terapeutin potentiaali oli kuitenkin nähty jo aiemmin. Jo antiikin Kreikassa ja Roomassa tiedettiin, että sopivalla hetkellä (*kairos*) lausutulla poeettisella ja kauniilla sanalla (*logos kairos*) saattoi olla terapeutteja vaikutuksia yksilön luonteeseen (*ethos*) ja sairaustilaan (*diathesis*) (Ihanus, 2022, 22). Ihanuksen mukaan ranskalainen Philippe Pinel, englantilainen William Tuke ja italialainen Vincenzo Chiarugi uudistivat mielisairaaloita 1700-luvulla muun muassa lukemalla

kirjallisuuden potilaiden virkistystoiminnaksi. 1900-luvun loppuun mennessä valtaosa eurooppalaisista mielisairaaloista pitikin sisällään oman kirjaston.

Yhdysvalloissa psykiatri Benjamin Rush kannusti potilaita jo 1800-luvun alkupuolella lukemaan ja kirjoittamaan lääkärien ehdottamista aihepiireistä, mikä oli linjassa ajan mukaisen moraalihoidon kanssa (Ihanus, 2022). Amerikkalainen unitaaripappi Samuel McChord Crothers mainitsi vuonna 1914 ensimmäistä kertaa käsitteen biblioterapia (*biblos* eli kirja, *biblion* eli kirjanen, *therapeia* eli hoito tai palvelus), viitaten lukemisen kuntouttavaan, kasvattavaan tai virkistävään vaikutukseen (Ihanus, 2022, 23). Kirjallisuusterapian alan ensimmäisessä väitöskirjassa Caroline Shrodes totesi vuonna 1949 ”kirjallisuuden esittävän symbolisesti henkilökohtaisia suhteita, keskusteluja, mielialoja tai traumaattisia kokemuksia” (Ihanus, 2022, 23). Shrodes esitti, että dialektinen kirjallisuus lisää itsen kognitiivista ymmärtämistä, kun taas mielikuvituksellinen kirjallisuus tuottaa suuremmalla todennäköisyydellä ”terapeuttisia muutoksia emotionaalisten ilmaisujen ja elämysten, samaistumisten, heijastamisten ja oivallusten myötä” (Ihanus, 2022, 23). Sittemmin terapeuttisen lukemisen ja kirjoittamisen alueelta on ilmestynyt lukuisia akateemisia väitöskirjoja, joista mainittakoon viime vuosien kotimaisen tutkimuskentän osalta Karoliina Kähmin (2015) ”*Kirjoittaminen on tie minuun, minusta sinuun.*” *Ryhmämuotoinen kirjoittaminen ja metaforinen merkitys psykoosia sairastavien ryhmämuotoisessa kirjallisuusterapiassa* ja Taru Tapioharjun (2021) ”*Perheeni on kotiinpalaavat muuttolinnut.*” *Metaforat ja itsehavainnoinnin kehitys eronneiden kirjallisuusterapiassa – diskurssianalyttinen ja narratiivinen tutkimus.*

Psykiatrisessa hoidossa olleiden henkilöiden elämäkerrallisia tekstejä on säilynyt aina 1400-luvulta lähtien. Myöhemmillä vuosisadoilla mielenterveyspotilaiden elämäkertoja, päiväkirjoja, muistelmia ja fiktiivisiä teoksia on painettu, minkä lisäksi heistä on tehty kirjallisen materiaalin perusteella tapaustutkimuksia. (Ihanus, 2022.) Aino Mannerin (1935) *Viesti yössä* on ensimmäinen kotimainen, kirjoittajan omiin mielisairaalakokemuksiin perustuva teos. Myös potilaslehdet ovat toimineet potilaiden ilmaisevan kirjoittamisen julkaisufoorumina. Ihanus (2022) mainitsee, että biblioterapia-nimitystä käytti ensimmäisenä Suomessa toisen maailmansodan aikana kirjastonhoitaja Mauno Kanninen. Oscar ja Heidi Parland perustivat kirjallisuuspiirin Nikkilän sairaalaan 1940-luvun lopulla. Kaikkiaan kirjallisuuspiirejä järjestettiin 1960-luvun lopulta alkaen muidenkin sairaaloiden, kuten Hesperian ja Lapinlahden kirjastojen yhteydessä. Eeva-Riitta Hogland aloitti vuonna 1978 Helsingin kaupungin mielenterveystoimiston Alppilan yksikössä

runoterapiaksi nimetyn, luovaa ja terapeutista kirjoittamista yhdistäneen ryhmätoiminnan, jonka oli tarkoitus lisätä tunne- ja itseilmaisua, elämänhallintaa sekä luovuuden myötä syntyvää tyydytystä.

Ihanus (2022) kuvaa, kuinka kirjallisuuden ja kirjoittamisen terapeutiset sovellukset laajenivat toisen maailmansodan jälkeisissä Yhdysvalloissa myös sairaalakirjastojen seinien ulkopuolelle. Vuonna 1969 perustettiin runoterapian (*Poem Therapy*) alan ensimmäinen yhdistys *Association for Poetry Therapy*, jonka kattojärjestönä on toiminut vuodesta 1981 alkaen *National Association for Poetry Therapy (NAPT)*, joka perusti vuonna 1987 kirjallisuus- ja runoterapian alan lehden *Journal of Poetry Therapy*. International Federation for Biblio/Poetry Therapy valvoo alan koulutuksen ja ammattietiikan standardeja. Alan ensimmäisenä eurooppalaisena yhdistyksenä perustettiin Suomeen vuonna 1981 Suomen Kirjallisuusterapiayhdistys, joka on julkaissut *Kirjallisuusterapia*-lehteä vuodesta 1993 alkaen. (Ihanus, 2022, 28–29.) Tänä päivänä terapeuttien lukemis- ja kirjoituskäytäntöjen käyttö painottuu Ihanuksen (2022) mukaan sairaaloiden sijaan avohoitoon muun terapeuttien, kuntouttavan ja ennaltaehkäisevän mielenterveystyön yhteyteen. Kirjallisuus- ja kirjoittamisterapiaa sovelletaan myös kliinisen psykiatrian ja psykoterapioiden alueen ulkopuolella esimerkiksi kasvatuksen, kulttuurin, hyvinvoinnin ja erilaisten itseilmaisua ja itsen kehittämistä edistävien hankkeiden parissa. Verkkokirjoittamisen ja sosiaalisen median vaikutus on nähtävissä myös terapeuttien lukemis- ja kirjoittamiskäytäntöjen parhaillaan meneillään olevassa muutoksessa.

W. J. T. Mitchellin vuonna 1981 toimittama *On narrative* toi narratiivisen kertomusnäkökulman psykologiatieteen alalle. Samana vuonna Alasdair MacIntyre (1981) esitti, että kun ihminen kertoo omaa tarinaansa, hän samalla elää sitä ja rakentaa identiteettiään sen mukaiseksi. Perheterapeutit Michael White ja David Epston kehittivät narratiivista terapiaa 1980-luvulla. Narratiivisia näkökulmia alettiin soveltaa myös eri psykoterapiasuuntauksissa, 1990-luvulle tultaessa myös kognitiivisissa ja konstruktivistisissa psykoterapioissa. (Ihanus, 2022.) Hugh Rosen (1996, 24) mukaan narratiivisen terapian on ”avustettava asiakkaita muuttamaan vanhoja kertomuksia ja rakentamaan sellaisia uusia kertomuksia, jotka ovat asiaankuuluvampia ja merkityksellisempiä heidän nykyisen ja tulevan elämänsä kannalta.” Narratiivisissa terapioissa kertomuksellisuus on ilmentynyt kuitenkin ennen kaikkea suullisen, ei kirjoitetun kielen kautta. Ilmaisevaa kirjoittamista onkin Ihanuksen (2022) mukaan käytetty terapeuttisena menetelmänä ennen kaikkea kirjallisuusterapiassa.

1.2 James W. Pennebakerin ilmaisevan kirjoittamisen paradigma

Texasin yliopiston psykologian professori, sosiaalipsykologi James W. Pennebaker on tutkinut ekspressiivisen eli ilmaisevan kirjoittamisen vaikutuksia aina 1980-luvulta alkaen (Ihanus, 2022; Linnainmaa, 2022; Pennebaker 1985; Pennebaker ym., 1988). Vuonna 1988 Pennebaker ym. toteuttivat tutkimuksen, jossa koehenkilöt kirjoittivat neljänä peräkkäisenä päivänä 20 minuutin ajan. Siinä missä koeryhmä kirjoitti henkilökohtaisista traumaattisista tapahtumista, kirjoitti kontrolliryhmä yleisistä arkipäiväisistä aiheista. Pennebaker ym. (1988) havaitsivat, että traumaattisista tapahtumista kirjoittaneiden koehenkilöiden tekstit olivat monisanaisempia ja pitivät sisällään enemmän tunteita ilmaisevia sanoja kuin arkipäiväisistä aiheista kirjoittaneiden. Välittömästi kirjoittamisen jälkeen koeryhmään kuuluneet raportoivat kontrolliryhmää enemmän kehollisia oireita ja kielteisiä tunteita. Pitkällä aikavälillä traumasta kirjoittamisella osoittautui kuitenkin olevan suotuisia vaikutuksia veren vasta-aineisiin ja autonomisen hermoston toimintoihin. Lisäksi traumasta kirjoittaneet asioivat terveysasemalla tutkimusta seuranneiden kuuden viikon aikana vähemmän kuin tutkimusta edeltäneiden kuuden viikon aikana.

Pennebakerin ym. (1988) alkuperäisen tutkimuksen jälkeen niin Pennebaker ryhmineen kuin muut tutkijat ovat julkaisseet ilmaisevasta kirjoittamisesta lukuisia erilaisia otoksia ja koe-asetelmia sisällään pitäen tutkimuksia. Erityisesti tutkimus on ollut kiinnostunut kirjoittamisesta suhteessa traumaperäisten oireiden hoitoon (van der Oord ym., 2009; van der Oord ym., 2010; van Emmerik ym., 2013; Lange ym., 2003a; Lange ym., 2003b; van der Roos ym., 2017) ja se määrittää myös tämän opinnäytetyön painopistettä. Pennebaker ryhmineen on tutkinut eri tavoin traumatisoituneita yksilöitä, kuten keskitysleiriselviytyjiä (Pennebaker ym., 1989) ja tuomittuja seksuaalirikollisia (Richards ym., 2000). Tutkimusta on tehty äärimmäisiä vastoinkäymisiä, kuten syövän tai muun vakavan sairauden, kohdanneiden yksilöiden parissa (Mosher ym., 2012; Lepore ym., 2015). Kaiken kaikkiaan traumaperäisen stressireaktion ja -häiriön oireet ja diagnoosit ovat näyttävästi edustettuina ilmaisevan kirjoittamisen tutkimuskentällä. Muiden psykiatristen oireiden ja diagnoosien osalta lisätutkimusta on vielä tehtävä.

Yhtä kaikki valtaosa kertyneestä tutkimusnäytöstä ja siitä tehdyistä meta-analyyseistä ovat osoittaneet Pennebakerin (Pennebaker, 1985, 1988, 1997a, 1997b, 2011; Pennebaker ym., 1989, Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker & Evans, 2014; Pennebaker & Seagal, 1999; Richards ym., 2000) tutkimusten kanssa saman suuntaisesti, että traumaattisista, stressaavista tai emotionaalisesti järkyttävistä elämäkokemuksista ja niihin liittyvistä tunteista ilmaisevasti kirjoittaminen voi kohentaa niin fyysisistä kuin psyykkistä terveyttä (Smyth 1998, Baikie & Wilhelm

2005, Frattaroli 2006, Heimes 2015, Kállay 2015, Linnainmaa 2022). Smythin vuonna 1998 toteuttama meta-analyysi vahvisti, että ilmaisevalla kirjoittamisella voi olla suotuisia vaikutuksia fyysiseen terveyteen, psykologiseen hyvinvointiin ja biopsykologisiin markkereihin. Sen sijaan Smythin (1998) analyysi ei antanut tukea ilmaisevan kirjoittamisen ja terveystyökalujen, kuten unen, päihteiden käytön tai liikunnan, väliselle yhteydelle. Frisina ym. analysoivat vuonna 2004 yhdeksää kirjoittamismenetelmää tarkastellutta tutkimusta, joista neljässä tutkimuksessa koehenkilöillä oli psykiatrinen diagnoosi ja viidessä tutkimuksessa koehenkilöt kärsivät somaattisesta sairaudesta. Frisinan ym. (2004) meta-analyysin mukaan ilmaisevalla kirjoittamisella oli merkittävä vaikutus fyysiseen terveyteen, muttei psykologiseen terveyteen. Ristiriitaista näyttöä onkin myös esitetty: vuonna 2006 Mogk ym. toteutti meta-analyysin, jonka otoskoko (N=30) oli Smythin (1998) analysoimia tutkimuksia (N=13) suurempi. Siinä missä Pennebaker oli ollut tekijänä 62% Smythin (1998) analysoimista tutkimuksista, kattoivat Pennebakerin tutkimukset vain 23% Mogkin ym. (2006) kokonaisotoksesta. Lisäksi Mogk ym. sisällyttivät meta-analyysiinsä vain tutkimuksia, joissa ilmaisevan kirjoittamisen vaikuttavuutta oli seurattu vähintään neljän viikon ajan viimeisestä kirjoitussessioista katsoen. Toisin kuin Smythin (1998) meta-analyysi esitti, ei ilmaisevalla kirjoittamisella Mogkin ym. (2008) meta-analyysin mukaan ollut merkittäviä vaikutuksia sen enempää fyysiseen kuin psykologiseenkaan terveyteen.

Pennebakerin (Pennebaker, 1985, 1988, 1997a, 1997b, 2011; Pennebaker ym., 1989, Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker & Evans, 2014; Pennebaker & Seagal, 1999; Richards ym., 2000) ekspressiivisen kirjoittamisen paradigman perusteella on kehitetty käytäntöön soveltuvia kirjoitusharjoituksia, joiden terapeuttien vaikutusten on arveltu liittyvän muun muassa tietoisuus-, itsereflektio-, hyvinvointi- ja itsehoivataitojen kehittymiseen. On otettava huomioon, että Pennebakerin (Pennebaker, 1985, 1988, 1997a, 1997b, 2011; Pennebaker ym., 1989, Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker & Evans, 2014; Pennebaker & Seagal, 1999; Richards ym., 2000) tutkimukset kuten myös osa muusta ekspressiivisen kirjoittamisen tutkimuksesta on kohdistunut yksinomaan ekspressiiviseen kirjoittamiseen ilman terapeutista vuorovaikutussuhdetta. Näin ollen ekspressiivinen kirjoittaminen on toiminut itsehoitona (kts. s. 10) eikä osana kirjoitus- tai psykoterapiaa (kts. s. 9; s. 11), joista jälkimmäiset pitävät aina sisällään myös vuorovaikutuksellisen elementin (Pennebaker, 1988; Ihanus, 2022). Pennebakerin (Pennebaker, 1985, 1988, 1997a, 1997b, 2011; Pennebaker ym., 1989, Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker & Evans, 2014; Pennebaker & Seagal, 1999; Richards ym., 2000) ekspressiivisen kirjoittamisen paradigmassa kirjoittamista suunnataan ohjeilla ilman ohjaajan suoraa osallisuutta. Pennebakerin (Pennebaker, 1985, 1988, 1997a, 1997b, 2011; Pennebaker ym., 1989, Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker &

Evans, 2014; Pennebaker & Seagal, 1999; Richards ym., 2000) ekspressiivisen kirjoittamisen paradigmaan sisältyy siis hänen tutkimustensa vahvistama hypoteesi, jonka mukaan ekspressiivinen kirjoittaminen itsessään ilman vuorovaikutuksellista elementtiä voi olla terapeutista ja kokonaisvaltaista terveyttä hoitavaa.

Pennebaker (1985) oletti, että traumaattisen tapahtuman kokeneet yksilöt haluaisivat jakaa kokemuksiaan muiden kanssa, mutta pelätyt tai todelliset kielteiset reaktiot muiden taholta estäisivät sosiaalisen tuen saamisen. Tämän niin sanotun emotionaalisen inhibition hypoteesin mukaan ajatuksia ja tunteita ilmaisevan käyttäytymisen aktiivinen inhibointi kasvattaa fysiologista stressitasoa ja altistaa näin sairauksille: kun traumaattisen tapahtuman kokenut yksilö inhiboi käyttäytymistään, on todennäköistä, että koetun pakonomainen ajattelu, autonomisen hermoston aktiivisuus ja pitkällä aikavälillä myös psykofyysinen sairastuvuuden riski lisääntyvät. Sen sijaan koetun saattaminen kielelliseen muotoon ja näin päätökseen voi vähentää lyhyellä aikavälillä autonomisen hermoston kohonneesta stressistasosta kertovaa aktiivisuutta ja pitkällä aikavälillä psykofyysistä sairastavuutta. (Pennebaker, 1985.)

2. Kirjoittamismenetelmän määrittelyä ja käytänteitä

Gillie Bolton (1999, 13) on esittänyt väitteen, ettei luovan kirjoittamisen ja terapeutin kirjoittamisen välillä ole todellista eroa – ja että jos sellainen olisi, vähentäisi se niin luovan kuin terapeutin kirjoittamisen voimaa. Terapeutin kirjoittaminen eroaa kuitenkin luovasta kirjoittamisesta siten, ettei siihen kohdistu esteettisiä tai taiteellisia laatuvaatimuksia. Fiona Sampsonin ja Celia Huntin (1998, 201–202) mukaan kirjoittaja voi kolmella eri tasolla. Kirjallisella (*literary*) tasolla kirjoittamisen tavoitteena on kirjallisuuden kriteerit täyttävä julkaisu, mutta kirjailija saattaa käydä kirjoittaessaan läpi omakohtaisia kokemuksiaan, vaikkei se olekaan kirjoittamisen itsetarkoitus. Itseapukirjoittamisessa, päiväkirjan kirjoittamisessa, kirjoittajapiireissä ja luovan kirjoittamisen kursseilla liikutaan kirjoittavalla (*writerly*) tasolla, jossa terapeutin taiteellisia keinoja voidaan käyttää, vaikkei kirjoittamisen tavoite olekaan ensisijaisesti terapeutin. Kirjallisuus-, runo- tai narratiivisessa terapiassa ollaan terapeutin vuorovaikutuksellisen kirjoittamisen tasolla – kirjoittamisen merkitys syntyy ensisijaisesti itsen, toisten ja maailman tekstuaalisesta reflektoinnista ja kirjoittamisen kirjallis-esteettinen laatu jää toissijaiseksi. (Ihanus, 2022.) Ihanus (2022) esittääkin, että kirjallisuuden ja kirjoittamisen funktiot ovat riippuvaisia siitä, millaisissa tilanteissa tekstiä luodaan ja vastaanotetaan. Kirjallisuusterapiassa

nämä funktiot liittyvät erityisesti identiteetin, ihmis- ja ympäristösuhteiden, arvoperustaisten elämäntapojen sekä eksistentiaalis-eettisten kysymysten käsittelyyn. Funktioita voivat olla myös esimerkiksi inspiraatio, imaginaatio eli vaihtoehtoisten todellisuuksien luominen mielikuvittelemalla, illuusio eli potentiaalinen todellisuuden ja fantasian välinen tila, integraatio eli erillisten asioiden yhdistäminen kokonaisuuksiksi tai ihmettely. Myös lukemisen ja kirjoittamisen yhteydessä tapahtuva terapeutin vuorovaikutus on merkityksellistä. Ihanus (2022, 27) toteaaakin: ”Merkityksiä rakentavat ja tutkivat pohdinnat ja keskustelut ovat keskeisiä kirjallisuusterapeutin sanatyöskentelyn avaajia ja edelleen kuljettajia.”

Ihanuksen (2022) esittämän mallin mukaan kirjallisuusterapia voidaan jakaa kolmeen keskeiseen alueeseen: 1. kliiniseen tai psykoterapeuttiseen kirjallisuusterapiaan, 2. kehitykselliseen kirjallisuusterapiaan ja 3. (erityis)pedagogiseen tai psykoedukaatiiviseen kirjallisuusterapiaan. Tässä kognitiivisen käyttäytymisterapian psykoterapiakoulutuksen lopputyössä keskitytään ennen kaikkea psykoterapeuttisen kirjallisuusterapian kirjoituskäytäntöihin peilaten niitä kognitiivisen käyttäytymisterapian teoreettiseen taustaan. Kuten psykoterapeuttiset suuntaukset, eroavat kirjallisuusterapian teoreettiset suuntaukset lähtökohdiltaan ja painotuksiltaan: kirjoittamisterapiaa voidaan toteuttaa niin psykoanalyysin tai psykodynaamisen psykoterapian, humanistisen psykologian, positiivisen psykologian, eksistentiaalis-fenomenologisen psykologian, intersubjektiveen viestinnän teoria, systeemiteorioiden, narratiivisten teorioiden teoreettisista viitekehyksistä käsin, kuten Ihanus (2022) muistuttaa. Tässä lopputyössä kirjoittamisterapiaa tarkastellaan erityisesti suhteessa kognitiiviseen-, oppimis-, ja sosiaalipsykologiaan perustuvaan (Tuomisto & Lappalainen, 2012) kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan.

2.1 Kirjoittaminen hoitokeinona

Ilmaiseva kirjoittaminen voi siis olla käyttömuodoltaan vailla vuorovaikutteista elementtiä oleva itsehoidon keino, yksi psykoterapian menetelmä tai täysin itsenäinen hoitokeino (kirjallisuus- tai kirjoittamisterapia). Lindquist (2022) määrittelee, että kirjallisuusterapiassa kirjoittaminen on ohjattua, vuorovaikutteista ja tavoitteellista työskentelyä, jonka ilmiöitä ja prosesseja tarkastellaan yhdessä terapeutin kanssa itse terapiatilanteessa. Kirjallisuusterapeuttisia menetelmiä voidaan käyttää eri yhteyksissä eri-ikäisten yksilöiden tai ryhmien kanssa työskennellessä. Kirjoittaminen voi edistää sekä kirjoittajan itsensä että terapeutin tuntemusta kirjoittajaa kohtaan.

Lindquist (2022) korostaa, että perinteisen muotoisessa kirjallisuusterapiassa sosiaalinen vuorovaikutteisuus ja osallistujien kasvokkainen läsnäolo ovat olleet keskeisiä elementtejä. Ihanus (2022) kuitenkin näkee, että etäyhteydet, verkkoyhteisöllisyys, inter- ja hypertekstuaalisuus, viestinnän virtualisointi ja digitaalinen verkkokirjoittaminen ovat muuttaneet – ja muuttavat koko ajan – käytäntöjä. Nykypäivän kirjallisuusterapeuttisessa työskentelyssä ilmaisukanava voi olla perinteinen runo, kertomus, novelli, aforismi, päiväkirja, faabeli, myytti, legenda, satu, essee, artikkeli tai asiakirja, mutta yhtä hyvin myös moderni rap- tai muu lyriikka, sanarypäs tai -pilvi, sanataide, mainosteksti, blogi tai vlogi. Esterlingin ym. (1999) mukaan kirjoittaminen voi olla istunnoilla tai kotitehtävänä toteutettavaa, abstraktia tai konkreettista, kuvailevaa tai katharttista, vapaamuotoista tai kohdennettua ja strukturoitua. Osa potilaista kirjoittaa oma-aloitteisesti esimerkiksi päiväkirjamerkinnoissä toistuvien aiheiden pohjalta (Lindquist, 2022). Jotkut taas tarvitsevat enemmän tukea, jolloin terapeutti voi ohjata kirjoittamista erilaisten antamalla tehtäviä (Lindquist, 2022), joista esimerkkinä Pennebakerin (1997 b, 162) alkuperäinen instruktio:

Seuraavan kolmen päivän aikana haluaisin sinun kirjoittavan syvimmistä ajatuksistasi ja tunteistasi, jotka liittyvät johonkin sinua ja elämääsi koskettavaan erittäin tärkeään tunnekokemukseen. Kirjoittaessasi haluaisin sinun todella vapaasti tuovan esiin ja tutkivan syvimpiä tunteitasi ja ajatuksiasi. Voit liittää aiheesi ihmissuhteisiin, kuten suhteeseen vanhempiisi, rakastettuusi, ystäviin tai sukulaisiin. Voit kirjoittaa menneisyydestäsi, nykyisyydestäsi, tulevaisuudestasi tai siitä, kuka olet ollut, haluaisit olla tai kuka olet nyt. Voit kirjoittaa samoista asioista tai kokemuksista kaikkina kirjoituspäivinä tai eri aiheista eri päivinä. Kaikki se, mitä kirjoitat, on täysin luottamuksellista. Älä huolehdi oikeinkirjoituksesta, lauserakenteesta tai kieliopista. Ainoa sääntö on, että kirjoitat aloitettuaasi, kunnes aikasi on lopussa.

(Pennebaker 1997 b, 162)

2.2 Kirjoittaminen itsehoitona

Monet kirjoittavat vapaaehtoisesti päiväkirjaa, kertomuksia, runoja, mietelmiä, kirjeitä tai muistiinpanoja. Lindquistin (2022) mukaan kaikki edellä mainitut kirjoittamisen tavat voivat olla terapeutista kirjoittamista, keinoja ilmaista ja hoitaa itseä. Psyykinen vointi voi vaikuttaa

kirjoittamiseen eri tavoin: osa kirjoittavista ihmisistä kirjoittaa psyykkisesti heikosti voidessaan intensiivisemmin, osa taas ei lainkaan. Kirjoittamisen tarkoitus voi olla yksinkertaisesti purkaa tunteita, käsitellä niitä syvemmin tai molempia. Tunteiden purkamiseen, nimeämiseen tai sanoittamiseen tähtäävä kirjoittaminen voi tukea tunteiden säätelyä lyhyemmällä tähtäimellä, kun taas niitä analyttisemmin käsittelevä kirjoittaminen voi tuottaa syvemmän tason muutoksia pidemmällä tähtäimellä. Kirjoittaminen on edullinen, lähes kaikkien saatavilla oleva ja ajoituksen suhteen joustava itsehoidon keino. (Lindquist, 2022.) On kuitenkin otettava huomioon, ettei itsehoidollisessa kirjoittamisessa muodostu terapeutista yhteistyösuhdetta eikä varsinaista terapeutista prosessia näin ollen tapahdu (Linnainmaa, 2022).

3. Kirjoittaminen psykoterapiassa

Lidquistin (2022) mukaan kirjoittamista voidaan hyödyntää psykoterapiassa sellaisten potilaiden kanssa, jotka ilmaisevat itseään mielellään kirjoittamalla. Kirjoittamisen avulla voidaan sekä seurata psykoterapiaprosessin aikana tapahtuvaa muutosta että edistää sitä. Mahoney (1999) näkee, että psykoterapeutille potilaan henkilökohtaiset kirjoitelmat ovat ikkuna potilaan mielenmaisemaan ja antavat näin ollen lisää tietoa potilaasta. Lindquistin (2022) mukaan kirjoittamisen avulla psykoterapiaa voidaan myös kohdentaa tavoitteiden mukaiseen suuntaan.

Esterlingin ym. (1999) mukaan kirjoittamismenetelmästä hyötyvät eniten sellaiset potilaat, joilla on kyky yhdistää kirjoittamisen kautta toisiinsa asia- ja tunnesisältöä ja näin integroida kokemusmaailmansa eri osia mielekkääksi ja merkitykselliseksi kokonaisuudeksi. Edellä mainitun perusteella kirjoitusmenetelmään hyödyntämistä ei kuitenkaan voida rajata muunlaisten potilaiden hoidon ulkopuolelle. Potilaan yksilöllisten taipumusten ja mieltymysten lisäksi myös se, miten kirjoittamista ohjataan, heijastuu siihen, miten sujuvaksi prosessi muotoutuu. L'Abaten (1991, 90–95) mukaan kirjoitusprosessin ohjaaminen edellyttää psykoterapeutilta sekä ihmissuhdetaitoja (*relationship skills*) että strukturointitaitoja (*structuring skills*).

Ihmissuhdetaitojen avulla psykoterapeutti pitää yllä psykoterapeutista yhteistyösuhdetta eli allianssia. Strukturointitaidot taas ovat oleellisia kirjallisten kotitehtävien suunnittelussa ja ohjauksessa sekä yksilöllisen korjaavan palautteen annossa. MacGihon (1996) toteaa, että yleisesti ottaen kirjoitusmenetelmä soveltuu osaksi useimpien potilaiden psykoterapiaa. Kielteiset kokemukset kirjoittamisesta voivat kuitenkin muodostaa esteen sen hyödyntämiselle, kuten myös erilaiset oppimisen haasteet. Erityisesti kirjoitusmenetelmä voi tarjota vaihtoehdoisen

kommunikointitavan sellaisille potilaille, jotka eivät halua tai kykene käsittelemään epämiellyttäviä asioita psykoterapeutin kanssa avoimesti keskustelemalla.

3.2 Kirjoittaminen kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa

Lindquist (2022) toteaa, että kognitiivinen psykoterapia perustuu kahden tasavertaisen yksilön yhteistyösuhteeseen, jossa tapahtuvien prosessien havainnoinnin ja seurannan välineeksi kirjoittaminen soveltuu hyvin. Edellä mainittu pätee myös kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Kuten kognitiivisessa psykoterapiassa (Lindquist, 2022), myös kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa välitehtävät ovat keskeinen osa psykoterapiaprosessia. Lindquistin (2022) mukaan kirjoittaminen soveltuu erinomaisesti välitehtävien toteutusmuodoksi. Välitehtäviä kirjoittaessaan potilas pitää psykoterapiaprosessia elävänä mielessään myös istuntojen välillä, mikä lisää psykoterapiasuhteen jatkuvuutta.

Lindquist (2022) esittää, että kirjoitusprosessin myötä potilaan tietoisuus tunteista, ajatuksista ja toimintatavoista voi lisääntyä. Toisin sanoen metakognitiiviset ja itsereflektiiviset taidot kehittyvät ja tukevat potilaan itsemonitorointia myös psykoterapian päätyttyä. Kun potilas oppii ilmaisemaan tunteitaan kirjoittamisen kautta, voi tunnesäätely parantua ja psykologinen joustavuus lisääntyä. Samalla kirjoittaminen voi toimia keinona tutkia erilaisten ajatusmallien kehityshistoriaa ja sitä, miten ne ohjaavat käyttäytymistä nykyhetkessä. Kirjoittaessaan potilas on kognitiivisen psykoterapian (Lindquist, 2022) ja kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteiden mukaan aktiivinen toimija, joka tuottaa psykoterapeutin vastaanotettavaksi omia tulkintoja omasta tilanteestaan. Lindquist (2022) muistuttaa, että psykoterapiataukojen aikana kirjoittaminen voi toimia potilaan selviytymistä tukevana itsehoidon keinona. Kirjoittamisen kautta potilas voi valmistautua todellisiin tai kuvitteellisiin uhkatilanteisiin, kuten myös psykoterapian päättymiseen. Psykoterapian päättyessä kirjoittaminen voi toimia voinnin seurannan ja itsehoidon keinona.

3.2.1 Interapy

Lange ym. (2003a) ja Lange ym. (2003b) ovat kehittäneet kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja ilmaisevaa kirjoittamista yhdistävän hoitomuodon, jota he kutsuvat nimellä interapy.

Tutkimustulokset ovat lupaavia: Langen ym. (2003b) tutkimuksen mukaan interapy-ohjelman

läpikäyminen vähensi merkittävästi niin posttraumaattisen stressin kuin komorbidin surunkin oireita sekä yleistä psykopatologiaa verrattuna odotuslistalla olleeseen kontrolliryhmään. Välttely- ja masennusoireissa tapahtui kohenemista yli puolella interapy-ohjelman osallistujista.

Interapyn perustuu kognitiivisen käyttäytymisterapian teoreettiseen viitekehykseen: sen keskeisiä vaikutusmekanismeja ovat altistus (Foa & Kozak, 1986; Zalta & Foa, 2012), kognitiivinen uudelleenmuotoilu (Davey, 1997; Leahy & Rego, 2012) ja sosiaalinen tuki (Brewin ym., 2000). Langen ym.(2003a) ja Langen ym. (2003b) mukaan interapy-ohjelmassa altistus tapahtuu strukturoitujen kirjoitusharjoitusten kautta. Kirjoitelmien muokkaaminen psykoterapeutin palautteen mukaan tuottaa kognitiivista uudelleenmuotoilua. Jakaessaan kirjoitelman eri versioita psykoterapeutin kanssa potilas saa sosiaalista tukea.

Käytännössä interapy-ohjelma suoritetaan Langen ym. (2003b) ja Langen ym. (2003b) mukaan kokonaisuudessaan internet-verkossa. Ohjelma koostuu kolmesta viiden viikon mittaisesta vaiheesta, jotka kattavat kaikkiaan kymmenen 45 minuutin mittaista kirjoitusharjoitusta. Ensimmäisessä itsensä kyseenalaistamisen (*self-confrontation*) vaiheessa potilas laatii neljä kirjoitelmaa aiemmasta traumakokemuksestaan. Toinen kognitiivisen uudelleenmuotoilun (*cognitive restructuring*) vaihe koostuu neljästä kirjoitelmasta, joita työstäessään potilas haastaa automaattisia ajatuksiaan ja etsii uusia näkökulmia traumakokemukseensa. Kolmannessa sosiaalisen jakamisen (*social sharing*) vaiheessa potilas saa psykoedukaatiota jakamisen hyödyistä ja kirjoittaa kirjeen jollekin henkilölle, joka liittyy hänen traumakokemukseensa tai on muuten merkittävä osa hänen elämäänsä.

3.2.2 Strukturoitu kirjoittamisterapia

Van Emmerik ym. (2008) ovat vertailleet tutkimuksessaan kognitiivisen käyttäytymisterapian ja strukturoidun kirjoittamisterapian vaikuttavuutta. Strukturoitu kirjoittamisterapia (*Structured Writing Therapy, SWT*) on interapy-ohjelman pohjalta jalostettu menetelmä, joka nojautuu yksinomaan kirjoitusharjoituksiin. Langen ym. (2003b) interapyä koskevassa tutkimuksessa koehenkilöt värvättiin verkkosivujen kautta ja myös heidän psykiatrinen oireistonsa seulottiin internet-pohjaisesti. Sen sijaan van Emmerikin ym. (2008) strukturoitua kirjoittamisterapiaa koskevassa tutkimuksessa koehenkilöt rekrytoitiin psykiatrin klinikalta ja myös heidän diagnoosinsa asetettiin strukturoidun kliinisen haastattelun perusteella. Myös tietokoneella

laadittuihin kirjoitelmiin palattiin kasvokkain psykoterapiaistunnoilla. Van Emmerikin ym. (2008) lupaavien tutkimustulosten mukaan sekä kognitiivista käyttäytymisterapiaa että strukturoitua kirjoittamisterapiaa saaneiden osallistujien intruusio-, välttely-, masennus-, ahdistus- ja dissosiaatio-oireet lievittyivät merkittävästi verrattuna odotuslistalla olleeseen kontrolliryhmään. Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja strukturoidun kirjoitusterapian vaikuttavuudessa ei voitu havaita eroja.

3.2.3 Kognitiivisen käyttäytymisterapian kirjoittamisterapia

Strukturoidun kirjoittamisterapian (van Emmerik ym., 2008) lailla myös kognitiivisen käyttäytymisterapian kirjoittamisterapia (*Cognitive-Behavioral Writing Therapy, CBWT*) pohjautuu interapy-ohjelmaan (Lange ym., 2003a, 2003b) (van der Oord ym., 2009; van der Oord ym., 2010). Näin ollen myös kognitiivis-behavioraalinen kirjoittamisterapia pitää sisällään altistuksen, kognitiivisen uudelleenmuotoilun ja sosiaalisen jakamisen elementit (van der Oord ym., 2009; van der Oord ym., 2010). Van der Oord ym. (2009) ja Van der Oord ym. (2010) ovat tutkineet kognitiivis-behavioraalisen kirjoittamisterapian vaikuttavuutta posttraumaattisesta stressistä kärsivien lasten ja nuorten hoidossa. Interapyä (Lange ym., 2003a, 2003b) ja strukturoitua kirjoittamisterapiaa (van Emmerik ym., 2008) on tutkittu aikuisten joukossa, jolloin aikuiset osallistujat ovat tehneet kirjoitusharjoituksia itsenäisesti (van Emmerik ym., 2008; Lange ym., 2003b). Sen sijaan Van der Oordin ym. (2009) pilottitutkimuksessa ja van der Oordin ym. (2010) jatkotutkimuksessa lapset kirjoittivat tietokoneella psykoterapiaistuntojen aikana, psykoterapeutin avustamana. Traumafokusoidussa kognitiivisessä käyttäytymisterapiassa (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT*) yhdessä hoitomodulissa luodaan traumanarratiivi, joka tapahtuu traumafokusoidussa käyttäytymisterapiassakin Cohenin ym. (2006) mukaan usein kirjoittamalla, joskin se voidaan tehdä myös mielikuvittelemalla tai vaikkapa piirtämällä. Van der Oordin ym. (2009) tutkimuksessa traumanarratiiville altistuminen tapahtui nimenomaan tietokoneella kirjoittamisen muodossa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian kirjoittamisterapian mukaisen prosessin aikana traumanarratiivia työstettiin yhdessä psykoterapeutin kanssa niin, että kognitiivista uudelleenmuotoilua tapahtui. Valmis traumanarratiivi jaettiin vanhemman tai muun aikuisen kanssa, jolloin sosiaalisen tuen elementti yhdistyi altistukseen ja kognitiiviseen uudelleenmuotoiluun. Van der Oordin ym. (2009) ja van der Oordin ym. (2010) tutkimusten tulosten mukaan kognitiivis-behavioraalinen kirjoittamisterapia lievitti merkittävästi posttraumaattisen stressin ja komorbidin masennuksen oireita sekä interalisasiivaa ja eksternalisoivaa

ongelmakäyttäytymistä. Saavutetut hoitotulokset pysyivät yllä kuuden kuukauden seurannan aikana.

Van der Oordin ym. (2009) ja van der Oordin ym. (2010) ohella van de Roos ym. (2017) ovat tutkineet kognitiivis-behavioraalista kirjoittamisterapiaa 8–18 -vuotiaiden, posttraumaattisesta stressihäiriöstä kärsivien lasten ja nuorten hoidossa. Van de Roos ym. (2017) vertailivat EMDR-silmänliiketerapian (*eye movement desensitization and reprocessing therapy*) ja kognitiivis-behavioraalisen kirjoittamisterapian vaikuttavuutta. Van der Oordin ym. (2009) ja van der Oordin ym. (2010) tutkimusasetelman lailla myös de Roosin ym. (2017) tutkimuksessa sovellettu kognitiivis-behavioraalinen kirjoittamisterapia piti sisällään altistusta traumamuistolle ja traumaliitännäisten uskomusten kognitiivista uudelleenmuotoilua kuuden 45 minuutin mittaisen, psykoterapeutin tukeman kirjoitusharjoituksen ajan. De Roosin ym. (2017) ym. mukaan 92,5% EMDR-hoitoa saaneista ja 90,2% kognitiivis-behavioraalista kirjoittamisterapiaa saaneista ei enää hoidon päätyttyä täyttänyt traumaperäisen stressihäiriön diagnostisia kriteereitä. Saavutetut hoitotulokset säilyivät 12 kuukauden seurannan aikana.

4. Empiirisiä tutkimustuloksia

Kuten edellä on käynyt ilmi, on ilmaisevan kirjoittamisen tutkimus ollut erityisen kiinnostunut sen soveltamisesta traumaperäisiin oireisiin (van der Oord ym., 2009; van der Oord ym., 2010; van Emmerik ym., 2013; Lange ym. 2003a; Lange ym., 2003b; Pennebaker ym., 1989; Richards ym., 2000; van der Roos ym., 2017) ja se määrittää myös tämän opinnäytetyön painopistettä. Yhtäältä tutkimuksen painopisteen ja toisaalta opinnäytteen rajallisen laajuuden vuoksi keskityn tarkastelemaan sellaisia empiirisiä tutkimustuloksia, joissa traumaperäisiä oireita on hoidettu ilmaisevaa kirjoittamista ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa yhdistäen.

4.1 Traumaperäinen stressireaktio ja -häiriö

Tarnasen ym. (5.2.2020) mukaan traumaperäinen stressireaktio ja -häiriö ovat traumaattisten tapahtumien jälkeen esiintyviä mielenterveyden häiriöitä. Traumaattiset tapahtumat ovat tilanteita, joihin liittyy kuolema tai vakava loukkaantumisen tai niiden uhka. Myös oman tai toisen ihmisen fyysisen koskemattomuuden rikkoutumisen uhka voi tehdä tilanteesta traumaattisen. Akuutti

stressireaktio (ICD-10 -diagnoosikoodi F43.0) voi oireilla muun muassa autonomisen hermoston yliaktiivisuutena, huomiokyvyn kaventumisena, jatkuvina muistikuvina, hetkellisinä voimakkaina takaumina (*flashback*), ahdistuksena traumasta muistuttavissa tilanteissa tai edellä mainitun kaltaisten tilanteiden välttelynä, desorientaationa, dissosiaatio-oireina (irralisuuden tunne, depersonalisaatio tai -realisaatio), ärtymyksenä, epätoivona, suruna tai tunteiden turtumisena, keskittymis- muisti- tai unihäiriöinä (American Psychiatric Association, 2000; Duodecim, 1.12.2022; Henriksson & Lönnqvist, 2017, Tarnanen ym, 5.2.2020.) Jos oireet kestävät yli neljän viikon ajan, on oireisto kehittynyt traumaperäiseksi stressihäiriöksi (*Post Traumatic Stress Disorder, PTSD*) (F43.1) (American Psychiatric Association, 2000; Henriksson & Lönnqvist, 2017). Jopa 80–95 % traumatisoituneista potilaista kärsii samanaikaisesti myös masennusoireista (Darves-Bornoz ym, 2008).

Traumaperäisen stressireaktion ja -häiriön ensisijainen hoito on psykoterapia (American Psychiatric Association, 2000; Duodecim, 1.12.2022). Altistusta sisältään pitävä lyhyt traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia voi lievittää traumaperäisen stressihäiriön oireistoa ja estää stressireaktion kehittymistä edelleen stressihäiriöksi (International Society for Traumatic Stress Studies; Roberts ym., 2010). Cusackin ym.. (2016) mukaan altistusta ja kognitiivista uudelleenmuotoilua yhdistävä kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkimusnäyttöön perustuen tehokas traumaperäisen stressihäiriön hoitomuoto. Muita näyttöön perustuvia hoitomuotoja ovat muun muassa ilman altistusta toteutettavat kognitiiviset käyttäytymisterapiat, kognitiiviset terapiat, silmänliiketerapia, narratiivinen altistusterapia (*Narrative Exposure Therapy, NET*), internet-välitteinen traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia ja altistusta sisältään pitävä kirjoitusterapia.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian mukainen traumaperäisen stressireaktion ja -häiriön hoito perustuu oppimisen teoriaan, kognitiiviseen teoriaan ja emotionaalisen prosessoinnin teoriaan (Monson ym., 2014). Oppimisen teorian mukaan traumaan liittyvä ahdistuneisuus kehittyy klassisen ehdollistumisen kautta: neutraali ehdollistettu ärsyke opitaan yhdistämään ehdollistumattomaan ärsykkeeseen, minkä jälkeen alun perin neutraali ehdollistettu ärsyke synnyttää ehdollistetun ahdistuneisuusreaktion. Toisin sanoen traumaan liittyvä, ennen tapahtunutta neutraali ärsyke saa traumatisoituneessa yksilössä aikaan ahdistuneisuutta. Välttelykäyttäytyminen kehittyy kielteisen vahvistamisen kautta: yksilö oppii, että traumaan liittyvä ahdistus lievittyy välttelemällä ehdollistettuja ärsykeitä. (Foa ym, 1989; Monson ym., 2014.) Kognitiivisen teorian mukaan tulkinnat, joita yksilö traumaattisesta tapahtumasta tekee, suuntaavat trauman jälkeistä

ajattelua ja käyttäytymistä. Foan ja Kozakin (1986) kehittämä emotionaalisen prosessoinnin teoria yhdistää oppimis- ja kognitiivisen teorian. Foan ja Kozakin (1986) ja Monsonin ym. (2014) mukaan emotionaalisen prosessoinnin teoria perustuu oletukseen, että ahdistus tai pelko aktivoi kognitiivisen struktuurin. Tämän niin sanotun pelkostruktuurin aktivoituminen saa traumatisoituneessa yksilössä aikaan pakenemisreaktion. Pelkostruktuuri pitää sisällään kolmenlaista informaatiota: ahdistuksen tai pelon tunteen synnyttäneen ärsykkeen, sitä vastaavan kielellisen, fysiologisen tai käyttäytymisen tason reaktion sekä ärsykkeen ja reaktion tarkoituksen. Traumaperäisissä häiriöissä struktuuri on muotoutunut patologiseksi niin, että ahdistusreaktio on kohtuuttoman voimakas suhteessa sen synnyttäneeseen ärsykkeeseen. Mielleyhtymät eivät ole todenmukaisia ja traumatisoitunut yksilö tekee virheellisen tulkinnan, ettei ahdistus mene koskaan ohi.

Monson ym. (2014) korostavat altistuksen keskeistä asemaa kognitiivisen käyttäytymisterapian mukaisena traumaperäisten häiriöiden hoitomenetelmänä. Foan ym. (1989) ja Monsonin ym. (2014) mukaan altistus tapahtuu niin, että traumaattinen tapahtuma palautetaan toistuvasti mieleen joko *in vivo* tai mielikuvituksessa. Kun ehdollistetun ärsykkeen synnyttämälle ahdistukselle altistutaan asteittain, opitaan, ettei ärsyke itsessään ole vaarallinen. Foan ja Kozakin (1986) kehittämässä pitkittyssä altistuksessa (*Prolonged Exposure*) pelkostruktuuri muokkaantuu pelätylle ärsykkeelle altistamisesta seuraavan habituaation kautta, kun affektiivinen ja fysiologinen aktivaatio altistuksen myötä laskee. Trauma emotionaalisine ja kognitiivisine sisältöineen siis prosessoidaan uudestaan. Altistuksen ohella toinen keskeinen traumaperäisten häiriöiden hoitomenetelmä on kognitiivinen uudelleenmuotoilu, joka täydentää altistuksen myötä tapahtuvaa trauman emotionaalis-kognitiivista uudelleenprosessointia (Davey, 1997; Monson ym., 2014.) Daveyn (1997) mukaan kognitiivisen uudelleentulkinnan keskeinen tavoite on tulkita uudestaan ehdollistetun pelätyn ärsykkeen merkitystä. Käytännössä tämä tapahtuu kielteisen tai muuten haitallisen ajatusvääristymän tai uskomuksen tunnistamisen ja kyseenalaistamisen kautta.

4.2 Kirjoittaminen altistuksena ja kognitiivisena uudelleenmuotoiluna

Kuten edellä on esitetty, tuotti traumasta kirjoittaminen Pennebakerin ym. (1988; kts. s. 6–8) alkuperäisen tutkimuksen mukaan psykofyysisiä terveyshyötyjä. Sittemmin Pennebaker (Pennebaker, 1985, 1988, 1997a, 1997b, 2011; Pennebaker ym., 1989, Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker & Evans, 2014; Pennebaker & Seagal, 1999; Richards ym., 2000) ryhmineen on saanut

vastaavanlaisia tuloksia tutkimalla eri tavoin traumatisoituneita yksilöitä, kuten keskitysleiriselviytyjiä (Pennebaker ym., 1989) ja tuomittuja seksuaalirikollisia (Richards ym., 2000). Pennebaker ja Beall (1986) päättelivät tutkimuksensa perusteella terveyshyötyjen olevan suurimmat silloin, kun traumaan liittyvät yksityiskohdat ja tunteet yhdistyvät kirjoittamisen kautta yhtenäiseksi kertomukseksi. Pennebaker (Pennebaker, 1985, 1988, 1997a, 1997b, 2011; Pennebaker ym., 1989, Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker & Evans, 2014; Pennebaker & Seagal, 1999; Richards ym., 2000) onkin korostanut trauman kielelliseen muotoon ja siten päätökseen saattamisen merkitystä psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Vaikka sosiaalinen jakaminen ja sosiaalisen tuen saaminen voi olla tärkeässä osassa traumasta toipumista, ei se Pennebakerin ym. (1989) tutkimuksen perusteella edellytä sitä: Pennebaker ym. (1989) pyysivät selviytyjiä kirjoittamaan keskitysleirillä kokemistaan traumoista ja kertoivat, että kirjoitelma tuhottaisiin heti sen valmistumisen jälkeen. Kirjoittajat kokivat kuitenkin merkittävää vapautuneisuuden tunnetta ja stressin lievittymistä itse kirjoittamisen myötä, vaikka kirjoittaja itse jäi myös kirjoitelman ainoaksi lukijaksi.

Guastella ja Dadds (2006) versioivat Pennebakerin alkuperäistä tutkimusasetelmaa tavoitteenaan edistää erityisesti traumaan liittyvää emotionaalista uudelleenprosessointia. Kukin osallistujien ryhmä kirjoitti ohjeenaan instruktio, jossa korostui jokin kognitiivisen käyttäytymisterapian mukaisen trauman prosessointiin liittyvän mallin osa-alue: altistus, kognitiivinen uudelleenmuotoilu ja edun löytäminen (*Benefit-Finding*). Sisällönanalyysi, tekstianalyysi, stressimarkkerit ja fysiologinen data osoittivat yhdenmukaisesti, että osallistujien traumaan liittyvä emotionaalinen uudelleenprosessointi edistyi heidän saamansa instruktio mukaisella osa-alueella.

Murray ym. (1989) sekä Donnelly ja Murray (1991) ovat vertailleet tutkimuksissaan kirjoittamisen ja psykoterapian vaikuttavuutta traumaperäisistä oireista kärsivien potilaiden hoidossa. Murrayn ym. (1989) tutkimuksessa koehenkilöistä kolmasosa kirjoitti traumaattisista tapahtumista ja kolmasosa arkipäiväisistä aiheista kaksi kertaa 20 minuutin ajan. Lisäksi kolmasosa keskusteli traumaattisista tapahtumista psykoterapeutin kanssa kahden 20 minuutin mittaisen istunnon ajan. Traumasta kirjoittaneiden mieliala oli välittömästi kirjoittamisen jälkeen kielteinen, mutta muuttui ajan myötä myönteisemmäksi. Sen sijaan psykoterapeutin kanssa keskustelleiden mieliala oli myönteinen heti istunnon jälkeen, minkä tutkijat olettivat liittyvän terapeuttisen vuorovaikutuksen suotuisaan vaikutukseen. Psykoterapeutin kanssa keskustelleet ilmensivät aluksi kirjoittajia enemmän tunteisiin ja sopeutumiseen liittyviä muutoksia. Tutkimuksen päättyessä

voitiin kuitenkin todeta, että traumasta kirjoittaminen ja puhuminen saivat aikaan yhtä paljon myönteisiä muutoksia kognitioiden, itsearvostuksen ja sopeutumista edistävän käyttäytymisen alueella. Donnellyn ja Murrayn (1991) seurantatutkimuksessa koehenkilöiden määrä oli Murrayn ym. (1989) alkuperäistä tutkimusta suurempi, minkä lisäksi kirjoittamis- ja psykoterapiaistuntoja oli kaksinkertainen määrä. Sekä traumasta kirjoittaneet että keskustelleet raportoivat arkipäiväisistä aiheista kirjoittaneita enemmän myönteisiä tunteita. Molemmissa koeryhmissä kielteisten tunteiden määrä väheni, kun taas itsearvostus ja sopeutumista edistävät muutokset kognitioissa ja käyttäytymisessä lisääntyivät. Näin ollen Donnelly ja Murray (1991) vahvistivat Murrayn ym. (1989) alkuperäiset tutkimustulokset ja totesivat kirjoittamisen yhtä vaikuttavaksi trauman hoidoksi kuin psykoterapian.

Esterlingin ym. (1999) yli 70 kirjoittamiseen liittyvää tutkimusta kattava katsaus tukee kirjoittamisen käyttöä terapeutisena ja ennalta-ehkäisevänä menetelmänä: läpikäytyjen tutkimusten mukaan järkyttävistä elämäntapahtumista kirjoittaminen voi edistää niin psyykkistä kuin fyysistäkin terveyttä. Esterling ym. (1999) esittävät, että tunteisiin, kognitioihin ja käyttäytymiseen liittyvät muutokset saattavat toimia välittävänä tekijänä kirjoittamisen ja suotuisten terveysvaikutusten välillä. Esterling ym. (1999) katsaus osoittaa, että järkyttävään elämäntapahtumaan liittyvistä tosiasioista ja tunteista kirjoittaminen lisää kielteisiä tunteita ja vähentää myönteisiä tunteita lyhyellä aikavälillä. Järkyttävälle tapahtumalle altistuminen voi siis olla hetkellisesti psyykkisesti epämiellyttävää. Pitkällä aikavälillä järkyttävän tapahtuman kohtaaminen ja käsittely voi kuitenkin edistää kokonaisvaltaista terveyttä. Esterling ym. (1999) rinnastavatkin kirjoittamisen altistuksen hoitomenetelmään: kirjoittaja altistuu turvallisessa kirjoitustilanteessa toistuvasti traumaattiselle ärsykemateriaalille, kunnes oppiminen pois ärsykkeen ja psyykkisen reaktion välisestä herkistymisestä asteittain tapahtuu (Esterling ym., 1999; Foa & Kozak, 1986). Esterling ym. (1999) toteavat, että kirjoittamisen kautta tapahtuneen mielikuva-altistuksen seurauksena kirjoittajan oivalluskyky ja hallinnan tunne voivat kasvaa sekä psyykkiset oireet lievittyä. Kognitiivisten, emotionaalisten ja käyttäytymiseen liittyvien muutosten seurauksena myös autonomisen hermoston aktiivisuudessa ja immuunijärjestelmässä voi tapahtua terveyden kannalta suotuisia muutoksia.

Sloanin ym. (2005) tutkimuksessa traumahistorian omaavat ja traumaperäisen stressin oireista kärsivät yliopisto-opiskelijat jaettiin kolmeen ryhmään, joista yksi kirjoitti toistuvasti samasta traumakokemuksesta, toinen vaihdellen eri traumakokemuksista ja kolmas ei-traumaattisista arkipäiväisistä kokemuksista. Ryhmässä, joka kirjoitti toistuvasti samasta traumakokemuksesta, tapahtui merkittävästi enemmän psykologisten ja fyysisten oireiden

lievittymistä kuin muissa ryhmissä. Sloan ym. (2005) päättelivät, että traumakokemuksen tunnetason käsittely tapahtuu tehokkaimmin altistamalla kirjoittamisen kautta toistuvasti samalle traumaattiselle tapahtumalle.

Langen ym. (2003b) tutkimuksessa kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja ilmaisevaa kirjoittamista yhdistävä interapy-ohjelma (kts. s. 12). vähensi merkittävästi posttraumaattisen stressin ja komorbidin surun oireita. Van Emmerikin ym. (2008) tutkimuksen mukaan interapyn (Lange ym., 2003b; kts. s. 12) perusteella kehitetty strukturoitu kirjoittamisterapia (kts. s. 13) vähensi traumaperäisistä oireista kärsineiden osallistujien intruusio-, välttely-, masennus-, ahdistus- ja dissosiaatio-oireita. Strukturoitu kirjoittamisterapia voitiin todeta yhtä tehokkaaksi traumaperäisten oireiden hoitomuodoksi kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia (van Emmerik ym. 2008). Myös interapyn pohjalta jalostettu kognitiivis-behavioraalinen kirjoittamisterapia (kts. 14) lievitti tehokkaasti ja pysyvästi lasten ja nuorten traumaperäisen stressin ja komorbidin masennuksen oireita (Van der Oordin ym., 2009; van der Oordin ym., 2010). Myös van de Roosin ym. (2017) tutkimuksen päättyessä 90,2% kognitiivis-behavioraalista kirjoittamisterapiaa saaneista lapsista ja nuorista ei enää täyttänyt traumaperäisen stressihäiriön diagnostisia kriteereitä.

Van Emmerik ym. (2013) tarkastelivat meta-analyysissään kuutta tutkimusta, joiden osallistajat olivat kärsineet kliinisesti merkittävistä akuutin stressireaktion tai -häiriön oireista ja joissa kirjoittamisterapiaa oli verrattu suoraan johonkin muuhun traumaperäisten oireiden hoitomuotoon tai hoidon jonotuslistalla olemiseen. Yhteensä meta-analyysin kohteena olleissa tutkimuksissa oli 633 osallistujaa, joista 304 sai kirjoitusterapiaa. Van Emmerikin ym. (2013) analyysin mukaan viidessä kuudesta tarkastellusta tutkimuksesta kirjoittamisterapia johti merkittävään traumaperäisten oireiden ja komorbidien masennusoireiden lievittymiseen. Van Emmerik ym. (2013) eivät voineet havaita eroja kirjoittamisterapian ja traumafokusoidun kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudessa.

4. Pohdinta

Pennebaker esitti vuonna 1985 emotionaalisen inhibition hypoteesin, jonka mukaan traumaattisen tapahtuman kokeneet yksilöt pidättyisivät jakamasta ajatuksiaan ja tunteitaan muiden ihmisten kielteisten reaktioiden pelossa. Hypoteesin mukaan mieleen ja kehoon patoutuneet traumaan liittyvät ajatus- ja tunnereaktiot lisääisivät autonomisen hermoston aktiivisuutta ja myös

psykofyysistä sairastuvuutta. Pennebakerin (1985) sekä Pennebakerin ja Beallin (1986) mukaan kirjoittaminen toimisi väylänä purkaa, tunnistaa ja ilmaista näitä patoutuneita ajatuksia ja tunteita. Samalla kirjoittaminen edistäisi toisiinsa nähden irrallisten tosiasioiden ja tunteiden yhdistymistä yhtenäiseksi kokemukseksi. Tämän seurauksena autonomisen hermoston aktiivisuus vähenisi, madaltaen myös kokonaisvaltaisen sairastumisen riskiä.

Nykytutkimus on kyseenalaistanut Pennebakerin (1985) alkuperäisen hypoteesin siitä, että ilmaisevan kirjoittamisen suotuisat terveysvaikutukset välittyisivät yksinomaan kielteisten tunteiden purkamisen kautta (Esterling ym., 1999). Sen sijaan nykytutkimuksessa korostuu näkökulma, jonka mukaan ilmaisevan kirjoittamisen kautta voi altistua epämiellyttäviä tunteita herättäville ja välttelykäyttäytymistä aktivoiville traumakokemuksille ja muotoilla niitä uudelleen kognitiivisesti mielekkäämmiksi (Baikie & Wilhelm, 2005; Esterling ym., 1999; Ihanus, 2022; Lange ym., 2003a; Lange ym., 2003b; Lindquist, 2022, Linnainmaa, 2022; Phaedra, 2016; Sloan ym., 2005; Van der Oord ym., 2009; Van Emmerik ym., 2008). Samalla kirjoittajan itseoivallus- ja reflektio, itsetuntemus ja -arvostus, hallinnan tunne ja selviytymiskeinot voivat kehittyä (Baikie & Wilhelm, 2005; Esterling ym., 1999; Ihanus, 2022; Lindquist, 2022, Linnainmaa, 2022). Van Emmerik ym. (2008), van Emmerik ym. (2013), Esterling ym., (1999), Guastella ja Dadds (2006), Lange ym. (2003a), Lange ym. (2003b), van der Oord ym. (2009), van der Oord ym. (2010), van de Roos ym. (2017) ja Sloan ym. (2005) ovatkin esittäneet tutkimustensa yhteydessä, että kirjoittamisterapiassa vaikuttavat samat keskeiset elementit kuin kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa yleensäkin: altistus (Foa & Kozak, 1986) ja kognitiivinen uudelleenmuotoilu (Davey, 1997). Lisäksi kirjoittamisterapiassa voi tapahtua sosiaalista jakamista ja tuen saamista (van Emmerik ym., 2008; van Emmerik ym. 2013; Lange ym. 2003b; van der Oord ym., 2009; van der Oord ym., 2010; Sloan ym., 2005).

Van Emmerikin ym. (2008), van Emmerikin ym. (2013), Esterlingin ym., (1999), Guastellan ja Dadds`n (2006), Langen ym. (2003a), Langen ym. (2003b), van der Oordin ym. (2009), van der Oordin ym. (2010), van de Roosin ym. (2017) ja Sloanin ym. (2005) mukaan kirjoittaminen toimii mielikuva-altistuksena, jonka on todettu olevan yhtä tehokas traumaperäisten oireiden hoitomenetelmä kuin *in vivo* -altistuksenkin (van Emmerik ym. 2013; Sloan ym., 2005). Van Emmerik ym. (2013) esittävät meta-analyysissään, että potilas voi säädellä kielteisiä tunnetilojaan kirjoittamisen kautta tapahtuvan mielikuva-altistuksen aikana jopa tehokkaammin kuin kognitiivisessa psykoterapiassa tapahtuvan *in vivo* -altistuksen aikana. Näin ahdistus saadaan nousemaan altistuksen aikana emotionaalisen uudelleenprosessoinnin kannalta riittävälle, muttei

kuitenkaan potilaan sietokykyä ylittävälle, liian kuormittavalle ja epäonnistumisen todennäköisyyttä lisäävälle tasolle. Samalla potilaan hallinnan tunne kasvaa. Langen ym. (2003a) ja Langen ym. (2003b) mukaan saman tekstin kirjoittaminen moneen kertaan saadun palautteen mukaan kannustaa potilasta kyseenlaistamaan ja haastamaan automaattisia ajatuksia sekä etsimään vaihtoehtoisia näkökulmia. Näin kirjoittaessa tapahtuu samanlaista kognitiivista uudelleenmuotoilua kuin kasvoikkain tapahtuvassa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassakin (van Emmerik ym., 2013; Lange ym., 2003a; Lange ym., 2003b). Lisäksi kirjoitelmien jakaminen kirjoittamista ohjaavan psykoterapeutin tai muun ammattihenkilön tai jonkun läheisen kanssa johtaa sosiaalisen tuen saamiseen (van Emmerik ym., 2008; van Emmerik ym. 2013; Lange ym. 2003b; van der Oord ym., 2009; van der Oord ym).

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että etenkin strukturoidusti toteutettu ja kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteita noudattava kirjoittamisterapia on tehokas vaihtoehto kasvokkain tapahtuvalle kognitiiviselle käyttäytymisterapialle ainakin silloin, kun hoidon kohteena ovat traumaperäiset oireet (van Emmerik ym., 2008; van Emmerik ym., 2013; Esterling ym., 1999; Guastella ja Dadds, 2006; Lange ym., 2003a; Lange ym., 2003b; van der Oord ym., 2009; van der Oord ym., 2010; Phaedra, 2016; van de Roos ym., 2017; Sloan ym., 2005). Traumaperäisiä oireita voidaan hoitaa tehokkaasti muun muassa traumafokusoidulla kognitiivisella käyttäytymisterapialla tai muulla psykoterapialla (International Society for Traumatic Stress Studies; Roberts ym., 2010; Cusack ym., 2016). Tällä hetkellä psykoterapeuttisen hoidon kysyntä ylittää kuitenkin sen tarjonnan eikä kuormittunut terveydenhuoltojärjestelmä kykene vastaamaan kaikkien traumaperäisistä tai muista psykiatrisista oireista kärsivien potilaiden tarpeisiin. Koska kirjoittamisterapia voidaan toteuttaa kokonaisuudessaan verkkovälitteisesti, sitoo se kasvokkain tapahtuvaa psykoterapiaa vähemmän terveydenhuollon resursseja. Kirjoittamisterapian eduksi onkin laskettava sen edullisuus. Kirjoittamisterapeuttista hoitoa voidaan siis tarjota suuremmalle ryhmälle potilaita kuin kasvokkain tapahtuvaa psykoterapiaa eikä se kustanna potilaalle yhtä paljon kuin kasvokkain tapahtuva psykoterapia. Toisin kuin kasvokkain tapahtuva psykoterapia, ei kirjoittamisterapia ei ole tiettyyn ajankohtaan tai paikkaan sidottua (van Emmerik ym., 2013; Lindquist, 2022). Verkkovälitteisyys mahdollistaakin kirjoittamisterapeuttisen hoidon ulottamisen myös niihin, jotka asuvat kaukana asutuskeskuksista tai jotka eivät voi sitoutua tiettyä ajankohtana tapahtuviin psykoterapiaistuntoihin. Lisäksi kirjoittamisterapia voi olla tarjota vaihtoehtoisen hoitomuodon niille, jotka eivät halua tai kykene käymään psykoterapeuttisia keskusteluja kasvokkain (MaGihon, 1996).

Lähdeluetelo

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Edition. American Psychiatric Press.

Baikie, K. A. & Wilhelm, K. (2005). *Emotional and Physical Health Benefits of Expressive Writing*. *Advances in Psychiatric Treatment* 11(5), 338–346.

Batten S. V., Follette V., M., Rasmussen-Hall M. L., Batten, S. V., Follette, V. M., Rasmussen Hall, M. L., Palm, K. M. (2002). *Physical and Psychological Effects of Written Disclosure among Sexual Abuse Survivors*. *Behavioural Therapy* 33, 107–122.

Bisson J. & Andrew, M. (20017). *Psychological Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. *Cochrane Database Systematic Review* 3.

Benish, S. G., Imel, Z. E., Wampold, B. E. (2008). *The Relative Efficacy of Bona Fide Psychotherapies for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: a Meta-Analysis of Direct Comparisons*. *Clinical Psychology Review* 28, 746–758.

Bolton, G. (1999). *The Therapeutic Potential of Creative Writing*. *Writing Myself*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). *Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Jeffrey, S., Cook Middleton, C. ym. (2016). *Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis*. *Clinical Psychology Review* 43, 128-141

Darves-Bornoz, J. M., Alonso J. & de Girolamo G. (2008). *Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey*. *Journal of Traumatic Stress* 21, 455-462.

- Davey, G. C. L. (1997). *Conditioning Model of Phobias*. In *Phobias: A Handbook of Theory, Research and Treatment*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Davis, C. G., Nolen Hoeksema, S. & Larson, J. (1998). *Making Sense of Loss and Benefiting from the Experience: Two Construals of Meaning*. *Journal of Personality and Social Psychology* 75(2), 561–574.
- Donnelly, D. A. & Murray, E. J. (1991). *Cognitive and Emotional Changes in Written Essays and Therapy Interviews*. *Journal on Social and Clinical Psychology* 10, 334–350.
- Duodecim (1.12.2022). *Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus*. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin, Suomen psykiatriyhdistys ry: n & Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). *A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H. & Emmelkamp, P. M. G. (2008). *Treating Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress disorder with Cognitive Behavioral Therapy or Structured Writing Therapy: a Randomized Controlled Trial*. *Psychotherapy and Psychosomatics* 77(2), 93–100.
- van Emmerik, A. A. P., Reijntjes, A. & Kamphuis, J. H. (2013). *Writing Therapy for Posttraumatic Stress: A Meta-Analysis*. *Psychotherapy and Psychosomatics* 82(2), 82–88.
- Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, E. J. & Pennebaker, J. W. (1999). *Empirical Foundations for Writing in Prevention and Psychotherapy: Mental and Physical Health Outcomes*. *Clinical Psychology Review* 19(1), 79–96.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). *Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information*. *Psychological Bulletin* 99, 20–35.
- Foa, E. B., Steketee, G. & Rothbaum, B. (1989). *Behavioral/Cognitive Conceptualizations of Post-Traumatic Stress Disorder*. *Behavior Therapy* 20, 155–176.
- Frattaroli, J. (2006). *Experimental Disclosure and Its Moderators. A Meta-analysis*. *Psychology Bulletin* 132(6), 823–865.

Freud, S. (1916–1917/1978). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Suom. Juhani Ihanus. *Gesammelte Werke*, 11, 10. Frankfurt am Main: Fischer.

Frisina, P. G.; Borod, J. C. & Lepore, S. J. (2004). *A Meta-analysis of the Effects of Written Emotional Disclosure on the Health Outcomes of Clinical Populations*. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192(9), 629–634.

Gortner, E.-M., Rude, S. & Pennebaker J. W. (2006). *Benefits of Expressive Writing in Lowering Rumination and Depressive Symptoms*. *Behavior Therapy* 37(3), 292–303.

Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Gregory, R. J., Schwer Canning, S., Lee, T. W. & Wise, J. C. (2004). *Cognitive Bibliotherapy for Depression: a Meta-Analysis*. *Professional Psychology* 35(3), 275–280.

Guastella, A. J. & Dadds, M. R. (2006). *Cognitive-Behavioral Models of Emotional Writing: a Validation Study*. *Cognitive Therapy & Research* 30(3), 397–414.

Heimes, S. (2011). *State of Poetry Therapy Research*. *The Arts in Psychotherapy* 38(1), 1–8.

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. (2017). *Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot*. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.), *Psykiatria*. 12. painos. Kustannus Oy Duodecim, 357-384.

Ihanus, J. (2022). *Kirjallisuusterapia, terapeuttinen kirjoittaminen ja kertomukset*. Teoksessa J. Ihanus (toim.) *Terapeuttinen kirjoittaminen*. Helsinki: Basam Books, 19–84.

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) (julkaisuvuosi ei tiedossa). *ISTSS PTSD prevention and treatment guidelines methodology and recommendations*. Viitattu 21.5.2023 osoitteesta: https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx

Kállay, E. (2015). *Physical and Psychological Benefits of Written Emotional Expression: Review of Meta-analyses and Recommendations*. *European Psychologist* 20(4), 242–252.

- Kähmi, K. (2015) ”Kirjoittaminen on tie minuun, minusta sinuun.” *Ryhmämuotoinen kirjoittaminen ja metaforinen merkitys psykoosia sairastavien ryhmämuotoisessa kirjallisuusterapiassa*. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- L’Abate, L. (1991). *The Use of Writing in Psychotherapy*. *American Journal of Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Lange, A., van de Ven, J. P. & Schrieken, B (2003a). *Interapy: Treatment of Post-Traumatic Stress via the Internet*. *Cognitive Behavioral Therapy* 32, 110–124.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, M., Schrieken, B. & Emmelkamp, P. M. G. (2003b). *INTERAPY: a Controlled Randomized Trial of the Standardized Treatment of Posttraumatic Stress through the Internet*. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 71, 901–909.
- Leahy, R. L. & Rego, S. A. (2012). *Cognitive Restructuring*. Teoksessa W. T O’Donohue & J. E. Fisher (toim.), *Cognitive Behavior Therapy*. Core Principles of Practice, 133–158.
- Lepore S. J., Revenson, T. A., Roberts, K. J., Pranikoff, J. R. & Davey, A. (2015). *Randomised Controlled Trial of Expressive Writing and Quality of Life in Men and Women Treated for Colon or Rectal Cancer*. *Psychology of Health* 30, 284–300.
- Lindquist, A. (2022). *Kirjoittaminen itsehoitona ja psykoterapeuttisena menetelmänä*. Teoksessa J. Ihanus (toim.) *Terapeuttinen kirjoittaminen*. Helsinki: Basam Books, 113–148.
- Linnainmaa, T. (2022). *Kirjallisuusterapian ja ilmaisevan terapian vaikuttavuus*. Teoksessa J. Ihanus (toim.) *Terapeuttinen kirjoittaminen*. Helsinki: Basam Books, 385–417.
- Lorenz, T. A., Pulverman, C. S. & Meston, C. M. (2014). *Sudden Gains during Patient-Directed Expressive Writing Treatment Predicts Depression Reduction in Women with History of Childhood Sexual Abuse: Results from a Randomized Clinical Trial*. *Cognitive Therapy Research* 37, 690–696 .
- MacGihon, N. N. (1996). *Writing as a Therapeutic Modality*. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 34(6), 31–35, 41–41.
- MacIntyre, A. (1981). *After Virtue. A Study in Moral Theory*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.

- Mahoney, M. J. (1991). *Human Change Process. The Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Manner, A. (1935). *Viesti yöstä. Mielisairaalakokemuksia*. Helsinki: WSOY-
- Mishara, A. L. (1995). *Narrative and Psychotherapy – the Phenomenology of Healing*. *American Journal of Psychotherapy* 49(2), 180–195.
- Mitchell, W. T. J. (toim.) (1981). *On Narrative*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mogk, C, Otte, S., Reinhold-Hurley, B. & Kröner-Herwig, B. (2006). *Health Effects of Expressive Writing on Stressful or Traumatic Experiences: a Meta-Analysis*. *GMS Psycho-Social Medicine* 3.
- Monson, C. M., Resick, P. A. & Shireen, L. R. (2014). *Posttraumatic Stress Disorder*. Teoksessa D. H. Barlow (toim.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Fifth Edition. New York: Guilford Press.
- Mosher, C. E., DuHamel, K. N., Lam, J., Dickler, M., Yelin, L., Massie, M. J. & Norton, L. (2012). *Randomised Trial of Expressive Writing for Distressed Metastatic Breast Cancer Patients*. *Psychology of Health* 27, 88–100.
- Murray, E. J., Lamnin, A. & Carver, C. (1989). *Emotional Expression in Written Essays and Psychotherapy*. *Journal of Social and Clinical Psychology* 8, 414–429.
- van der Oord, S., Lucassen, S., Van Emmerik, A. A. P. & Emmelkamp, P., M. G. (2010). *Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Children Using Cognitive Behavioral Writing Therapy*. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 17, 240–249.
- Pennebaker J. W. (1985): *Traumatic Experience and Psychosomatic Disease: Exploring the Roles of Behavioural Inhibition, Obsession, and Confiding*. *Canadian Psychology* 26, 82–95.
- Pennebaker, J. W. (1997 a) . *Opening Up. The Healing Power of Expressing Emotions*. New York: Guilford Press.
- Pennebaker, J. W. (1997 b). *Writing about Emotional Experiences as a Therapeutic Process*. *Psychological Science* 8(3), 162–166.

- Pennebaker, J. W. (2011). *The Secret Life of Pronouns. What Our Words Say about Us*. New York: Bloomsbury Press.
- Pennebaker, J. W., Barger, S. D. & Tiebout, J. (1989). *Disclosure of Traumas and Heal among Holocaust Survivors. Psychosomatic Medicine* 51(5), 577–589.
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). *Confronting a Traumatic Event: toward an Understanding of Inhibition and Disease. Journal of Abnormal Psychology* 95(3), 274–281.
- Pennebaker, J. W. & Evans, J. F. (2014). *Expressive Writing. Words That Heal*. Enumclaw, WA: Idyll Arbor.
- Pennebaker, J. W, Kiekolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1988). *Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(2), 239–245.
- Pennebaker, J. W. & Seagal, J. D. (1999). *Forming a Story: the Health Benefits of Narrative. Journal of Clinical Psychology* 55(10), 1243–1254.
- Phaedra, E. P. (2016). *Using Patient Writings in Psychotherapy: Review of Evidence for Expressive Writing and Cognitive-Behavioral Writing Therapy. The American Journal of Psychiatry* 11(3), 3–6.
- Richards, J. M., Beal, W. E., Seagal, J. D. & Pennebaker, J. W. (2000). *Effects of Disclosure of Traumatic Events on Illness Behavior among Psychiatric Prison Inmates. Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 156–160.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. & Bisson, J. I. (2010). *Early Psychological Interventions to Treat Acute Traumatic Stress Symptoms. Cochrane Database Systematic Review* 17(3).
- Rosen. H. (1996). *Meaning-making Narratives. Foundations for Constructivist and Social-constructionist Psychotherapies*. Teoksessa H. Rosen & K. T. Kuehlwein (toim.) *Constructing Realities: Meaning-making Perspectives for Psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass, 3–54.
- Sampson, F. & Hunt. C. (1998). *Towards a Writing Therapy? Implications of Existing Practice and Theory*. Teoksessa C. Hunt & F. Sampson (toim.), *The Self on the Page. Theory and Practice of Creative Writing in Personal Development*. London: Jessica Kingsley Publishers, 198–210.

- Sloan, D. M., Marx, B. P. & Epstein, E. M. (2005). *Further Examination of the Exposure Model Underlying the Efficacy of Written Emotional Disclosure*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(3), 549–554.
- Smyth, J. M. (1998). *Written Emotional Expression: Effect Sizes, Outcome Types, and Moderating Variables*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(1), 174–184.
- Tapioharju, T. (2021) ”Perheeni on kotiinpalaavat muuttolinnut.” *Metaforat ja itsehavainnoinnin kehitys eronneiden kirjallisuusterapiassa – diskurssianalyttinen ja narratiivinen tutkimus*. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Tarnanen, K., Laukkala, T. & Haravuori, H. (5.2.2020). *Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt*. Käypä hoito- suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 13.5.2023 osoitteesta: <https://www.kaypahoito.fi/khp00086>
- Teasdale, J. D. (1996). *Clinically Relevant Theory: Integrating Clinical Insight with Cognitive Science*. Teoksessa P. M. Salkovskis (toim.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford press, 26–46.
- Tuomisto, M. T. & Lappalainen, R. (2012). *Kognitiivinen käyttäytymisterapia*. Teoksessa M. O. Huttunen & H. Kalska, H. (toim.), *Psykoterapiat*. Porvoo: Duodecim, 80–101.
- Ullrich, P. M. & Lutgendorf, S. K. (2002). *Journaling about Stressful Events: Effects of Cognitive Processing and Emotional Expression*. *Annals of Behavioral Medicine* 24(3), 244–250.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W. W. Norton.
- Zalta, A. K. & Foa, E. B. (2012). *Exposure Therapy: Promoting Emotional Processing of Pathological Anxiety*. Teoksessa W. T O’Donohue & J. E. Fisher (toim.), *Cognitive Behavior Therapy. Core Principles of Practice*, 75–104.