

Positiivista hoitotulosta edistävät vuorovaikutustekijät psykoterapiassa

TUOMO JOUTSINIEMI
Tampereen yliopisto
Sosiaalitutkimuksen laitos
Sosiaalipsykologia
Pro gradu- tutkielma
Huhtikuu 2010

TAMPEREEN YLIOPISTO
Sosiaalitutkimuksen laitos

TUOMO JOUTSINIEMI: Vuorovaikutus psykoterapiassa – assimilaatiomallin ja sisällönanalyysin avulla kuvattuna
Pro gradu- tutkielma, 69 sivua, 6 liitessivua.
Sosiaalipsykologia
Huhtikuu 2010

Tämän pro-gradu työn tutkimus käsittelee vuorovaikutusta psykoterapiassa Stilesin työryhmän kehittämän assimilaatiomallin ja deduktiivisen sisällönanalyysin avulla siten, että psykoterapiaprosessin analyysirunkona on käytetty assimilaatioanalyysimallia, jonka pohjalta analyysiä on johdettu eteenpäin sisällönanalyysin avulla.

Tutkimuksen aineisto on kerätty 26.9.2008 – 12.11.2008 välisenä aikana erään psykoterapeutin ja hänen asiakkaansa välisistä terapiasessioista äänittämällä. Yhteensä äänitetyjä terapiasessioita on kaksi kappaletta (à n. 45 min.). Psykoterapeutti on käynyt kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutuksen ja asiakkaan diagnoosina on pakko-oireinen häiriö, jota tämän tutkimuksen aineistossa hoidetaan.

Psykoterapiaprosessissa havaittiin positiivinen hoitotulos apes-pisteytyksellä arvioituna. Apes-pisteytys kasvoi ensimmäisen terapiakerran 2,4:stä toisen terapiakerran 6,3:en. Tätä voidaan pitää hyvin merkittävänä edistymisenä psykoterapiaprosessissa. Tutkimuksen tuloksissa nousee merkittäviksi positiivista hoitotulosta edistäviksi vuorovaikutukselliseksi tekijöiksi: yhteinen näkemys terapian tavoitteista ja terapiaosapuolien tehtävistä, luottavainen ilmapiiri, ymmärretyksi tulemisen kokemus, sekä terapiaharjoitukseen liittyvät onnistumisen kokemukset.

Tutkimuksen vahvuutena oli aikaisempiin assimilaatiomallia koskeviin tutkimuksiin verrattuna sisällönanalyysin yhdistäminen psykoterapiaprosessin vuorovaikutusta kuvaavana menetelmänä. Näiden kahden metodin yhdistäminen tutkimuksen viitekehikseksi toi tarkempaa informaatiota siitä vuorovaikutuksellisesta sisällöstä, mikä terapiassa toimii vaikuttavana aineksena.

Asiasanat: psykoterapia, vuorovaikutus, assimilaatiomalli, sisällönanalyysi, kognitiivinen käyttäytymisterapia, pakko-oireinen häiriö

Sisällysluettelo

1. Johdanto	1
2. Tutkimuksen käsitteitä ja taustaa	3
2.1 Psykoterapia	3
2.2 Psykoterapian vaikuttavuus	4
2.2.1 Psykoterapian vaikuttavuustutkimusten taustaa	4
2.2.2 Kognitiivinen käyttäytymisterapia	9
2.3 Pakko-oireinen häiriö	12
2.4 Terapeuttisen vuorovaikutuksen tutkimus.....	14
3. Tutkimuksen metodit ja aineisto	19
3.1 Tutkimusongelma.....	19
3.2 Tutkimuksessa käytetyt metodit.....	19
3.2.1 Assimilaatiomalli (Assimilation of Problematic Experiences Scale =APES).....	20
3.2.2 Sisällönanalyysi	26
3.3 Tutkimuksen aineisto ja analyysin eteneminen.....	28
4. Terapiaprosessin analyysi APES-mallin avulla	32
4.1 Terapian ensikäynti	32
4.2 Toinen äänitetty terapiakäynti	48
4.3 Terapiaprosessin eteneminen äänitettyjen terapiaistuntojen jälkeen.....	54
5. Yhteenveto ja johtopäätökset	56
6. Lopuksi.....	60
7. Lähteet.....	62
7.1 Painetut lähteet	62
7.2 Elektroniset lähteet	69
LIITTEET	70

1. Johdanto

Terveys 2000- tutkimuksen (Pirkola ym., 2005, 1) mukaan mielenterveyshäiriöistä kärsiviä on väestöstämme n. 20 %, joista 6 % kärsii masennuksesta, 5 % alkoholiriippuvuudesta, 4 % ahdistuneisuushäiriöistä ja 3 % psykoosi-tasoisesta oirehdinnasta. Siis noin 20 % sairastaa mielenterveyshäiriötä jossain elämänsä vaiheessa. Mielenterveydenhäiriöiden yleisin yksittäinen hoito lääkityksen ohella on psykoterapia. Kela tukee psykoterapiaa 16-67- vuotiaille, joiden työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna (ks. Huusko, 2008).

Vuosittain psykoterapiaa Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena myönnetään yli 10000:lle henkilölle ja vuonna 2007 tukea saaneiden määrä oli 12553. Vuotta aiemmin eli vuonna 2006 tukea sai 11140 henkilöä. Vuodesta 2006 vuoteen 2007 kasvu on siis ollut 12%. Vuonna 2007 harkinnanvaraisen psykoterapian kustannukset olivat 18,9 miljoonaa euroa. (Kela, 2008, 1.) Tämä on huomattava summa rahaa ja siksi olisi tärkeää saada kohdennettua se mahdollisimman hyvin. Varsinkin, kun tutkimusten mukaan psykoterapiasta voi aiheutua haittaa asiakkaalle. Asiakkaan yläpuolelle asettuvat kaikkitietävät ja tunnekylmät terapeutit saavuttavat koulutuksestaan ja koulukunnastaan riippumatta huonompia hoitotuloksia ja joskus jopa pahentavat potilaan tilaa (Huttunen, 2006, 700). Psykoterapian tarkoituksena on kuitenkin saada positiivisia hoitotuloksia ja tästä syystä sitä on tutkittu ja kehitetty jo noin vuosisadan ajan. Yksi olennainen psykoterapian tuloksellisuutta selittävä tekijä on psykoterapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. (ks. esim. Pylkkänen, 1996 ja Duodecim, 2007).

Tämän tutkimuksen tarkoitus on selventää yhdestä terapiaprosessista äänitetyn kahden terapiasession analyysillä sitä vuorovaikutuksellista muutosprosessia, joka kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa saadaan aikaiseksi. Apuna tässä käytetään William Stilesin tutkimusryhmän (Stiles ym., 1990) luomaa assimilaatiomallia (APES) ja deduktiivista sisällönanalyysiä. Tarkoituksena on siis pureutua kognitiivisen käyttäytymisterapian vuorovaikutuksellisiin tekijöihin, eikä niinkään harjoitteisiin, joita kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa myös tehdään. Tässä progradu työssä kuitenkin sivutaan näitä harjoitteitakin, jotta psykoterapiaprosessin kehittymistä on helpompi ymmärtää.

Psykoterapiatutkimukset jaetaan pääsääntöisesti tuloksellisuustutkimukseen ja prosessitutkimukseen. Tuloksellisuustutkimuksessa selvitetään psykoterapian vaikuttavuutta ja prosessitutkimuksessa havainnoidaan psykoterapiaprosessia. Prosessitutkimuksessa

tutkimuskohteina ovat niiden ilmiöiden tunnistaminen ja analyysi, joilla on ilmeistä yhteyttä psykoterapiassa tapahtuviin muutoksiin. (Pylkkänen, 1996, 6-8.) Tämän pro-gradun tutkimus sijoittuu prosessitutkimuksen piiriin, koska tarkoituksena on mahdollisimman kattavasti avata onnistuneessa psykoterapiassa tapahtuvien ratkaisevien käännteiden vuorovaikutuksellinen sisältö. Tämä tehdään Stilesin työryhmän kehittämää (ks. Stiles ym., 1990) assimilaatiomallia apuna käyttäen. Mallissa positiivinen hoitotulos on edellytys, jotta mallia voidaan käyttää aineiston luokitteluun.

Tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka pohjalta voi kehittää psykoterapeuttien koulutusta tuloksellisempaan ja toimivampaan suuntaan. Tätä tarkoitusta tukee myös se, että Kela on tehnyt esityksen, että psykoterapian harkinnanvaraisuus muutettaisiin subjektiiviseksi. (ks. Huusko, 2008).

2. Tutkimuksen käsitteitä ja taustaa

Tässä luvussa esitellään tämän pro-gradu työn keskeiset käsitteet ja tema-alueet: psykoterapia, Psykoterapian vaikuttavuustutkimus, kognitiivinen käyttäytymisterapia, pakko-oireinen häiriö ja vuorovaikutus psykoterapiassa. Lisäksi käydään läpi jokaiseen käsitteeseen liittyvää aiempaa tutkimushistoriaa. Tarkoituksena on selvittää, miten näitä edellä mainittuja käsitteitä käytetään ja miten ne paikantuvat psykoterapian tutkimuksessa.

2.1 Psykoterapia

Psykoterapiaa on vaikea kuvata minkään yksittäisen määritelmän avulla, koska jokainen määritelmä jättää jotain olennaista pois. Toisaalta psykoterapiassa asiakkaan sisällä käy valtava psykologinen prosessi, joka on osittain myös tuntematon.

”Psykoterapiaistunto voi ulkoisesti näyttää tavalliselta keskustelulta, mutta se on kaikkea muuta kuin tavallinen keskustelu”, lausui professori Veikko Tähkä eräässä koulutustilaisuudessa (Antikainen & Ranta, 2008, 9). Peräkylän ym. (2008) mukaan monet psykoanalyttiset histografiat paikantavat psykoterapian keksimisen Breuerin työhön Anna O.:n kanssa 1800-luvun lopulla. Anna O. huomasi, että kertoessaan huolistaan ja fantasioistaan, hän helpotti oireitaan. Tätä kuvaamaan hän keksi fraasin: ”puhehoito” (talking cure). Jälkeenpäin Freud käytti Anna O.:n tapausta dokumentoidessaan psykoanalyysin keksimistä, josta tuli psykoterapian ensimmäinen muoto.

Tikkasen (2001, 18) mukaan eräs klassinen yritys määritellä psykoterapia on pilkkoa sana psykoterapia osiin ja etsiä sen merkityksiä vieraista kielistä. Kreikkalaisperäinen sana psyyke merkitsee ”sielua” ja ”mieltä”, ja sillä viitataan ihmisen sisäiseen kokemusmaailmaan: aistimuksiin, tunteisiin, mielikuviin, ajatuksiin. Psykoterapia tarkoittaa sananmukaisesti psyyken hoitoa ja terapeutti on hoitoa antava henkilö. Tikkanen (emt., 13-14) vertaa psykoterapiaa myös viulunsoiton opiskeluun. Siinä opettaja antaa oppilalle vinkkejä soittoharjoitteluun, osoittaa virheitä ja kiittää edistymisestä, mutta hän ei voi soittaa viulua oppilaansa puolesta. Opiskellessa viulunsoittoa on tehtävä työ itse – samoin kuin myös psykoterapiassa. Asiakkaan oman panoksen tärkeyttä on korostettu kuvaamalla psykoterapiaa ”vaivannäöksi”, ”työksi” ja ”opiskeluksi”.

Oxfordin englantilainen sanakirja määrittelee modernin psykoterapian ”mielen tai persoonallisuuden häiriön hoidoksi psykologisilla tai psykofysiologisilla metodeilla”. Yleinen oletamus lienee, että psykoterapiassa keskeinen hoidon väline on puhuminen. Kuitenkaan kaikki puhe ei ole terapeutista, ja psykoterapian historia ei pelkästään koske uusien psykologisten teorioiden kehittämistä, vaan myös uusien terapeutin ja asiakkaan välisten puhetapojen kehittämistä eli vuorovaikutusta. (Peräkylä ym., 2008, 15.)

Duodecimin (2007, 113) psykoterapia-konsensuksessa psykoterapia määritellään jäsennellyksi vuorovaikutukselliseksi prosessiksi potilaan ja hoitavan henkilön välillä. Psykoterapia nähdään tavoitteellisena, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävänä ammatillisena toimintana, joka pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan. Psykoterapian puitteet määritellään hoitosopimuksessa ja niitä toteuttavat psykoterapeutit, joilla on tarvittava koulutus ja kokemus.

2.2 Psykoterapian vaikuttavuus

Tämän luvun alaluvuissa käsitellään psykoterapian vaikuttavuustutkimuksia lähtien aluksi liikkeelle katsauksesta historiaan. Tämä on tärkeää siksi, että voidaan ymmärtää, miksi ja miten psykoterapiat ovat muodostuneet sellaisiksi kuin ne nykypäivänä ovat: tutkimuksien pohjalta terapiota on kehitelty ja niihin on etsitty entistä toimivampia terapiamenetelmiä. Historiakatsauksen jälkeen keskitymme tarkemmin kognitiivisen käyttäytymisterapiaan, koska tämän pro-gradu työn tutkimuksen aineisto on saatu terapiaprosessista, jossa terapeutina on toiminut kognitiivisen-käyttäytymisterapian koulutuksen saanut terapeutti.

2.2.1 Psykoterapian vaikuttavuustutkimusten taustaa

Ennen psykoterapian vaikuttavuustutkimuksia psykoterapian tutkimuskentässä olivat vallalla tapaustutkimukset. Näitä esitellään tarkemmin luvussa 2.4 psykoterapian vuorovaikutustutkimuksen kehityksen yhteydessä. Tapaustutkimukset palvelivat hyvin tarkoitustaan, kun muiden muassa Freud kehitti psykoanalyysiin toimivia terapiamenetelmiä. Tästä seurauksena psykoterapioiden voidaan nähdä syntyneen tapaustutkimusten avustuksella. Tämän käsillä olevan pro-gradu työn tutkimuksen kannalta on tärkeä selvittää, mikä psykoterapiassa vaikuttaa positiivisen hoitotuloksen

syntymiseen, joten seuraavaksi esittelen tässä luvussa psykoterapian vaikuttavuustutkimuksia 1950-luvulta 1970-luvun lopulle, jolloin psykoterapian tutkimus muotoutui nykyiselleen. Tässä luvussa esiteltävät tutkimukset ovat esimerkkejä siitä millainen epäselvyys psykoterapian tutkimuskentällä vallitsi kyseisenä aikana siitä, mitä psykoterapiasta oikeastaan pitäisi tutkia ja miksi.

Ensimmäinen varteenotettava psykoterapian vaikuttavuustutkimus oli brittiläisen psykologin Hans Eysenckin vuonna 1952 julkaisema artikkeli: ”The effects of psychotherapy”. Leimanin (2004, 2645-2646) mukaan Eysenckin tarkoituksena oli osoittaa psykoterapia vaikutuksiltaan olemattomaksi, mutta artikkelilla olikin huomattava merkitys kokeellisiin ryhmävertailuihin perustuvan psykoterapiantutkimuksen kehityksessä. Tästä käynnistyi suuri kiista psykoterapian tuloksellisuudesta, joka tuotti vuosikymmenten mittaan suunnattoman määrän julkaisuja, sekä puolesta, että vastaan. Seuraavaksi esitellään muutama näistä tutkimuksista, jotta saadaan syvempi käsitys psykoterapiatutkimusten kehityksestä.

Rosenbergin (1954) tutkimuksessa selvitettiin miten persoonallisuustekijät vaikuttavat psykoterapian lopputuloksen ennustettavuuteen. Hänen koeryhmänään oli 40 toisen maailmansodan veteraania ikähaarukasta 25-35- vuotta, joilla kaikilla oli psykoneuroottinen diagnoosi. (Tämä diagnoosi ei nykyään enää ole käytössä vaan sen tilalla käytetään pakko-oireista häiriötä.) Tulosten mukaan psykoterapiasta hyötyvät eniten potilaat, jotka ovat keskimääräistä älykkäämpiä, pystyvät tuottamaan assosiaatioita helposti, eivät ole jäykkiä, omaavat suuren määrän kiinnostuksen kohteita, kykenevät tuntemaan syvästi, ovat sensitiivisiä ympäristöönsä kohtaan, omaavat korkean energiatason ja ovat suhteellisen vapaita ruumiillisista oireista. Kokonaisuudessaan tämä tutkimus oli hyvin perinteinen kokeellinen tutkimus, joka jatkoi vielä samaa lääketieteellisen tutkimusperinteen linjaa. Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan myös pohtia onko mielekäästä mitata persoonallisuustekijöitä esimerkiksi sen pohjalta miten negatiivisena potilas kokee itsensä ja ympäristönsä. Puhuttaessa psykiatrisesta koehenkilöaineksesta on tärkeätä huomata, että tämä voi olla myös masennuksen syy, ja nykytietämyksen mukaan kaikkiin neuroottistasoisiin häiriöihin liittyy myös masennusta, josta tämä negatiivisuus voi myös olla oire (ks. esim. ICD-10, 1992).

Sloane ym. (1975) vertailivat tutkimuksessaan käyttäytymisterapian ja psykoanalyysin tuloksellisuutta. Otoksena tässä tutkimuksessa oli 94 avohoitopotilasta, jotka kärsivät erinäisistä neuroottisista tiloista. Koehenkilöt jaettiin kolmeen ryhmään, joista ensimmäisen ryhmän potilaat ohjattiin psykoanalyysiin, toisen ryhmän potilaat käyttäytymisterapiaan ja kolmas ryhmä jätettiin jonoon odottamaan ohjausta terapiaan, joten se toimi kontrolliryhmänä. Esi- ja jälkitestauksena

käytettiin standardoituja psykologisia testejä, oiremittauksia, standardoitua haastattelua, raporttia koehenkilön lähiomaiselta, joka oli tuntenut koehenkilön vähintään 12 vuotta, sekä lisäksi hoitavan terapeutin, potilaan ja ulkopuolisen henkilön arvioita. Tulosten mukaan neljä kuukautta terapian jälkeen kaikki kolme ryhmää olivat parantuneet oiretasolla, mutta molemmat terapiaa saaneet ryhmät olivat parantuneet huomattavasti enemmän kuin odotusjonossa oleva ryhmä. Käyttäytymisterapiaa ja psykoanalyysiä saaneiden ryhmien ero oli kuitenkin minimaalinen. Jälkiseurannassa vuoden päästä todettiin, että kaikki ryhmät olivat pitäneet oireensa samalla tasolla kuin neljä kuukautta terapian jälkeen. Tutkimustulosten mukaan kävi myös ilmi, että terapeutit käyttäytymisterapia- ja psykoanalyysiryhmässä erosivat toisistaan huomattavasti. Käyttäytymisterapeutit olivat paljon aktiivisempia, ohjaavampia ja puhuivat enemmän kuin psykoanalyttikot. Molempien ryhmien terapeutit saivat yhtä korkeat pisteet lämpimyydestä, mutta käyttäytymisterapeutit saivat korkeammat pisteet empatiasta ja yhdenmukaisuudesta. Mielenkiintoista oli kuitenkin, että nämä terapeuttien ominaisuudet eivät olleet yhteydessä terapian tuloksellisuuteen. Ehkä tässä kohtaa olisikin tärkeämpää pohtia voisivatko eri terapiamuodot sopia paremmin erilaisista oireista kärsiville potilaille tai persoonallisuustyypeille? Onko psykoterapioiden kentässä yhtä oikeaa absoluuttisesti parasta terapiaa vai voivatko ne kaikki toimia omalla tavallaan? (lisäksi ks.esim. Ellis, 1957; McNair ym., 1964; O’connor ym., 1964; Truax ym., 1968; Truax, 1970; Truax, 1971; Paar & Seeman, 1973; Richertin, 1976; Frey ym., 1976; Siassi & Messer, 1976).

Nämä edellä mainitut tutkimukset ovat hyviä esimerkkejä siitä, minkälainen epäjärjestys ja vastakkainasettelu psykoterapiatutkimuksessa vallitsi 1950- luvulta 1970- luvun lopulle. Tutkimukset olivat toisinaan hyvin vajaita ja niistä kaikista näytti puuttuvan jotain olennaista. Osittain tähän oli syynä vielä kehittymätön konsensus siitä, miten psykoterapiaa oikeastaan tuli edes tutkia. 1970- luvun lopulla meta-analyysit panivat väittelyille lopun tuoden yhteisymmärryksen sille, että psykoterapia on selvästi tehokkaampaa kuin spontaani parantuminen. Tämä kuitenkin ratkaisi käytännössä vain yhden kiistan, mutta ratkaisematta jäi, mihin psykoterapian tehokkuus perustuu. (Saarnio, 2002, 186.) Eysenckin artikkeli vaikutti myös stimuloivasti psykoterapian tuloksellisuustutkimuksen kehitykseen ja psykoterapiatutkimuksen metodologinen keskustelu oli vilkasta. Perusongelma muodostui siitä, että koska psykoterapiat olivat mielenterveysongelmien hoitomenetelmiä, ne rinnastettiin sairauksien hoitoon ja niiden vaikuttavuuden tutkimisen metodologia omaksuttiin asiaa suuremmin pohtimatta lääketieteen puolelta. Tältä pohjalta vaikuttavuustutkimuksia kehitettiin siten, että tavoitteeksi asetettiin psykoterapioiden ”vaikuttavan ainesosan” erottaminen spontaanista parantumisesta ja hoitojen suggestiovaikutuksista. Tästä

seurasi, että psykoterapiatutkimuksen metodiseksi ihanteeksi tuli kokeellinen ryhmävertailu, joka osoittautui käytännössä vaikeaksi ja kalliiksi, koska psykoterapiat kestivät pitkän aikaa – kahdesta viiteen vuotta. Toinen metodinen ongelma muodostui homogeenisten potilasryhmien kokoamisesta, koska diagnostiikka oli vielä hyvin kehittymätöntä ja potilaiden ongelmien yksilöllisyys oli hyvin vivahteikasta. Vertailuryhmien määrittäminen tuotti myös omat hankaluutensa, koska apua hakevat ihmiset pyrkivät saamaan apua tavalla tai toisella, eikä lumehoitoa psykoterapialle voitu pitää eettisesti hyväksyttävänä. Ongelmaksi nousi myös se, miten varmistaa, että psykoterapia oli laadultaan samanlaista, koska terapeutit olivat yksilöitä siinä missä potilaatkin ja heidän henkilökohtainen tapansa annostella ”vaikuttava aines” saattoi vaihdella niin paljon, että päätelmät tietyn terapiamuodon tehosta jäivät vaille perusteita. (Leiman, 2004, 2646-2647.)

Näihin edellä mainittuihin ongelmiin Hans Struppin johtama Vanderblit I- projekti pyrki vastaamaan suunnittelemalla uudenlaisen koeasetelman (ks. esim. Strupp & Hadley 1979). Tämän tutkimuksen koeryhmien vaihtelu pyrittiin minimoimaan ottamalla kokeeseen vain nuoria miesopiskelijoita, joilla oli erinäisiä ahdistuneisuusongelmia. Lisäksi koeryhmien heterogeenisyyttä pyrittiin minimoimaan teettämällä koehenkilöille MMPI- testi (Minnesota multiphasic personality inventory), jonka pohjalta vain tietyn profiilin saaneet koehenkilöt otettiin mukaan testiin. Koeryhmiä oli kaksi. Ensimmäinen koeryhmä oli terapiaryhmä ja toinen oli opettajaryhmä. Ensimmäistä koeryhmää hoitavat psykoterapeutit olivat kokeneita (työkokemus keskimäärin 23 vuotta) ja psykodynaamisen viitekehyksen omaavia. Toiseksi koeryhmäksi valittiin maallikkokeskustelu siten, että yliopiston opettajan tapasivat tämän ryhmän opiskelijoita sovitun ajan ja keskustelivat heidän ongelmistaan. Molempien ryhmien keskustelut nauhoitettiin. Koeryhmien lisäksi asetelmaan kuului kaksi verrokkiryhmää, joista toinen oli viivästetyn hoidon ryhmä ja toinen oli ryhmä, jolle ei tehty mitään toimenpiteitä. Näinkin loppuun asti huolellisesti suunnitellun ja tehdyn tutkimuksen tulos oli Struppille järkytys. Tulosten mukaan koeryhmien välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitsevää tulosta, toisin sanoen yliopiston opettajat olivat tilastollisten tunnuslukujen mukaan yhtä tehokkaita sosiaalisen ahdistuneisuuden hoitamisessa kuin kokeneet psykoterapeutit. Onneksi kaikki käydyt terapia- ja keskustelusessiot oli nauhoitettu, ja oli mahdollista ryhtyä selvittämään, mitä koeryhmien sisäiseen vaihteluun kätkeytyi. Tarkan tutkinnan jälkeen selvisi, että ensinnäkin psykiatrisella diagnostiikalla ei tavoiteta oireiden taustalla olevia ilmiöitä, koska ne liittyvät persoonallisuuden kehitykseen ja yksilöhistoriaan. Toiseksi potilaiden suhtautuminen oireiluunsa on hyvin vaihtelevaa ja vaikuttaa siihen, miten hoitavan osapuolen tulisi käsitellä potilaan oirehdintaa. Kolmanneksi jokaisella terapeutilla ja opettajalla oli oma toimintatapansa ja tyyliensä eli jokainen hoitavana osapuolena ollut toimi oman kokemus-, koulutus-

ja henkilöhistoriansa pohjalta. Siten alkoi olla selvää, ettei selkeitä tuloksia voi syntyä, jos niitä etsitään tutkimuskohteen kannalta irrelevantilla välineistöllä. (Leiman, 2004, 2647-2648.)

Psykoterapian vaikuttavuutta selvitettäessä ryhmävertailujen metodiikka ei ole kuitenkaan ainoa vaihtoehto. 1980-luvulta alkoi kehittyä myös tutkimussuuntaus, joka hahmottaa psykoterapian kehitystapahtumana. Tämä on varsin looginen kehitystrendi, kun pitää mielessä, ettei psykoterapiaa voi tutkia perinteisen lääketieteen keinoin. Tämä siksi, että somaattisessa hoidossa tulos on usein määriteltävissä elintoimintojen palautumiseksi normaaliksi, kun taas ihmiselämän ja psyykkisten toimintojen kuvaamisessa se on harhaanjohtava. (Leiman, 2004, 2651.) Tätä kautta on hyvin loogista tutkia psykoterapiaa ennemmin kehittyvänä tapahtumana, josta seuraa uudenlaisia tapoja suhtautua itseen ja ympäristöönsä, kuin tapahtumana jossa potilaan tila palautetaan samanlaiseksi, mitä se oli ennen terapiaa. Tällä tarkoitan sitä, että terapiassa ei ole mahdollista palauttaa potilaan kokema olotila entiselleen eli sairautta edeltävään aikaan, esimerkiksi skitsofreenikkaa ei voida parantaa skitsofreniasta, vaan hänelle voidaan terapiassa opettaa uusi tapa tai välineitä, joilla hän voi tulla toimeen sairautensa kanssa. Skitsofrenia toimii tässä hyvänä esimerkkinä, koska se on parantumaton sairaus, josta parhaimmillaan potilas voi saavuttaa lähes oireettoman tilan oikealla lääkehoidolla ja psykoterapialla. Toisekseen psyykinen sairaus jättää ihmisille aina kokemuksen sairaudesta, jota ei voida pyyhkiä pois hänen muististaan. Sen vuoksi psykoterapiassa tapahtuva hoito on hyvinkin erilainen prosessi kuin vaikkapa esimerkiksi murtuneen jalan hoito lääkärin vastaanotolla. Tässä tutkimuksessani on tarkoitus nimenomaan kuvata erään potilaan prosessi vaikeasta pakko-oireisen häiriön kärsimisestä oireiden hallinnan tilaan psykoterapiassa.

Stiles ym. (1991, 196-197) mukaan assimilaatiomallin kehittäminen sai alkunsa turhautumisesta perinteisiin prosessi-lopputulostutkimuksiin. Assimilaatiomallissa pyritään samaan kategoriaan kuuluvien merkityksellisten terapiakatkelmien tutkimiseen, joiden tarkoituksena on pitkällä aikavälillä terapiassa edistää asiakkaan muutosta. Tämä poikkeaa perinteisestä prosessi-lopputulostutkimuksesta siinä, että perinteisissä psykoterapiatutkimuksissa keskityttiin vain mittaamaan psykoterapia-asiakkaan alku- ja loppuoirehdinta, jättäen huomiotta kaikki yksityiskohtainen tieto, mitä terapiaprosessit pitivät sisällään. Assimilaatiomallissa uskotaan tämän yksityiskohtaisen tiedon olevan se avaintekijä, joka toistuu kautta terapiaprosessin, edistäen asiakkaan hyvinvointia. Assimilaatiomalli ei ole terapiaa ohjaava eli sen ei ole tarkoituksena todistella minkään erityisen terapian toimivuuden puolesta, vaan sen tarkoituksena on pyrkiä löytämään sekvenssejä, joita pystytään mittaamaan ja vertailemaan, ja tätä kautta tarjoamaan eri terapiatekniikoiden toimivuuden arviointivälineitä.

2.2.2 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Tämän tutkimuksen aineistossa käytetään pakko-oireisesta häiriöstä kärsivän asiakkaan hoitamiseen kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Tässä luvussa käydään läpi miten kognitiivinen käyttäytymisterapia on syntynyt ja mitä se on.

Kognitiivinen psykoterapia on yleisnimitys erilaisille kognitiivisesti suuntautuneille hoitomalleille, joiden tavoitteena on ihmisen henkilökohtaisten merkitysten ja merkitysrakenteiden selkiinnyttäminen ja muuttaminen. Muutos ilmenee asiakkaan ajatustottumuksissa, tunnekokemuksissa ja toiminnoissa. (Pylkkänen ym., 1996, 31.) Kognitiivinen käyttäytymisterapia kuuluu kognitiivisiin psykoterapioihin.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on psykoterapiamuoto, joka on kehitetty oppimis-, kognitiivisen ja sosiaalipsykologian teorioiden ja tutkimusten pohjalta. Terapian pääpaino on asiakkaan tämän hetken tilanteessa ja tulevaisuuden tavoitteissa. (Lehtonen & Lappalainen, 2005, 5.)

Käyttäytymisterapia syntyi 1950-luvulla ja se on kehittynyt hyvin nopeasti sen jälkeen. Sen suosioista tutkimuspiireissä kertoo mm. se, että jo 70-luvulla tieteellisissä lehdissä julkaistujen artikkelien määrä oli ohittanut psykoanalyttiset terapiat. Laajan tutkimuksen ansiosta käyttäytymisterapioiden menetelmiä on koko ajan parannettu. (Tuomisto 1997, 4.)

Lappalaisen ym. (2007, 7) mukaan kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden kehityksessä puhutaan kolmesta ”aallostaa”. Ensimmäisessä ”aallossa” päähuomio oli käyttäytymisen ja emootioiden muuttamisessa ehdollistamisen ja oppimisen periaatteiden avulla. Tähän ”aaltoon” sijoittuu myös ensimmäinen Suomessa järjestetty kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutus, joka alkoi Pylkkäsen ym. (1996, 32) mukaan 1969. Toisessa ”aallossa” huomio siirtyi enemmän kognitiiviseen suuntaan ja kiinnostuksen kohteita olivat muun muassa virheellinen ajattelu ja informaation prosessointi. Kolmannessa ”aallossa” 1980-luvun lopulla ilmaantui kaksi uutta funktionaaliseen käyttäytymisanalyysiin pohjautuvaa terapiamuotoa: hyväksymis- ja omistautumisterapia ja funktionaalisen-analyttinen psykoterapia. Kliinisen käyttäytymisterapian viimeaikaisen nopean kehittymisen taustalla on vuosikymmeniä jatkunut kielellisen käyttäytymisen perustutkimus. (Lappalainen ym., 2007, 7).

Tuomisto (1997, 3) tuo esille, että nimet käyttäytymisterapia (behaviour therapy) tai kognitiivinen käyttäytymisterapia (cognitive behaviour therapy) – kuten tällä hetkellä useimmiten ilmaistaan – tulevat siitä, että siinä painotetaan yksilön vuorovaikutusta (sosiaalisen) ympäristönsä kanssa. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa käsitellään sitä, miten ihminen käyttäytyy tai menettelee (ajattelee tai toimii) eri tilanteissa ratkaistakseen pulmiaan tai ongelmiaan. Kognitiivinen käyttäytymisterapia aloitetaan aina käyttäytymisanalyysillä eli analysoidaan yksilön vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa. Sen tavoitteena on saada selville yksilön ongelmia ylläpitävät tekijät tai niiden syyt.

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa terapian kulku etenee seuraavan mallin mukaan (Lehtonen & Lappalainen, 2005, 6-7):

1. Selvitys ja käyttymisanalyysi:

- Luodaan yleinen kuva asiakkaasta, parista, perheestä tai organisaatiosta
- Koetut ongelmat ja ongelma-alueet eritellään ja kuvataan ensin luettelomuodossa
- Kuvataan muut asiakkaan tilanteeseen vaikuttavat tekijät
- Kuvataan asiakkaan vahvuuksia ja asiakkaan tilanteeseen liittyviä myönteisiä asioita

2. Tiedon kerääminen:

- Tiedon keräämisessä voidaan käyttää seuraavia menetelmiä:
 - o Haastattelu
 - o Kotitehtävät
 - o Itsehavainnot
 - o Lomakkeet
 - o Havainnot tapaamiskerran aikana
 - o Läheisiltä saadut tiedot
 - o Dokumentit, asiakirjat
 - o Testit
- Tehdään analyysistä yhteenveto ja annetaan palaute asiakkaalle. Samalla tehdään asiakkaan kanssa käydyn keskustelun pohjalta mahdolliset tarkennukset ja korjaukset. Pohditaan mikä on keskeistä ja olennaista sekä miten asiat liittyvät yhteen – tehdään mahdollisia oletuksia asiayhteyksistä.

3. Tavoitteet:

- Hoidon tavoitteiden selventämisessä voidaan käyttää seuraavanlaisia kysymyksiä:
 - o Mitä asiakas haluaa?
 - o Mitä muut haluavat?

- Mitkä tavoitteet ovat mahdollisia annetuissa aikarajoissa?
4. Hoito-ohjelman tai –toimenpiteiden suunnittelu:
- Pohditaan yhdessä asiakkaan kanssa:
 - Mitä menetelmiä voitaisiin käyttää?
 - Mistä lähdetään liikkeelle?
5. Sopimus:
- Tehdään suullinen tai kirjallinen sopimus, jossa kuvataan:
 - Tavoitteet
 - Mahdolliset menetelmät
 - Mahdolliset velvoitteet
 - Mahdolliset kustannukset
 - Voimassaoloaika
6. Hoitotoimenpiteet:
- Hoitotoimenpiteisiin liittyviä pohdittavia asioita:
 - Mitä tehdään tapaamiskerran aikana?
 - Mitä tehdään tapaamiskertojen välillä?
 - Käytetäänkö muita hoidossa apuna tai tukena?
 - Miten hoitoa arvioidaan?
 - Yhteenveto hoidosta
7. Seurantaohjelma tai –jakso:
- Jos hoitoon liittyy seurantajakso, siihen liittyviä pohdittavia asioita:
 - Kuinka pitkä?
 - Mihin keskitytään?
 - Miten asiakas jatkaa eteenpäin?
 - Mahdolliset ongelmat?

Edellä mainitun mallin lisäksi onnistuneen terapian edellytyksenä on hyvä terapiasuhde, jossa asiakas ja terapeutti kohtaavat toisensa tasavertaisina (Lehtonen & Lappalainen, 2005, 5). Tämän johdosta käsillä olevan gradun tutkimuksessa pureudutaankin nimenomaan siihen, miten vuorovaikutus kehittyä terapiaprosessissa.

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa on tutkittu viime vuosina hyvin paljon. Se on osoittautunut sosiaalisten tilanteiden (ks. Herbert ym., 2002), julkisten paikkojen pelkojen (ks. Mitte, 2005), paniikkihäiriöiden (ks. Côté ym., 1994), ahdistuneisuuden (ks. Stanley & Novy, 2000),

traumaperäisen stressihäiriön (ks. Tarrier & Sommerfield, 2004), masennuksen (ks. Cuijpers ym., 2008), bulimian (ks. Johnson. ym, 1996), pakko-oireiden (ks. Warren & Thomas, 2001) sekä unettomuuden (ks. Espie ym., 2001; Smith ym., 2005) tehokkaaksi hoitomuodoksi. Myös muiden ongelmien hoidosta on saatu lupaavia tutkimustuloksia (Antony ym., 2008, 5).

2.3 Pakko-oireinen häiriö

Tässä luvussa esitellään pakko-oireinen häiriö, koska tämän pro-gradu työn tutkimuksen aineiston terapia-asiakas kärsii nimenomaan tästä häiriöstä. Lopuksi syvennymme siihen, miten pakko-oireista häiriötä hoidetaan kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa

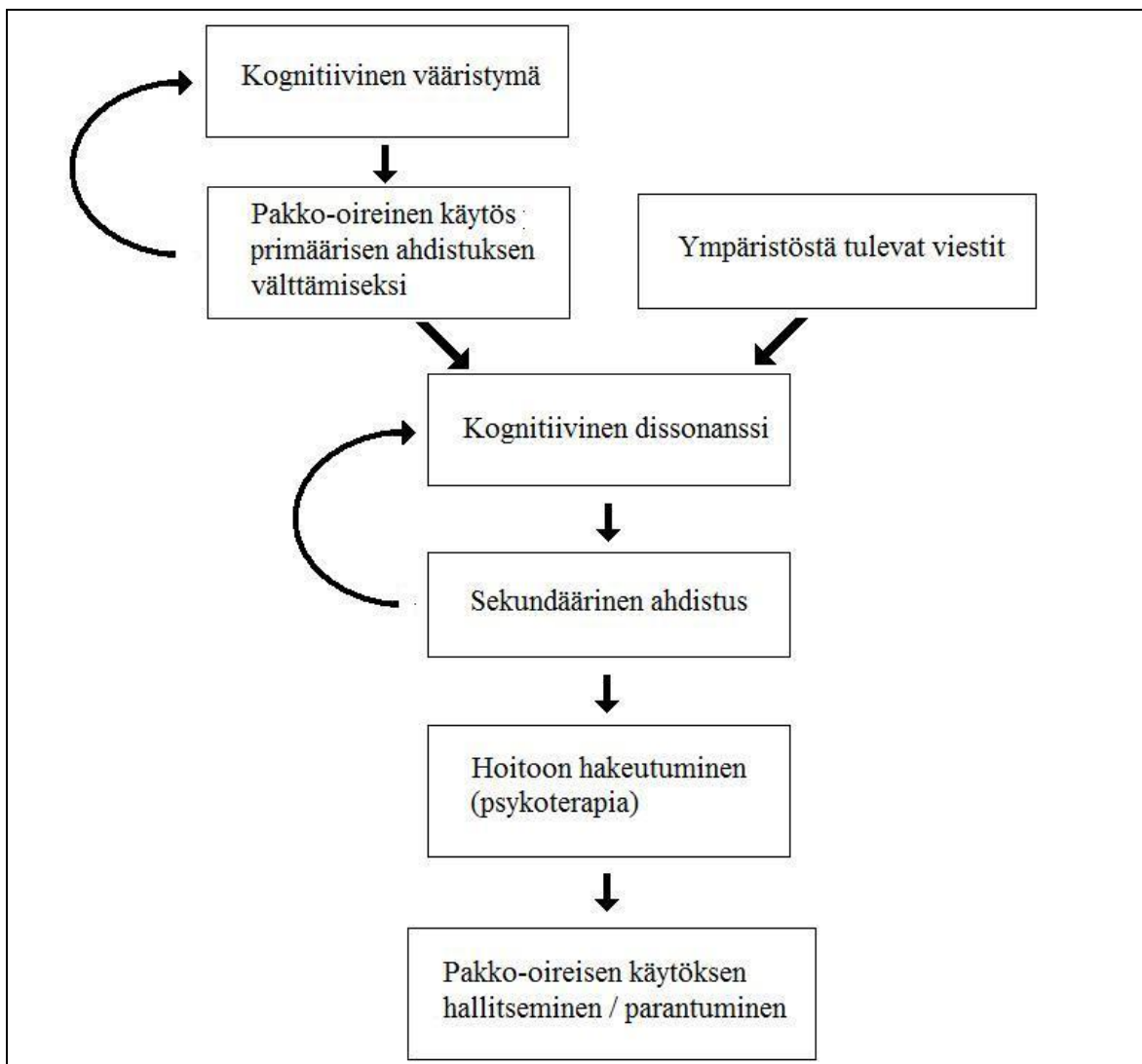
Pakko-oireinen häiriö kuuluu diagnostisesti ahdistuneisuushäiriöihin (Laaksonen & Turunen, 2008, 181) eli pakko-oireinen häiriö aiheuttaa sitä sairastavalle ihmiselle ahdistusta. Useimmiten pakko-oireet liittyvät aiheisiin, jotka ovat potilaalle uhkaavia tai vastenmielisiä. Ne ovat tahattomasti potilaan mieleen tai käyttäytymiseen ilmaantuvia ajatuksia, mielikuvia, impulsseja tai toimintayllykkeitä (emt., 182). Laaksonen ja Turusen (emt., 183) mukaan pakkoajatuksia pyritään usein poistamaan pakkotoiminnoilla. (Tarkemmin pakko-oireisesta häiriöstä, ks. esim. ICD-10, 1992).

Sosiaalipsykologisemmin kuvaten pakko-oireisesta häiriöstä kärsivälle potilaalle on muodostunut kognitiivinen vääristymä (ks. esim. Antony ym., 2008), joka pakottaa hänet toimimaan vasten tahtoa tai alitajuisesti tietyllä tavalla, esimerkiksi pesemään käsiä pakonomaisesti. Kyseinen henkilö ei siis kykene halutessaan olemaan pesemättä käsiä, koska se aiheuttaa hänelle sietämätöntä ahdistusta. Kutsun tätä gradussani primääriseksi ahdistukseksi (ks. kuva 1). Tätä primääristä ahdistusta välttääkseen henkilö kokee sisäistä pakkoa pestä käsiään, vaikka ne eivät edes olisi likaiset. Tätä käyttäytymismallia kutsutaan kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa välttämiskäyttäytymiseksi (ks. esim. Lehtonen & Lappalainen, 2005, 10). Välttämiskäyttäytymisestä johtuva noidankehä vahvistaa kognitiivista vääristymää. Tämä kognitiivinen vääristymä on kuitenkin ristiriidassa ympäristöstä tulevien viestien kanssa (esim. muilta ihmisiltä tulevat verbaaliset viestit) eli esimerkiksi henkilön läheiset ihmiset saattavat huomauttaa hänen epänormaalista toiminnasta ja tästä johtuen hänelle muodostuu kognitiivinen dissonanssi (ks. esim. Helkama, Myllyniemi & Liebkind, 2001, s. 159). Jossain vaiheessa tämä henkilön kognitiivisesta dissonanssista kumpuava sekundäärinen ahdistus kasvaa niin suureksi, että

hän alkaa hakea apua vielä tämän tässä vaiheessa tiedostamattoman ahdistuksen hoitoon (ks. kuva 1).

Nummenmaan (2006, 301) mukaan kognitiota ja emootiota ei välttämättä aina pystytä edes erottamaan toisistaan. Tässä pro-gradu työssä esitetyssä pakko-oireisen häiriön kehämallissa (ks. kuva 1) tämä näkyy siten, että pakko-oireisesta häiriöstä kärsivä henkilö ei kykene erottamaan kognitiivista vääristymää ja primääristä ahdistusta toisistaan, jolloin kehämäinen välttämiskäyttäytyminen vahvistaa itse itseään. Olen luonut alla olevan mallin sosiaalipsykologian, kognitiivisen terapian ja psykiatrisen tietoni pohjalta. Mallin tarkoituksena on selventää lukijoille miten pakko-oireinen häiriö toimii kehämäisesti ja terapian avulla tämä kehä on mahdollista katkaista, kun asiakkaan itsetuntemus pakko-oireisesta häiriöstä kasvaa.

Kuva 1: pakko-oireisen häiriön kehämalli



Pakko-oireisen häiriön hoidossa käytetään kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa altistamista ja rituaalien ehkäisemistä. Altistaminen ja rituaalien ehkäiseminen sisältää kaksi pääosaa: altistamisen pelättyyn tapahtumaan ja vapaaehtoisien rituaalisista pakkotoiminnoista pidättäytymisen. Toistuvien altistamisharjoitusten katsotaan olevan paras keino potilaan vääristyneiden assosiaatioiden ja arvioiden poistamiseen. Altistamisessa ja rituaalien ehkäisyssä käytetään kahta eri menetelmää, joiden molempien on tarkoitus herättää ahdistavia pakkoajatuksia. In vivo- altistamisessa potilas altistetaan pelättyyn tilanteeseen. Toinen menetelmä on mielikuville altistaminen, jossa potilas kuvittelee mielessään epäonnistuneen pakkotoimintansa seuraukset. Tämä auttaa potilasta ymmärtämään epärealistisen onnettomuuden kuvitelman ja todellisuuden eron. (Franklin ym. 2008, 185-186.)

Sekä in vivo että mielikuva-altistamiset suoritetaan askel kerrallaan. Käytännössä tämä tarkoittaa, että ne aloitetaan lievää ahdistusta tuottavista tilanteista ja jatketaan yhä vaikeammalle tasolle. Ensimmäiset altistamisharjoitukset aloitetaan potilaan valitsemalta ahdistustasolta. Järjestyksen tulee kuitenkin olla joustava ja sitä voidaan vaihtaa, jos hoidon aikana tapahtuu muutoksia alkutilanteeseen verrattuna. Jokaisessa terapiaistunnossa annetaan altistamisharjoitus kotitehtäväksi. Sen suorittaminen on tärkeää terapian onnistumisen kannalta. (Franklin ym. 2008, 186.)

Rituaalien ehkäisemisessä terapeutin tarkoitus ei ole estää potilasta turvautumasta rituaaleihin vaan kehottaa tätä pidättäytymään rituaaleista vapaaehtoisesti. Terapeutti pyytää potilasta myös kirjaamaan ylös kaikki epäonnistumiset rituaalien pidättäytymisestä ja keskustelemaan niistä terapeutin kanssa seuraavassa terapiaistunnossa, jolloin terapeutti antaa potilaalle positiivista palautetta hänen onnistumisistaan. (Franklin ym. 2008, 186-187.) Tutkimusten mukaan pakko-oireisen häiriön hoitamisesta kognitiivisella käyttäytymisterapialla on saatu hyviä tuloksia (ks. Warren & Thomas, 2001; Abramowitz, 2005).

2.4 Terapeutin vuorovaikutuksen tutkimus

Pylkkäsen ym. (1996, 28) mukaan psykoterapian vaikuttavana tekijänä voidaan nähdä psykoterapeuttisessa työskentelyssä potilaan ja psykoterapeutin vuorovaikutussuhde. Tässä pro gradu työssä keskitytään nimenomaan psykoterapiaprosessissa ilmenevien olennaisten ”käänteiden” vuorovaikutuksellisiin elementteihin, joten tässä luvussa käydään tarkemmin läpi mitä vuorovaikutus psykoterapiassa on ja miten sen tutkimus on kehittynyt nykyiseen muotoonsa.

Ihmisten välinen vuorovaikutus on sosiaalisuuden solmukohta, jossa yksilön persoonallisuuden sosiaaliset puolet muodostuvat ja jossa samalla rakennetaan ja ylläpidetään sosiaalista järjestelmää. Vuorovaikutuksessa tavoitellaan yhteistyöllä aikaansaataavaa tulosta tai keskustellaan, jotta saataisiin ongelma ratkaistua, päätös tehtyä tai vain käsiteltyä yhteisesti kiinnostavista asioista. (Helkama ym., 2001, 211, 216.) Näin voidaan kuvata myös psykoterapiaa vuorovaikutuksellisenä toimintana eli psykoterapian olennaisimpana osana voidaan nähdä vuorovaikutus. Tiuraniemen (1993, 27) mukaan terapeutin vuorovaikutuksen yhtenä olennaisena tekijänä voidaan nähdä hyväksyvän ilmapiirin aikaansaamista empaattisen suhtautumisen avulla. Tässä tavoitteena on luoda tilanne, jossa asiakas voi tarkastella omaa sisäistä maailmaansa ja vuorovaikutusmallejaan välittömän emotionaalisen kokemisen tasolla.

Vuorovaikutuksen osat jaetaan verbaaliseen ja non-verbaaliseen kommunikaatioon. Verbaalisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan sitä ilmisäilyä, mikä kommunikaatiossa tuotetaan. (Helkama ym., 2001, 222-223). Väisänen ym. (2009, 28) mukaan suurin osa vuorovaikutuksesta on non-verbaalista viestintää. Non-verbaaliseksi viestinnäksi luokitellaan keskusteluetäisyys, koskettaminen, katsominen, ruumiin liikkeet, eleet ja pukeutuminen. Terapeuttisessa vuorovaikutuksessa esimerkiksi terapeutin ojentessa nenäliinan asiakkaan itkiessä voidaan tulkita empatian osoittamiseksi. Tämän pro-gradun tutkimuksen aineisto on saatu äänittämällä terapiasessioita, joten non-verbaalia viestintää ei päästä tutkimaan. Osittain tähän on syynä psykoterapian yksityisyysluontoisuus, jossa asiakas ja terapeutti pyrkivät muodostamaan välillisen luottamuksellisen suhteen ja tätä luottamuksellista ja herkkää suhdetta videoiminen voisi helposti järkyttää, siksi tämän tutkimuksen analyysissä keskitytään varsinaiseen keskusteluun.

Vuorovaikutukseen kuuluu olennaisena osana aina myös roolijako, joka tarkoittaa sitä, että vuorovaikutukseen osallistuvat henkilöt tuottavat itse esimerkiksi puheessaan itselleen tietyn roolin (Helkama ym., 2001, 216-218). Psykoterapiassa roolit jakautuvat automaattisesti terapeuttiin ja asiakkaaseen. Tämän roolijaon pohjalta määräytyy molempien osapuolien odotettu käyttäytyminen terapeuttisessa vuorovaikutuksessa – asiakkaan odotetaan kertovan ongelmistaan ja terapeutin odotetaan suhtautuvan tähän ymmärtävän empaattisesti. Tiuraniemen (1993, 23) mukaan lähtökohtatilanne, jossa toinen ihminen hakee apua toiselta, on omiaan aktivoimaan aikaisempia vuorovaikutustilanteita tai asiakkaan sisäisiä vuorovaikutusmalleja. Suhtautuminen terapiaan on yhteydessä aikaisempiin auktoriteettikokemuksiin ja saattaa hyvinkin selvästi heijastaa terapiaan hakeutuvan henkilön yleistä elämänotetta. Myönteisten odotusten nähdäänkin olevan yhteydessä terapian onnistumiseen.

Terapiassa tapahtuvaan vuorovaikutukseen katsotaan olennaisesti liittyvän myös tunteiden käsittelyä, mutta eri tavalla kuin normaalissa kahden tasavertaisen ihmisen vuorovaikutuksessa (ks. Väisänen ym., 2009; Tiuraniemi, 1993; Antikainen & Ranta, 2008). Psykoterapiassa on kyse mielen maailmasta, ihmisen sisäisestä maailmasta. Sinne ei ole helppoa päästä toista. Yksinkin siellä helposti eksyy ja urautuu kiertämään aina samoja jälkiä. Empatia ja monet muut ominaisuudet terapeutissa ovat välttämättömiä, jotta yhteistyö lähtisi sujumaan. Vaatii suurta luottamusta kertoa toiselle asioista täysin omalta kannaltaan. Se herättää asiakkaassa herkästi pelon, ettei häntä oteta todesta. (Väänänen, 2008, 123.) Terapeutin tehtävä ammattihenkilönä on maksimaalisesti käyttää omaa mieltään ymmärtämisen välineenä ja pyrkiä välittämään ymmärryksensä asiakkaalle (Luostarinen, 2008, 39).

Terapiasuhteessa terapeutti ja asiakas lähtevät yhdessä läheiseen kokemukselliseen vuorovaikutukseen (Luostarinen, 2008, 56). Väisänen ym. (2009, 9, 11) näkevät vuorovaikutuksen keskeisenä sisältönä dialogisuuden. Dialogisen keskustelun taito on ammatillista tietoista toimintaa, jossa keskeistä on kieli eli se, mitä puhumme toinen toisillemme. Käsillä olevan pro-gradu työn tutkimuksessa pureudutaan nimenomaan psykoterapiassa tapahtuvien ratkaisevien ”käänteiden” dialogisuuteen eli mitä niissä tapahtuu terapeutin ja asiakkaan välisessä keskustelussa.

Seuraavaksi tehdään lyhyt katsaus psykoterapian vuorovaikutuksen tutkimuksen historiaan ja kehitykseen, jotta saadaan käsitys siitä, miksi tämän pro-gradu työn tutkimukseen on valittu juuri assimilaatiomalli (APES).

Ensimmäisistä psykoterapiatekniikoista 1900-luvun alusta lähtien, tapauskertomukset ovat olleet pääsääntöinen tapa esittää ja analysoida psykoterapia-aineistoja. Freudin tapauskertomukset, kuten ”Dora” ja ”Rottamies” ovat klassisia esimerkkejä. Tapauskertomuksissa kaikki viittaukset terapeutin ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen ovat olleet terapeutin muistin varassa. Tapauskertomukset yleensä sisältävät asiakkaan koko hoitoprosessin – niiden tarkoituksena on yrittää tiivistää tapahtumat jopa sadoista terapiasessioista. (Peräkylä ym., 2008, 7.)

Peräkylän ym. (2008, 7-8) mukaan sosiaalitieteelliset ja kielitieteelliset tutkimukset kiinnostuivat psykoterapiasta 1950-luvulla. Ensimmäinen merkittävä virstanpylväs tällä tutkimussektorilla oli antropologi-kielitieteilijä Charles Hockettin ja psykiatrien Robert Pittenger ja John Daheny välisen yhteistyön tuloksena syntynyt kirja ”The First Five Minutes”, jossa he kuvasivat hyvin yksityiskohtaisesti psykoterapeuttisesti orientoituneen psykiatrin ja asiakkaan välisen

ensihaastattelun alun. Heidän tarkoituksenaan oli yrittää ymmärtää ja kuvata, mitä käy ilmi psykiatrisessa haastattelussa. Heidän mielestään asiakasta ei voinut pyytää kertomaan terapiasessioista, koska asiakas olisi voinut itse värittää ja valikoida kertomaansa, siksi oli selvää, että he äänittivät terapiasessiot. (ks. Pittenger ym. 1960)

Toinen varhainen tutkimusprojekti alkoi myös 1950-luvulla antropologi Ray Birdwhistellin ja psykiatri Albert Scheflen toimesta, mutta varsinainen julkaisu tutkimuksen päätuloksista viivästyi 1970-luvun alkuun (tarkemmin ks. Scheflen, 1973). Tämä tutkimus keskittyy filmattuihin kokeellisiin psykoterapian alkusessioihin, joissa on osallisena skitsofreeninen asiakas, hänen äitinsä ja kaksi kokenutta psykoterapeuttia. Scheflen oli pääsääntöisesti kiinnostunut vartalon asennoista ja liikkeistä psykoterapiasession aikana. Hän osoittaa tutkimuksessaan kuinka puhe on yhteydessä vartalon asentoon, ja erottelee yhdeksän peruspositiota, esimerkiksi ”selittely” (explaining), ”passiivinen protestointi” (passive protesting), ”väittely” (contending) ja ”puolusteleminen” (defending). Tällä työllään Scheflen antoi suuren panoksensa eleiden sosiaalitieteelliseen tutkimukseen. (Peräkylä ym. (2008, 9.)

Seuraava merkittävä virstanpylväs sosiaali- ja kielitieteellisessä psykoterapian vuorovaikutuksen tutkimuksessa oli William Labovin ja David Fanshelin teos: ”Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation” vuodelta 1977. He tutkivat psykoterapeuttisen vuorovaikutuksen yhtä osaa, joka tässä tapauksessa oli 15 minuuttinen episodi nauhoitettua puhetta psykodynaamista terapiaa anorektikon kanssa. Tämä tutkimus paljastaa useita verbaalisen vuorovaikutuksen kerroksia fonologisista yksityiskohdista diskurssien raameihin. (Peräkylä ym. (2008, 9-10.)

Psykoterapian vuorovaikutuksen kielitieteellisen tutkimuksen perinnettä jatkoi Kathleen Warden Ferrara (1994) kirjassaan ”Therapeutic Ways with Words”. Hänen tutkimuksensa tarkastelee useita psykoterapiassa toistuvia diskurssi-strategioiden kielellisiä piirteitä, joita olivat esimerkiksi henkilökohtainen kokemuksellinen kertominen, unien kertominen, toisen puheen toistaminen (peilaaminen), metaforien rakentuminen ja lauseiden yhteismuodostaminen. (Peräkylä ym. 2008, 10.)

Psykoterapian vuorovaikutuksen tutkimisessa edettiin puhtaista tapaustutkimuksista prosessitutkimuksiin, joten seuraavaksi tässä luvussa käsitellään lyhyesti psykoterapian prosessitutkimuksen historiaa.

Psykoterapian prosessitutkimuksen tarkoituksena on yrittää löytää keinoja kuvata sitä muutosta, mikä asiakkaassa tapahtuu psykoterapian aikana, sekä miten terapeutin vuorovaikutus edesauttaa tätä muutosta. Eräs perinteinen suuntaus kuvata psykoterapiaprosessia on osallistujien toimintojen koodaus ja laskeminen. Yksi tämän suuntauksen kehittyneimmistä malleista on VRM eli verbal response model, jonka on kehittänyt Stiles (1992). VRM ei kuitenkaan toiminut halutulla tavalla, koska hyvän terapeutin odotetaan toimivan vastavuoroisesti asiakkaan sen hetkiseen käytökseen. Tätä terapeutin tapaa toimia ei pystytä mittaamaan kiinteästi määrättyllä instrumentilla, joka VRM niminomaan oli. (Peräkylä ym. 2008, 10-11.)

Yksi tapa tutkia psykoterapian vuorovaikutusta prosessina on CCRT (core conflictual relationship theme). CCRT:n tarkoituksena oli yrittää koodata asiakkaan selontekoja suhteessa toisiin ihmisiin. (tarkemmin ks. Luborsky & Luborsky, 1995). The Referential Activity Scale pyrki kuvaamaan asiakkaan puheen emotionaalisten ja non-verbaalisten kokemusten yhteyttä. (tarkemmin ks. Bucci, 1995). Psykoterapian prosessitutkimus kokonaisuudessaan sisältää vaikuttavan yrityksen ymmärtää, miten psykoterapia käytännössä toimii. Haasteet psykoterapian vuorovaikutuksellisten elementtien kuvaamisessa johtivat myös assimilaatiomallin kehittymiseen (Peräkylä ym. 2008, 11-13.) , josta kerrotaan tarkemmin luvussa 3.1.

3. Tutkimuksen metodit ja aineisto

Tässä luvussa esitellään aluksi tämän pro-gradu työn tutkimusongelma, jonka jälkeen esitellään tutkimuksen metodit mahdollisimman kattavasti. Lopuksi kuvataan tämän tutkimuksen aineisto ja sen keruuprosessi, jonka lisäksi käydään läpi tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä.

3.1 Tutkimusongelma

Huolimatta siitä, että psykoterapian vaikuttavuustutkimus yritti vuosikymmeniä parantaa menetelmiään mitata sitä, mikä psykoterapiassa oikeasti vaikuttaa, ei tähän kvantitatiivisilla menetelmillä näytetä saavan selitystä. Laskettaessa keskiarvoja ja tulkitessa todennäköisyyksiä jääkin jotain olennaista huomaamatta: jokainen asiakas on yksilö ja jokainen terapeutti on yksilö. Tästä aiheutuu se, että heidän välilleen muodostuu ainutkertainen vuorovaikutussuhde. Vaikka vuorovaikutussuhteet ovat ainutkertaisia, niistä on löydettävissä tiettyjä säännönmukaisia toimintatapoja, jotka ovat joko vuorovaikutusta edistäviä tai sille haitallisia. Näistä toimintatavoista on mahdollista koota kattava suuntaa antava ohjeistus psykoterapiaprosessin voimavaroista ja haasteista, jonka vuoksi sovellettaessa kvalitatiivista tutkimusotetta ja pyrkimällä tapausesimerkin avulla kertomaan, mikä kyseisessä terapiassa on toiminut, voidaan oppia toimivia menetelmiä hyvin konkreettisesti ja käytännönläheisesti, mikä taas voi tuoda varmuutta psykoterapeuttien työskentelyyn. Tässä pro-gradutyössä kuvaan ja analysoin yhden tapauksen kautta *sitä vuorovaikutuksellista muutosprosessia, joka psykoterapiassa saadaan aikaiseksi*. Analyysin apuna käytän Stilesin työryhmän (Stiles ym., 1990; Stiles ym., 1991) kehittämää assimilaatioanalyysimallia (APES) ja deduktiivista sisällönanalyysiä siten, että APES toimii käsitteellisenä onnistuneen psykoterapiaprosessin analyysirunkona, jonka valossa terapiaistuntojen kulkua tarkastellaan. Tämän pohjalta nostetaan tarkasteluun ne vuorovaikutukselliset tekijät, jotka pyrin deduktiivisen sisällönanalyysin avulla kuvaamaan.

3.2 Tutkimuksessa käytetyt metodit

Tämän tutkimuksen aineiston terapiaprosessin vaiheiden kuvaamisen pohjana käytetään assimilaatiomallia ja nämä eri vaiheissa ilmenevät vuorovaikutukselliset osat kirjoitetaan auki sisällönanalyysiä käyttäen. Seuraavissa alaluvuissa esitellään nämä metodit tarkemmin.

3.2.1 Assimilaatiomalli (Assimilation of Problematic Experiences Scale =APES)

Yksi perinteisille ryhmätutkimuksille vaihtoehtoinen psykoterapian tuloksellisuustutkimuksen metodologinen suuntaus on Stilesin ja Sheffieldin psykoterapiatutkimusryhmän (Stiles ym., 1990; Stiles ym., 1991) kehittämä assimilaatiomalli. Assimilaatiomallin avulla on kokeellisissa asetelmissä näyttäytynyt tilastollinen vaihtelu mahdollista purkaa auki tapaus tapaukselta. Tutkimalla tarkemmin onnistuneiden ja vähemmän onnistuneiden hoitojen prosessia, voidaan jälkikäteen tuottaa uutta tietoa esimerkiksi terapeuttisen yhteistyösuhteen ja hoidon teknisten elementtien vuorovaikutuksesta. (Leiman, 2004, 2652.) Tämä on juuri se syy miksi valitsin assimilaatiomallin tämän tutkimuksen strukturoiduksi analyysirungoksi: assimilaatiomalli antaa sen pohjan, jonka kautta minun on järkevää deduktiivisen sisällönanalyysin kautta pureutua siihen, millaiset terapiavuorovaikutuksen ulottuvuudet voisivat olla osallisia positiivisen hoitovastaan syntymiseen. Tässä luvussa käyn assimilaatiomallia tarkemmin läpi eli mikä se on ja mitä sen avulla on tutkittu.

Psykoterapiaprosessia mitataan yleensä tutkimuksissa minuutein ja sekunnein, kun taas tuloksellisuutta mitataan kuukausi- tai vuositasolla. Prosessitutkimukset keskittyvät yleensä hyvin kapea-alaisiin aspekteihin, kun taas tuloksellisuustutkimuksissa tyypillisesti keskitytään tuloksellisuuteen suhteessa koko persoonaan. Assimilaatiomallin alkuperäisenä tarkoituksena on yritys ratkaista aikaskaalan, prosessitutkimuksen kapea-alaisuuden ja tuloksellisuuden synnyttämä keskinäinen jännite yrityksellä identifioida tietyt problemaattiset kokemukset terapiassa ja seurata niitä terapiadialogissa koko terapiaprosessin ajan. Tällä tavalla saadaan aikaiseksi se, että terapian tuloksellisuus saadaan pilkottua pienempiin osiin ja tutkittua miten problemaattisten kokemusten muutos tapahtuu. (Stiles, 1999, 9.)

Assimilaatiomallin ensimmäisen version mukaan (ks. esim. Stiles ym. 1990) onnistuneessa terapiaprosessissa problemaattinen kokemus assimiloituu vaiheittain skeemaan. Problemaattinen kokemus voi olla traumaattinen muisto, hylätty halu, ylitsevuotavainen tunne tai mikä tahansa ajatus, asenne tai aikomus, joka on henkilölle uhkaava tai kivulias. (Stiles, 1999, 10). Problemaattisen kokemuksen assimilaatio on yleinen muutosmekanismi – komponentti useissa tai jopa kaikissa psykoterapioissa. Se sisältää laajan kirjon ilmiöitä, mukaan lukien potilaan käytöksen kognitiiviset ja affektiiviset piirteet. Assimilaatiomalli on integratiivinen, se saa vaikutteita psykodynaamisista-, kokemuksillisista-, kognitiivis-käyttäytymistieteellisistä-, persoonan kehitys-, kognitiivisista- ja kehitysteorioista. (Stiles ym., 1990, 411.)

Assimilaatiomallin ei ole tarkoitus olla terapiaa ohjaava, sen ei ole tarkoitus tarjota terapeutille lähestymistapaa tai metodologiaa käytettäväksi ohjaamaan muutosta terapiassa. Sen tarkoitus on tehdä terapian sekvenssit tunnistettaviksi ja antaa väline arvioida terapian toimivuutta. (Stiles ym., 1990, 411.)

Stilesin (1990, 411-412) mukaan assimilaatiomallin tärkeimmät käsitteet ovat *skeema*, *problemaattinen kokemus* ja *assimilaation ja akkomodaation* (uuden informaation sisällyttäminen vanhaan skeemaan) *täydentävä prosessi*.

Skeema on laaja käsite, jota voidaan pitää viitekehyksenä, elämäntapana, narratiivina, metaforana, tai teemana. (Stiles, 1999, 10). Stiles ym. (1990, 412) määrittelevät Apes-mallissa sovellettavan skeeman tutuksi ajattelutavaksi, toisin sanoen tavaksi suhtautua uusiin kokemuksiin, kuitenkin tunnustaen sen kirjavan käytön eri konteksteissa mm. kehitys- ja kognitiivisissa teorioissa. Pidettäessä mielessä, että skeema käsitettä määritellään monin eri tavoin, Stiles ym. (emt., 1990, 412) on ottanut sen käyttöön Apes-malliin yleisenä ja kattavana. Skeema on yleinen termi, joka voi viitata tiiviisti organisoituun teoriaan, metaforaan, narratiiviin, skriptiin tai löyhemmin järjestäytyneeseen assosiaatioiden verkostoon, sisältäen molemmat; mielen sisällön ja toiminnan kirjon (Stiles ym., emt., 1990, 412). Onnistuneessa terapiaprosessissa potilaan skeema muuntuu siten, että problemaattinen kokemus sulautuu siihen ja asiakas tavalla tai toisella hyväksyy probleeman olemassaolon, eli aikaisemmin problemaattisena pidetty kokemus tulee osaksi skeemaa (Stiles, 1999, 10.). Stilesin ym. (1990, 412) mukaan juuri tämä terapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus on se olennainen osa, joka muokkaa potilaan skeemaa.

Problemaattinen kokemus on käsitys, näkemys, aikomus, impulssi, asenne, halu, fantasia tai ajatus, joka aiheuttaa psykologista epämukavuuden tunnetta, kun se tulee tietoiseksi tai toiminnaksi. Ei-assimiloituneet kokemukset eivät välttämättä ole kaikki problemaattisia, vaan tässä mallissa sovelletaan vain niitä, jotka ovat problemaattisia. Tarkoituksena ei ole myöskään pyrkiä jäljittämään problemaattisten ongelmien etiologiaa. Kokemuksia voidaan kuvata mielensisäisenä raakamateriaalina, kun taas skeemat ovat kognitiivisia rakenteita, johon ne sisältyvät. Tätä kautta problemaattisia kokemuksia voidaan ajatella kokemuksina, jotka eivät ole adekvaatisti sulautuneita tarjolla olevaan skeemaan. Tästä johtuen niistä puhuminen tai niiden ajattelemisen ei ole henkilölle selvää, vaan ennemminkin epä johdonmukaista ja ristiriitaista. Ne aiheuttavat henkilölle psykologista tuskaa ja hämmennystä, tai ne aiheuttavat käytöstä, joka heikentää suhteita muihin ihmisiin. Tämän ristiriitaisuuden tuomasta epämukavuudesta johtuen henkilö voi kuvata

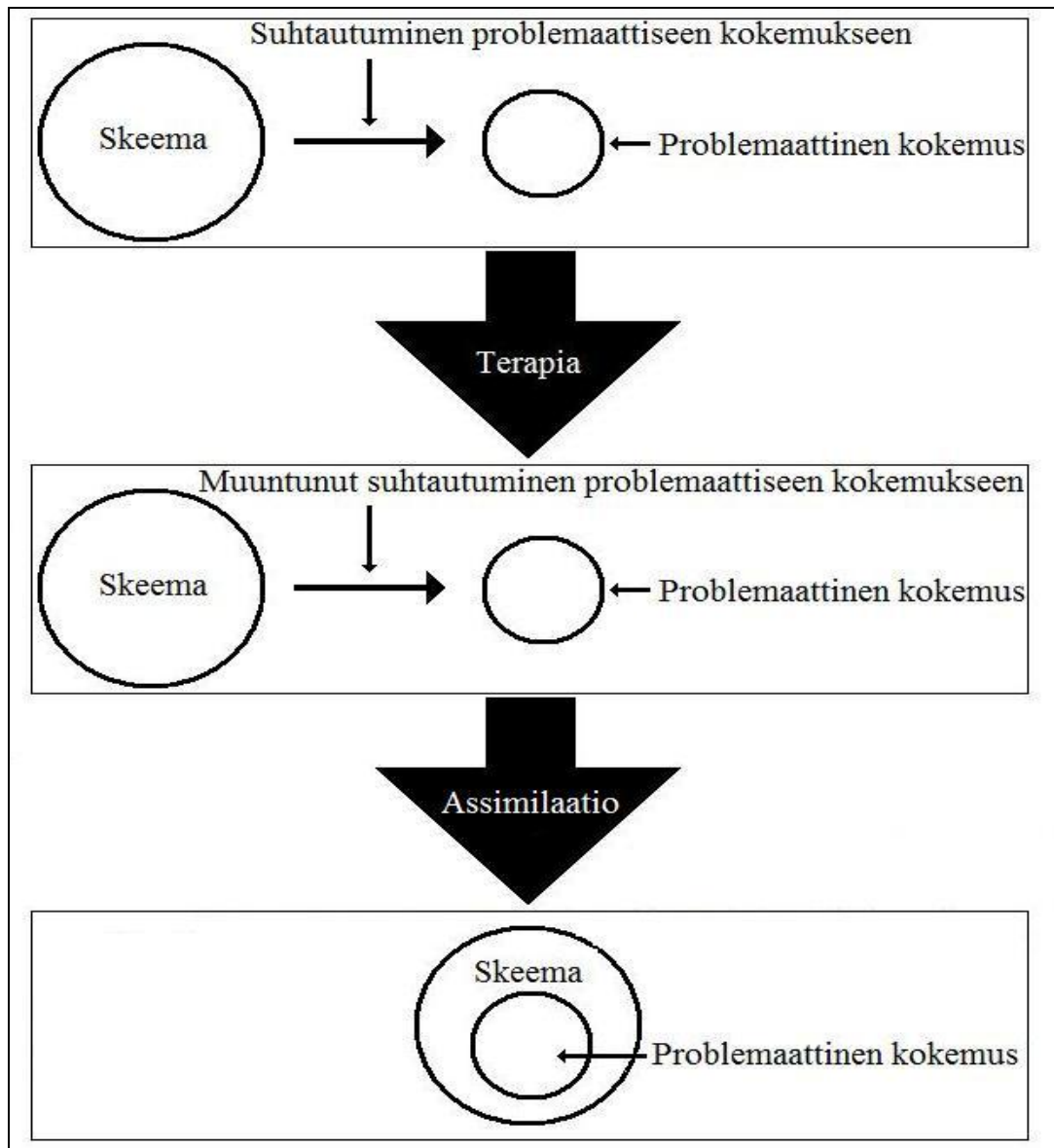
kokemustaan sanomalla ”en tiedä mitä tämä tarkoittaa” tai ”tämä ei ole minulle tyypillistä” tai en voi sietää tätä itsessäni”. Hänellä ei ole skeemaa itsestään kyseisen kokemuksen hallitsijana, joten hän kuvaa sitä itsestään ulkopuolisena. (Stiles ym., 1990, 412.)

Assimilaatio käsitteenä on lainattu Piagetin kognitiivisen kehityksen teoriasta. Assimiloidessa uuden kokemuksen skeema ikään kuin ottaa sen osaksi itseään – integroi sen, selittää sen mielekkääksi, sisällyttää sen assosiaatioiden systeemiin. Täysin ei-assimiloituneita kokemuksia voidaan kuvata epämääräisiksi, torjutuiksi, kielletyiksi tai tukahdutetuiksi. Osittain assimiloituneita kokemuksia voidaan kuvata vääristyneiksi tai sekaviksi. Kun kokemus on assimiloitunut, aikaisemmin ongelmalliseksi koettu kokemus tulee osaksi skeemaa, eli skeema tulee koostuneemmaksi johtuen terapiassa tapahtuvien henkilökohtaisten oivalluksien tai käsitysmuutosten kautta. Täysin assimiloitunutta kokemusta voidaan kuvata psykologisesti hyväksytyksi, vaikka ne itse asiassa koskisivat epämiellyttäviä asioita. (Stiles ym., 1990, 412, 414) Yksi esimerkki assimilaatiosta on John Jonesin tapaus, jossa havainnollistetaan kuinka potilaan terapian alussa osoittama homoseksuaalisen suuntautumisen hyväksymisestä kieltäytyminen ja sen vastustus muuntuu terapiaprosessin aikana omien tunteiden hyväksymiseksi. (Stiles ym., 1992).

Täydentävä prosessi, *akkomodaatio*, tapahtuu yhtä aikaisesti assimilaation kanssa. Akkomodaatio viittaa muutokseen sekä skeemassa, että kokemuksessa, joita tarvitaan näiden kahden tekijän kykyyn tulla keskenään toimiviksi eli kykeneviksi sulautumaan yhteen. Tällä tarkoitetaan sitä, että jotta problemaattinen kokemus voi tulla assimiloituksi, molempien – kokemuksen ja skeeman – tulee muuttua, jotta ne voivat sovittautua yhteen. Assimilaatio ja akkomodaatio ilmenevät samanaikaisesti ja erillään toisistaan psykoterapiaprosessin aikana. (Stiles ym., 1990, 412-413.)

Edellä kuvattujen määrittelyjen valossa assimilaatiomallin prosessi ilmenee käsillä olevan tutkimuksen aineistossa siten, että potilas oppii käsittelemään pakko-oireitaan eli problemaattista kokemusta siten, etteivät ne enää aiheuta hänelle ahdistusta. Tästä seurauksena hän saa kokemuksen, että hänen pakko-oireensa ovat hallinnassa, josta seurauksena hallittu problemaattinen kokemus sulautuu eli assimiloituu osaksi hänen skeemaansa, eli potilaalla on kokemus, jonka mukaan hän kykenee suhtautumaan toimivalla tavalla aikaisemmin pakko-oireita aiheuttaneisiin tilanteisiin (ks. kuva 2; Stiles ym., 1990).

Kuva 2: Apes-kuva



Kun problemaattinen kokemus assimiloituu, se käy läpi ennalta ennakoitavat vaiheet, jotka on kuvattu assimilaatiomallissa (Stiles, 1999, 10.). Jatkossa tässä pro-gradussa käytetään lyhennettä APES puhuttaessa assimilaatiomallista. APES tulee sanoista Assimilation of Problematic Experiences Scale. APES on kuvattu taulukossa 1. Stilesin ym. (1990) mukaan onnistuneessa psykoterapiassa asiakas käy läpi muutosprosessin taulukossa 1 kuvatulla tavalla. Assimilaatiomallin tarkoitus on kuvata asiakkaan edistymistä psykoterapiaprosessin aikana siten, että hän etenee tasolta toiselle. Tasolla 0 asiakas torjuu ongelmallisen kokemuksen. Tasoilla 1-3 asiakas alkaa tiedostaa ongelmaansa ja negatiivisten emootioiden määrä kasvaa. Tasolla 4 asiakas alkaa ymmärtää ongelmaa, mikä aiheuttaa emootioissa vaihtelua positiivisten ja negatiivisten välillä. Tasoilla 5-7 asiakas työskentelee aktiivisesti ratkaistakseen ja hallitakseen ongelman. Tässä vaiheessa emootiot

ovat positiivisia. Käytännössä assimilaatiomallin mukaan asiakkaan edistyminen ei etene yksinkertaisesti tasolta toiselle, vaan tasot voivat mennä päällekkäin, ja jokainen asiakas ei terapiaan tullessa aloita tasolta 0, vaan se vaihtelee asiakkaan ongelman tiedostamiskyvyn ja prosessoinnin mukaan.

Taulukko 1: assimilaatiomalli (APES) (Stiles, 1999, 11)

-
- 0 = Ongelman torjunta. Asiakas ei tiedosta ongelmaansa. Mikäli asiakas aktiivisesti välttää emotionaalisesti häiritsevää ongelmaa, voidaan sen katsoa olevan tiedostamaton.
- 1 = Ongelman esiintulo. Asiakkaan puheessa alkaa esiintyä viittauksia nouseviin ongelmiin ja epämiellyttäviin emootioihin, mutta hän kuitenkin välttää sen ajattelemista.
- 2 = Esitiedustus. Asiakas kertoo ongelman olemassaolosta ja siihen liittyviä emotionaalisesti häiritseviä ajatuksia, mutta hän ei pysty konkreettisesti muotoilemaan ongelmaansa.
- 3 = Ongelman selkiytyminen. Asiakas tiedostaa ongelman ja kykenee sen työstämiseen. Ongelma nostaa negatiivisia emootioita, jotka ovat hallittavissa.
- 4 = Ongelman ymmärtäminen. Asiakas sijoittaa ongelman skeemaan ja alkaa oivaltaa asioiden välisiä yhteyksiä. Emootiot vaihtelevat negatiivista positiivisiin.
- 5 = Ongelman työstäminen. Asiakas alkaa ratkoa ongelmia kokeilemalla erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Emootiot ovat positiivisia.
- 6 = Ongelman ratkaisu. Asiakas ratkaisee ongelman, josta viriää positiivinen emootio.
- 7 = Ongelman hallinta. Asiakas automaattisesti soveltaa löytämänsä ratkaisua uusiin tilanteisiin.
-

Seuraavaksi käyn läpi, miten Apes:ia on sovellettu psykoterapioiden käytössä, mikä on tärkeää siitä syystä, että se tekee ymmärrettävämmäksi Apes:in käyttötarkoituksen. Tarkoituksena on myös luoda pohjaa sille miksi tähän tutkimukseen on valittu Apes osaksi metodologia sisällönanalyysin ohella.

Fieldin ym. (Field ym.,1994) tutkimuksen tarkoituksena oli muodostaa systemaattinen proseduuri, jolla pystytään erottelemaan assimilaatioprosessin olemus (essence). Tämän tapaustutkimuksen potilaaksi valikoitui 42-vuotias nainen, joka hakeutui terapiaan masennusoireiston takia. Hän ei terapiaan hakeutuessaan tunnistanut sairauttaan masennukseksi vaan kuvaili pelkkiä masennuksen oireita. Potilaan terapeuttina toimi 36-vuotias psykoterapeutti, joka oli saanut koulutuksen psykodynaamisinterpersonaaliseen- ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Terapia kesti kahdeksan terapiasessiota. Potilaan viikoittaista psyykkisen voimien parantumista mitattiin

kyselylomakkeella, jokaisen viikottaisen terapiasession jälkeen. Terapiaprosessin edistymisen mittaamiseen käytettiin Apes-mallia. Tulosten mukaan terapiaprosessista saatiin mitattua tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$) positiivinen lineaarinen kehityskulku, joka on yhdenmukainen Apes-mallin kanssa (tarkemmin ks. emt.). Fieldin ym. (emt., 404) mukaan tutkimuksen alkuperäinen idea oli saada tehtyä puhtaasti kvantitatiivinen tutkimus Apes-mallista, mutta tutkijat joutuivat kuitenkin osittain käyttämään kvalitatiivisiakin menetelmiä. Kvalitatiivisia menetelmiä jouduttiin käyttämään arvioitaessa terapiasessioiden litteraatioista tähän tutkimukseen sopivia kohtia ja muodostettaessa niistä usean eri arvioitsijan konsensuslausumia. Käytettäessä kvalitatiivista metodologiaa kvantitatiivisen tukena, saatiin litteraatioiden kontekstuaalisuus tuotua esille aineistosta. Tämä tukee sitä, miksi tämän gradun tutkimusmetodiksi on valittu kvalitatiiviset menetelmät. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että kvantitatiivinen metodi ei yksinään antaisi parasta mahdollista kuvausta terapiassa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta, koska tutkittaessa vuorovaikutusta psykoterapiassa on konteksti suurin yksittäinen tekijä, joka ohjaa koko prosessia. Sen vuoksi, että psykoterapia kontekstina ohjaa molempien, terapeutin ja asiakkaan, rooleja ja oletuksia odotetusta vuorovaikutuksesta.

Osatuken ym. (2007) tutkimuksessa kuvaillaan assimilaatiomallin avulla masentuneen henkilön sisäisestä puheesta aiheutuvaa alistuneisuutta ja passiivisuutta, eli masentuneen henkilön sisäinen puhe on lannistavaa ja tämä peilautuu hänen vuorovaikutuksessaan. Tällainen sisäinen puhe voi aiheuttaa psykologista kärsimystä, josta johtuen henkilö pyrkii aktiivisesti vastustamaan, välttämään tai torjumaan sen, mutta tästä aiheutuu kuitenkin se, että negatiivinen sisäinen puhe tulee tiedostamattomaksi. Osatuke ym. (emt., 155-156, 162) tutkimuksen potilas diagnosoitiin BDI-testin perusteella vakavasti masentuneeksi ennen terapiaa ja terapian päätyttyä BDI-testin tulosten perusteella potilas ei ollut enää masentunut. Hän kävi kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa 16 kertaa. Terapeutina toimi noin 50-vuotias psykologi, joka ei käyttänyt assimilaatiomallia terapian suunniteluun tai toteutukseen. Itse asiassa assimilaatioanalyysiä sovellettiin vasta jälkikäteen tässä tutkimuksessa, jotta saatiin terapiaprosessi ja siinä tapahtunut ”parantuminen” tutkijoille ymmärrettävämmäksi. Tällä tavalla myös tämän gradun tutkimusosuus on pyritty rakentamaan. Osatuken ym. (emt., 162-163) tutkimuksen tulosten mukaan tutkimuksen aineiston potilaan sisäinen puhe muuntui terapiaprosessin aikana negatiivisesta positiiviseksi, mistä johtuen hänen masennusoireensa paranivat. Assimilaatiomallin pohjalta tämä tarkoitti sitä, että potilaan positiivinen (itsearvostus) ja negatiivinen (itsesyytökset) sisäinen puhe tulivat hänelle tietoisiksi. Tätä kautta hän oppi hallitsemaan omaa sisäistä puhettaan. Onnistuneena terapeutisena tuloksena tutkimuksessa nähtiin se, että terapiassa potilas kykeni rakentamaan ymmärrystä (tai hallintaa)

omien erilaisten sisäisten puheidensa välille - positiivisella sisäisellä puheella henkilö voi esimerkiksi nujertaa aiheettomat itsesyytökset. Kognitiivisissa terapioidissa tätä sisäistä puhetta kutsutaan automaattiajatuksiksi (Ledley & Heinberg, 2008, 77.). Pakko-oireisessa häiriössä automaattiajatuksia ohjaavat asiakkaan käytöstä aiheuttaen hänelle ahdistusta (tarkemmin ks. luku 2.3., s. 12).

3.2.2 Sisällönanalyysi

Koska Apes-malli ei yksinään pysty kuvaamaan psykoterapiaprosessissa tapahtuvaa vuorovaikutusta, tässä tutkimuksessa hyödynnetään lisäksi sisällönanalyysiä kuvaamaan Apes-mallin pohjalta nousseiden terapiassa ratkaisevien ”käänteiden” vuorovaikutusta potilaan ja terapeutin välillä. Näin saadaan psykoterapiassa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta mahdollisesti tuotua paljon informaatiota esille. Seuraavaksi esittelen, mitä sisällönanalyysi on ja tarkemmin, miten sitä käytetään tässä tutkimuksessa.

Sisällönanalyysiä voidaan pitää laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 91). Se on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysin avulla on aineistosta tarkoituksena saada tuotettua lyhyt ja yleinen kuvaus tai tuoda esille selkeä kuvaus tutkittavien ilmiöiden välisistä suhteista. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 21, 23). Tämän pro-gradun tutkimusaineiston analyysissä noudatetaan jälkimmäistä kuvataessa psykoterapian vuorovaikutuksellista olemusta.

Jos alkuperäisaineiston ilmauksia luokitellaan yhteenkuuluvuuden perusteella ja abstrahoidaan niitä yleiskäsitteiksi, edetään tutkimuksessa induktiivisesti. Jos taas aineistosta etsitään sisällöllisesti valmiiseen viitekehykseen sopivia asioita, kyseessä on deduktiivinen eteneminen. Sisällönanalyysi voi siis olla aineistolähtöistä, teoriaohjautuvaa tai teorialähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi, 2003, 95-97.) Teorialähtöinen sisällönanalyysi nojaa johonkin tiettyyn teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun. Tällöin tutkimuksessa kuvailaan tämä malli ja sen mukaan määritellään mm. tutkimuksessa kiinnostavat käsitteet. Kyse on siis siitä, että aineiston analyysiä ohjaa valmis aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 97). Tässä tutkimuksessa edetään deduktiivisesti, jolloin kyseessä on teorialähtöinen sisällönanalyysi. Käytännössä tämä

tarkoittaa, että tämän pro-gradu työn tutkimuksen analyysi on rakennettu APES-mallin pohjalta, jonka jälkeen se analysoidaan sisällönanalyysillä tarkemmaksi.

Sisällönanalyysissä voidaan karkeasti erottaa seuraavat vaiheet: *analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi*. Analyysiprosessin eri vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti ja usein analyysi on edellä esitettyä monivaiheisempi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 24.)

Analyysiyksikkö voidaan määritellä eri tavoin. Se voi olla aineistoyksikkö (esimerkiksi dokumentti) tai aineiston yksikkö (esimerkiksi sana tai lause). Olipa kyseessä sitten aineisto- tai teorialähtöinen sisällönanalyysi, on analyysiyksikön määrittelemisen olennaista ennen analyysiprosessin aloittamista. Analyysiyksikön määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 25.) Käsillä olevassa tutkimuksessa analyysiyksiköksi on valittu kahdesta tai useammasta puheenvuorosta koostuva asiakokonaisuus, koska tutkittaessa vuorovaikutusta tulee ottaa huomioon molempien osapuolien lausumat.

Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2001, 30) mukaan teorialähtöisessä sisällönanalyysissä *aineiston luokittelu* perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehykseen tai käsitejärjestelmään. Tällöin analyysiä ohjaa malli, teemat tai käsitekartta. Tämän tutkimuksen aineiston analyysiä ohjaa APES-malli siten, että aineistosta poimitaan ne vuorovaikutukselliset osat, jotka voidaan APES-malliin pohjautuen nähdä ratkaisevina käänteinä terapiaprosessissa. APES-malli toimii siis tämän tutkimuksen analyysirunkona. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä *aineiston pelkistäminen ja luokittelu* toteutetaan etsimällä aineistosta systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 32.). *Aineistoon tutustuminen* ja sen *tulkinta* suoritetaan tässä tutkimuksessa luvussa neljä.

Laadullisen tutkimuksen *luotettavuuskysymykset* liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Aineiston analysoinnissa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Arvioitaessa kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. Yleisten laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymysten lisäksi sisällönanalyysiä käytettäessä haasteena on, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Toisin sanoen tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulostensa välillä. Luokittelun

luotettavuus on olennainen tekijä, jotta tekstistä voidaan tehdä valideja päätelmiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 36-37.) Tämän tutkimuksen analyysin luotettavuuden testaamisessa käytetään kahta viimeisen vuoden psykologian opiskelijaa asiantuntijapaneelina. Asiantuntijapaneelin tehtävä on siis arvioida sitä, kuinka luotettavasti tutkija on onnistunut aineiston luokittelussa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 37). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että nämä kaksi psykologian opiskelijaa saivat lyhyen opastuksen APES-koodaukseen, jonka jälkeen he poimivat anonymisoidusta litteraatiosta ne kohdat, jotka sopivat APES-taulukkaan ja pisteyttivät nämä APES-taulukkaan pohjautuen.

3.3 Tutkimuksen aineisto ja analyysin eteneminen

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty 26.9.2008 – 12.11.2008 välisenä aikana erään psykoterapeutin ja hänen asiakkaansa välisistä terapiasessioista äänittämällä. Yhteensä äänitetyjä terapiasessioita on kaksi kappaletta (à n. 45 min.), jotka ovat tämän kyseisen terapeutin äänittämiä. Alkuperäinen suunnitelma oli saada äänitettyä koko terapiaprosessi joka terapiakerralta, mutta tämä ei toteutunut ja siksi äänitteitä on vain kaksi kappaletta. Terapiakäyntejä oli kokonaisuudessaan 8 kertaa. Koska alkuperäinen suunnitelma ei toteutunut, lisäksi suoritettiin terapeutin haastattelu (ks. liite 2) sähköpostitse, jota käytetään tämän psykoterapiaprosessin onnistumisen evidenssinä.

Tutkimusaineiston terapia-asiakas on nainen, joka kärsii pakko-oireisesta häiriöstä ja on tätä hoidattamaan saapunut terapiavastaanotolle. Psykoterapeutina toimii kokenut psykologi, joka on saanut kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutuksen.

Aineisto on äänitetty siten, että ensimmäinen äänite on terapeutin ja asiakkaan välisen ensikäynnin nauhoite, toinen äänite on nauhoitettu noin kuukauden kuluttua ensikäynnistä. Ensimmäisen ja toisen terapianääneitteiden välissä oli kaksi terapiakäyntiä, joista ei ole äänitteitä. Tämän lisäksi asiakas teki terapiassa sovittuja harjoitteita yksin ja terapeutin tukemana. Tässä kohden on tärkeä huomauttaa aineiston vähäisyyteen viitaten, että kuten Kuula (2006, 107) kirjoittaa tutkittavalla on mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen ja tämä voi tutkijan näkökulmasta tuntua turhauttavalta. Tämän tutkimuksen asiakas ei perunut osallistumisestaan tutkimukseen, vaan koki ”parantuneensa” pakko-oireisesta häiriöstä ja tästä seurauksena perui viimeisen terapiakäynnin, joten terapeutti ei pystynyt sitä äänittämään. Aluksi tarkoituksena oli kuvata tässä tutkimuksessa koko asiakkaan terapiaprosessi, mutta koska äänitteitä ei saatu kuin kaksi kappaletta, kuvataan tässä

tutkimuksessa onnistunut terapiaprosessi niiltä osin kuin näistä nauhoitteista saadaan materiaalia Apes-malliin.

Äänitteet on litteroitu sanatarkasti paperille, mutta niistä on jätetty pois osia, joista voisi selvittää tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja, toisin sanoen litteroinnin yhteydessä aineisto on anonymisoitu. Litterointitarkkuudessa on noudatettu sisällönanalyysin vaatimuksia. Litteroitua tekstiä nauhoitetusta aineistosta kertyi 43 A4-sivua.

Kun analyysiyksikkö oli määritelty ja aineisto litteroitu, tutustuin aineistoon syvemmin ja aloin luokittelemaan sitä. Tähän käytin pohjana Stilesin ym. (1991) luomaa esimerkkiä kvalitatiivisen tutkimuksen tekemiseen assimilaatiomallin avulla. Siinä määritellään aluksi termit kuvaamaan terapiasessioiden sisältöä: siirtymävaihe, aihe, asenne, objekti, teema ja alue.

Siirtymävaiheella tarkoitetaan dialogin aiheiden vaihtumisen välissä ilmenevää keskustelua. Aihe kuvaa ilmaistua tunnetta objektia kohtaan. Asenteella on kaksi aspektia – uskomus (kognitiivinen aspekti) ja tunne (affektiivinen aspekti). Objekti on ihminen, asia, tapahtuma tai tilanne, johon tunne liittyy. Teema kuvaa asennetta, jota asiakas ilmaisee toistuvasti tietyllä ajanjaksolla. Alue on objekti tai ryhmä toisiinsa liittyviä objekteja, joita käsitellään terapiassa toistuvasti. (Stiles ym. 1991, 198.)

Termien määrittelyn jälkeen Stilesin ym. (1991, 198) ohjaavat toteuttamaan analyysin seuraavan ohjeistuksen avulla: ”(a) Kuuntele muutamaa siirtymävaihetta kerrallaan, samalla tehden tarkkoja merkintöjä prosessista. (b) Tarkasta prosessimerkinnät ja määrittele jokaisen siirtymävaiheen aihe asenteen mukaan. Tuloksena saadaan luettelo asenteista ja objekteista, joita terapiassa on käsitelty. (c) Seuraavaksi jaa edellisessä kohdassa saatu luettelo teemoihin ja alueisiin. Teemat käsittelevät samoja asenteita ja alueet käsittelevät samoja objekteja. (d) Arvioi jokaisen siirtymävaiheen assimilaatiotaso assimilaatiotaulukkaan pohjautuen kuvaamaan muutosta asiakkaan suhtautumisessa ongelmalliseen kokemukseen.” Stiles ym. (emt., 198) huomauttavat ettei aineiston luokittelu tapahtu välttämättä suoraviivaisesti tämän ohjeistuksen mukaan, vaan tämä ohjeistus toimii eräänlaisena luokittelun representaationa.

Käytännössä itse toteutin aineiston luokittelun Stilesin ym. (1991) ohjeistukseen löyhästi pohjaten siten, että aluksi kävin aineistoa läpi ja kirjoitin omia huomioitani siitä, mitä terapiaprosessissa tapahtui, esimerkiksi: A: Mikä ahdistava ajatus? Näissä kohdissa liitin asiakkaan puheenvuoroon

sivuhuomautuksen sulkeisiin: (Asiakas ei tiedosta primäärisen ahdistuksen nousemista, ks. kuva: malli. Hän kuitenkin tiedostaa ongelman olemassaolon, mutta ei kykene sen konkreettiseen muotoiluun.) Näiden omien sivuhuomautusteni tarkoituksena oli toimia perusteluina tietyn assimilaatiotason valintaan myöhemmin assimilaatiotaulukkoon pohjaten ja samalla ohjata siirtymävaiheiden tunnistamista litteraatiosta. Seuraavaksi tunnistin terapiassa esiin nousevat teemat. Stilesin ym. (1991, 198) mukaan teemaksi voidaan valita myös terapiassa keskeinen ongelma eli se, minkä takia asiakas on terapiaan hakeutunut. Tämän tutkimuksen aineiston teemoittelun pohjana toimi pakko-oireinen häiriö siten, että jos asiakkaan ja terapeutin dialogi käsitteli pakko-oireista häiriötä, valitsin sen relevantiksi tutkimuksen kannalta ja, jos dialogi ei käsitellyt pakko-oireista häiriötä, luokittelin sen irrelevantiksi tutkimuksen kannalta. Tämä siksi, että tässä tutkimuksessa on tarkoituksena kuvata se vuorovaikutuksellinen muutosprosessi, joka tapahtuu kun asiakas saa pakko-oireisen häiriön hallintaansa.

Edellä kuvatulla tavalla luotuaani aineistosta mielekkään kokonaisuuden tutkimuksen kannalta, pisteytin lopuksi aineiston assimilaatiomallin pisteytystaulukon mukaisesti (ks. taulukko 1, s. 25). Tässä tutkimuksessa ensiksi suluissa esiintyy oma apes-pisteytykseni ja sen jälkeen asiantuntijapaneelin apes-pisteytys. Ne on esitetty rinnakkain sen takia, että niitä on helpompi tarkastella yhdessä.

Psykoterapia on hyvin yksityisluontoista toimintaa ja siksi aineiston käsittelyssä on noudatettu erityisen tarkkaa huolellisuutta siten, että tutkimuksen litteraatiota säilytetään tietokoneella, joka on salasanalla lukittu. Tämän lisäksi kansio, jossa kaikki tähän pro-gradu työhön liittyvää materiaali sijaitsee, on lukittu toisen salasanan taakse My Lockbox- ohjelmalla. Tätä voisi verrata sairaaloissa N-kaapin lääkkeiden säilytystavaksi. N-kaapin lääkkeet ovat huumausaineluokkaan kuuluvia lääkkeitä, jotka ovat varkaiden keskuudessa hyvin haluttua tavaraa. Nämä lääkkeet tulee yleisten farmaseuttien antamien ohjeiden mukaan säilyttää kaksoislukituksen takana eli siten, että ne säilytetään lukitussa kaapissa, joka on lukitussa huoneessa. Tutkimusta varten kerätyt ääninauhoitteet säilytetään lukitussa laatikossa, johon kenelläkään muulla kuin tämän gradun kirjoittajalla ei ole avainta. Kenelläkään ulkopuolisella ei ole ollut mahdollisuutta päästä aineistoon käsiksi.

Tämän pro-gradun tutkimusaineistoa hankittaessa on tutkimukseen osallistuville informoitu tutkimuksen tarkoituksista antamalla tutkimuskohteiden tutustua gradun tutkimussuunnitelmaan, josta ilmenee, mitä ja miten tässä tutkimuksessa tutkitaan psykoterapian vuorovaikutusta. Tämän

lisäksi tutkimukseen osallistuvilta on varmistettu halukkuus osallistua tutkimukseen (ks. liite 1), josta myös ilmenee, että heillä on ollut ja on edelleen halutessaan mahdollisuus kieltää tämän aineiston käyttö tässä tutkimuksessa. Samassa liitteessä on myös tieto siitä, miten ja missä aineisto säilytetään tämän gradun valmistumisen jälkeen. Liitettä laadittaessa on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön ohjeistusta (ks. Kuula, 2006, 34-35).

4. Terapiaprosessin analyysi APES-mallin avulla

Terapeutin ja asiakkaan välinen suhde näyttää tutkimusten mukaan olevan merkittävin terapian tuloksellisuuteen vaikuttava tekijä (Priebe & McCabe, 2006; Martin ym. 2000; Shirk & Karver, 2003). Muutosta ja hyvinvoinnin lisääntymistä tuottavaa terapiaa ei ole ilman, että asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus tukee ja tuottaa muutosta (Kuusinen, 2008, 39). Tässä luvussa pyritään kuvaamaan ja erittelemään terapiaprosessiin liittyvää vuorovaikutuksellista muutosprosessia Stilesin työryhmän (Stiles ym., 1991) kehittämän assimilaatioanalyysimallin ja sisällönanalyysin avulla.

4.1 Terapian ensikäynti

Tämän pro-gradu työn tutkimusaineiston terapia-asiakas on hakeutunut psykoterapeutin vastaanotolle perusterveydenhuollon kautta psykiatrin ohjaamana hoidattamaan pakko-oireista häiriötään. Terapia alkaa asiakkaan ongelman määrittelyllä siten, että terapeutti antaa asiakkaan omin sanoin kertoa, miksi tämä on hakeutunut terapiaan:

Litteraatio-ote 1:

1 T (terapeutti): Joo, elikkä nyt pitäis aloittaa tää terapia. Et sä oot ensimmäistä käyntiä täällä ja tota noin mikä sulla on nää oireet tai syy?

2 A (asiakas): Pakkoneuroottinen ihminen.

3 T: Joo-o ja onko sulla kauan ollut näitä pakko-oireita?

4 A: Joo, ilmeisesti tai on ollu ihan pikku ipana.

5 T: Joo.

6 A: Äiti on kertonut kaikki tai itse asiassa semmosta järjestelyä ja semmosta, mutta tota sitten semmosena noin kolmikymppisenä ni yht äkkiä ryyhäs sillai päälle, että tota ties miks mä e o sen jälkeen voinu olla minkäänäköisessä kosketuksessa äitini kanssa. En käydä äidilläni ja mä oon nelkytneljä. En käydä äidillä. En koskea mihinkään, mihin se on koskenut. Ja sitten sama melkein tuolla kotona aviomiehen kanssa, että mul on oma sohva ja sillä on oma sohva. Ja kaikki mihin se on koskenut, ni sitten jos mä kosken, ni mä pesen kädet sen jälkeen. Ja mul on sitten

ne omat hyllyt ja laatikot, missä on vain minun koskettamiani tavaroita, esineitä, papereita ja tämmöstä.

7 T: Joo.

8 A: Kaikkea tämmöstä, että ei tulis mieleenkään... Mä istun kotona vaan sohvalla ja sitten nukun sängyssä. Mä en missään muualla siellä voi oikeastaan istua, enkä olla. Ei tulis mieleenkään, että mä niinku lattialla polvistuisin koirien... Mul on viisi pientä koiraa siellä... Ja tota ehkä niiden kanssa siellä temuaisin sillain.

9 T: Joo.

10 A: Jos mä niin teen, ni mun pitää vaihtaa ne vaatteet.

11 T: Joo.

12 A: Koska ne on koskenut lattiaan tai johonkin, mihin tahansa huonekaluun, sohvaan tai sänkyyn.

13 T: Sohva ja sänky... Sun oma sänky on niinku niitä turvapaikkoja? Niinku tavallaan ne niitä puhtaita..?

14 A: Joo, että siellä on vaan mä ollu ja mun vaatteita ja tavaroita.

15 T: Joo ja tätä on ollu kauan sitten jo?

16 A: Kyllä.

17 T: Melkein koko sun eliniän tai siis pienestä asti? Niinku kolmekymppisestä?

18 A: On, joo. Mutta siis tämmöstä noin kolmekymppisestä. Joo.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia alkaa yleensä aina asiakkaan ongelman määrittelyllä eli siitä, miksi asiakas on saapunut vastaanotolle (Lehtonen & Lappalainen, 2005, 6). Ensimmäisestä litteraatio-otteesta tämä käy ilmi siten, että terapeutti kysyy ensimmäiseksi suoraan avoimella kysymyksellä miksi asiakas on hakeutunut terapiaan (puheenvuoro yksi). Tähän asiakas vastaa esittämällä oman tulkintansa tilastaan puheenvuorossa kaksi. Terapeutti tarkentaa asiakkaan ongelman määrittelyä puheenvuorossa neljä, joka toimii samalla laajempaa avauksena asiakkaan puheenvuorolle. Asiakas vastaa tähän aloittamalla määrittelemään laajemmin omaa pakko-oireista häiriötään kertomalla häiriön kestosta ja oireista. Ensimmäisessä litteraatio-otteesta asiakas aloittaa terapeutin puheenvuoroon yksi vastauksena kertoa ongelmastaan eli pakko-oireisesta häiriöstään. Hill (2005) luonnehtii tätä terapian aloitus- vaiheeksi. Tämän litteraatio-otteen useissa puheenvuoroissa terapeutti myötäilee asiakkaan kertomaa vastaamalla *joo*, osoittaen kuuntelevansa häntä ja antavansa asiakkaalle tilaa ja aikaa kertoa ongelmastaan. Tällä on tarkoituksena antaa

asiakkaalle vaikutelma vastaanottavaisesta ja myötämielisestä vuorovaikutuksesta hänen tarpeitaan kohtaan. Lisäksi terapeutti tarkentaa kysymyksillä asiakkaan ongelman määrittelyä (puheenvuoroissa 3, 13, 15 ja 17), joihin asiakas vastaa kertomalla ongelmaansa liittyvästä oirehinnasta.

APES-taulukon tasolla kaksi asiakas kertoo ongelman olemassaolosta ja siihen liittyviä emotionaalisesti häiritseviä ajatuksia, mutta hän ei pysty konkreettisesti muotoilemaan ongelmaansa. Tämän tutkimusaineiston asiakas tuo hyvin esille esitietoisuutensa ongelman eli pakko-oireisen häiriön olemassaolosta, mikä vastaa APES-taulukossa tasoa kaksi. Hän osaa asettaa itselleen määritelmän pakkoneuroottinen, jonka terapeutti korjaa pakko-oireiluksi. Kuitenkin ongelma on selkiytymätön niiltä osin, että asiakas ei ymmärrä, miksi pakko-oireinen häiriö paheni hänellä noin kolmekymmentä vuotiaana. Ongelman selkiytyminen vastaisi APES-taulukossa tasoa kolme. APES-taulukon tason kolme kuvauksessa asiakas tiedostaa ongelman ja kykenee sen työstämiseen. Ongelman selkiytymättömyys kuitenkin laskee APES-arvon tasoa. Tähän viittaa ensimmäisen litteraatio-otteen kohta puheenvuorossa kuusi, jossa asiakas ihmettelee, miksei ole enää noin kolmekymmentä vuotiaasta lähtien pystynyt olemaan minkäänlaisessa kosketuksessa äitinsä kanssa tai käydä hänen luonaan. Kuten aiemmin mainitsinkin (s. 26), terapia-asiakkaat eivät aina lähde APES- taulukon 0-tasolta työstämään ongelmaansa, vaan asiakkaat voivat olla erilaisilla tietoisuuden asteilla suhteessa ongelmaansa. (APES 2,4) (Kollega-arvio: 2,2)

Jos asiakas saapuu terapiaan motivoituneena muutokseen ja terapeutti osoittaa häntä kohtaan avointa, kompetenttia ja kutsuvaa ilmapiiriä, asiakas muodostaa terapeutista tarvittavan luotettavan ja helposti lähestyttävän kuvan, jotta he pystyvät muodostamaan toimivan terapeutin yhteistyösuhteen (Hill, 2005, 433). Periaatteessa terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutus alkaa jo sillä hetkellä, kun asiakas soittaa terapeutille puhelimitse varatakseen ensikäynnin ajankohdan. Tähän ei kuitenkaan ole mahdollista ottaa kantaa tämän tutkimuksen aineiston pohjalta. Aineistossa terapeutin vuorovaikutuksen alkamista kuvaa terapian ensikäynnin litteraatio-ote yksi, jossa asiakas ja terapeutti alkavat määritellä sitä, miksi asiakas on terapiaan hakeutunut. Hillin (em., 433) mukaan jo asiakkaan tulemistä ensimmäiselle vastaanotolle voidaan pitää merkinä siitä, että asiakas haluaa sitoutua terapiaprosessiin ja on hyväksynyt terapeutin interpersoonalliset ominaisuudet, toisin sanoen – asiakas osoittaa kokevansa, että hänen ja terapeutin interpersoonalliset kyvyt sopivat yhteistyön kannalta. Tämän perusteella voidaan olettaa tämän tutkimuksen asiakkaan luoneen terapeutista tarpeeksi luotettavan ja helposti lähestyttävän ensivaikutelman, koska hän on saapunut vastaanotolle. Toisaalta asiakkaan päätös terapian

aloittamisesta voi olla suurempi vaikuttaja asiakkaan omassa prosessissa terapian aloittamisen suhteen, koska yleensä asiakkaan tehdessä päätös aloittaa terapia, sitä on edeltänyt suuri määrä mielen sisäistä prosessointia, jossa asiakas on vakuuttanut itsensä miksi terapia kannattaa aloittaa. Terapiakirjallisuudessa ja -tutkimuksissa tätä kuvaa asiakkaan valmius muutokseen. (ks. esim. Principe ym., 2006)

Tämän jälkeen terapiaistunto jatkuu asiakkaan elämäntilanteen selvittelyllä, jonka aikana asiakas tuo useaan otteeseen esille, kuinka pakko-oireinen häiriö estää häntä elämästä normaalia elämää. Samalla tarkentuu asiakkaan pakko-oireisen häiriön ilmenemismuoto, kuten litteraatio-otteesta kaksi tulee esille.

Litteraatio-ote 2:

1 T: Onkse semmost niinku bakteerikammoo vai mitä se on?

2 A: Tota mää luulen et se ei o semmost. Mä en pelkää mitää sillai semmosia tauteja ja bakteereja.

3 T: Nii.

4 A: Mutta mun pitää kumminki niinku ikää pestä saippualla ja sitte, jos mahdollista ni desinfioida kädet. Yleensä kyllä iha vaan saippua ja vesi käy.

5 T: mmm

6 A: Mä en mitää semmosia ihmisten eritteitä... Niitten kädet, ku ei ne ihmiset yleensä sillai pese käsiään tietenkää. Eikä o nii hygieenisia kummää. Se semmonen pelkkä se joskus, ku ne taputtelee sitten olkapäälle tai jotain, ni se tulee liian lähelle tähän mun hiuksiani.

7 T: joo

8 A: Se kosketuksen jälki. Et vaikka nää hiukset on kiinni, ni täält aina jotain suortuvia voi koskettaa sitä tätä näin mihin ne on koskenu mun takkiini olkapäälle.

9 T: Nii

10 A: Mä meen välittömästi kotii ja pistän takin pesuun ja vaihdan sen. Et mä en voi vaikka kuinka yrittäisin olla. Mun niskakki menee sillai vaistomaist sillai tällai, et ne oikei kipeytyy ettei ne vaan ne hiukset osu siihe.

11 T: Joo. Mut se ei o kuitenkaan bakteerikammoo?

12 A: *Ei. Se vaa se o nii ällöttävää...*

13 T: *Et se o vaa jotenki muute semmosta inhottavaa?*

14 A: *Joo.*

15 T: *Joo. Mitäs muita? Onk sul sitte jotain järjestelypakkoo tai minkälaisia muita pakko-oireita vai onk sul pelkästään tätä, että ei saa koskettaa?*

16 A: *On sitä järjestelypakkooki niinku sillain ollu, mut se ei oo niin kauheeta, kun se että mää en voi koskee sillain mihinkää.*

17 T: *Joo.*

18 A: *Kotonaki, ku mies... Ni, kyllähän miehet kaivelee neniänsä ja muniansakki siinä vaikka alkkareitten läpi, ni eihän sen jälkeen tulla mua taputtelee. Mä meen sillain vaivihkaa... Onhan se sillain ongelma meillä ja mies tietää ja sillain nää kaikki, että tota se on ainut, että hän ei tohon kyllä mukaan tule. Että kun se on noin raskasta, niin mene hoitoon ja tällasta. ((niiskausta)) Mutta mä vaan sillain, kun meillä on kakskerrosta, niin vaivihkaa sitten alakerrassa käyn pesulla tai vaihdan vaatteet, kun ei miehet huomaa ikinä mitään, kun on vaihtanut vaatteita... että sillain mä sumplin siinä.*

19 T: *Mm, että se on aika raskasta kuitenkin toi elämä tollain?*

Tässä yllä olevassa litteraatio-otteessa asiakas kertoo minkälaisia päivittäiseen toimintaan vaikuttavia ongelmia pakko-oireinen häiriö hänelle aiheuttaa. Terapeutti täsmentää kysymyksillä minkälaisista ongelmista on kyse ja tämä dialogi jatkuu. Dialogin tarkoituksena on rajata pakko-oireisen häiriön laajasta ilmenemismuotojen kentästä juuri tätä asiakasta vaivaavat oireet, jotta tämän pohjalta pystytään suunnittelemaan oireiden mukainen hoito. Tässä dialogissa asiakas selittää millaisia hänen oireensa ovat – hän ei omien sanojensa mukaan pelkää bakteereja tai tauteja, vaan hänen pakko-oireinen häiriönsä näyttäisi johtuvan jostain aivan muusta syystä. Tätä tukee myös se, että asiakas kertoo muiden ihmisten kosketuksen jäljen jäävän hänen takkiinsa häiritsevästi. Asiakas tuo myös esille (puheenvuoro 16), että hän ei pidä järjestelypakkotoimintoa yhtä häiritsevänä kuin käsienpesupakkoa ja tällä hän itse ohjaa terapian keskittymistä käsienpesupakkoonsa.

Puheenvuorossa 12 asiakas tuo esille negatiivisesti sävyttyneen tunnepitoisen ajatuksen *Se vaa se o nii ällöttävää...*, jota voidaan pitää viitteenä psykoterapiaprosessin etenemisestä. Ajatus on varmasti asiakkaalle entuudestaan tuttu, joten tässä kohden ei voida ajatella sen muodostuneen asiakkaalle

ensimmäistä kertaa. Kuitenkin voi olla mahdollista, että asiakas muotoilee ajatuksen ensimmäistä kertaa toiselle henkilölle, mikä voi olla merkittävää, koska yleensä ajatusten julki tuominen auttaa niiden reflektoinnissa ja totuudellisuuden arvioinnissa. Tätä voidaan pitää viitteenä negatiivisesta emootiosta, joka on hallittavissa, mikä nostaa psykoterapiaprosessin APES-luokituksen tasoa. (APES 2,5) (Kollega-arvio: 2,5)

Asiakkaan ongelman määrittely jatkuu litteraatio-otteessa kaksi. Hillin (2005, 435) mukaan asiakkaan kokiessa olonsa turvalliseksi terapeutin kanssa, hän jatkaa ongelman kerrontaansa ja itsetutkiskeluaan. Tämä johtaa terapeuttisen suhteen syvenemiseen, koska asiakas ja terapeutti työskentelevät yhdessä ymmärtääkseen asiakkaan ongelmaa. Litteraatio-ote kahden lopussa puheenvuorossa 18 asiakas niiskaisee puheensa yhteydessä, johon terapeutti osoittaa validaatiota puheenvuorossa 19 vastaamalla: *Mm, että se on aika raskasta kuitenkin toi elämä tollain?* Terapeutin vastatessa tällä tavalla, hän osoittaa asiakkaalle ymmärtävänsä asiakkaan elämän olevan raskasta pakko-oireisen häiriön kanssa. Eräs tapa reagoida terapeuttisessa kontekstissa asiakkaan itkuun tai niiskaukseen, on nenäliinan ojentaminen asiakkaalle. Tämän aineiston osalta ei kuitenkaan ole mahdollista tietää ojentaako terapeutti nenäliinaa, koska aineisto on äänitetty. Toisaalta äänitetyssäkin aineistossa tämä voisi tulla ilmi terapeutin ojentaessa nenäliinaa tokaistessa esimerkiksi *ole hyvä*. Tämä ei kuitenkaan tule tässä aineistossa ilmi, joten jää auki, toimiiko terapeutti näin tässä kohden. Terapeutin puheenvuoro kuitenkin osoittaa responsiivisuutta asiakkaan kertomaa kohtaan, jota voidaan pitää yhtenä merkinä mahdollisuudesta terapeuttisen vuorovaikutuksen syvenemiseen (ks. Hill, 2005)

Litteraatio-ote 3:

1 A: Mutta tota tuleehan se niistä ovenkahvoista tietenki sisää ja sillai nymmä e jaksa. Alussa mää aina tota aina pyyhin ne.

2 T: mm

3 A: Emmää jaksa enää...

Terapeutin ja asiakkaan määriteltyä asiakkaan ongelmaa, asiakas alkaa selkeästi osoittaa puheessaan terapeutille kuinka vaikea hänen on elää pakko-oireisen häiriön kanssa (puheenvuoro kolme), mitä voidaan pitää merkinä avun tarpeen myöntämisestä ja ongelman työstämisen halusta. Psykoterapian onnistumisen kannalta tämä on välttämätöntä positiivisen hoitotuloksen saavuttamiseksi.

Tässä yllä olevassa otteessa puheenvuorossa kolme asiakas kertoo aivan suoraan, ettei jaksakaan enää liiallista hygieniasta huolehtimisestaan. Avun tarpeen myöntämisen ja ongelman työstämisen halun lisäksi tätä voidaan pitää myös viittauksena siihen, että asiakas pyrkii puheenvuorollaan perustelemaan, sekä itselle että terapeutille, miksi hän on tullut terapiaan ja että hänen elämänsä on liian raskasta pakko-oireisen häiriön kanssa. Koska edellä olevaa litteraatio-otetta voidaan pitää viitteenä ongelman työstämisen halusta, asiakkaan psykoterapiaprosessin voidaan nähdä etenevän. (APES 2,6) (Kollega-arvio: 2,7)

Hillin (2005, 435) mukaan terapeutti ja asiakas tekevät jossain kohden terapian alussa päätöksen siitä alkavatko he työskennellä yhdessä. Tämä päätös voi tulla esiin verbaalisesti suoraan tai piiloviesteillä. Litteraatio-otteessa kolme asiakas puheenvuorolla kolme kertoo selkeästi, ettei hän enää jaksakaan pakko-oireilun varjostamaa elämää. Tätä voidaan pitää epäsuorana merkinä siitä, että asiakas on valmis sitoutumaan terapiaprosessiin hoitaakseen pakko-oireista häiriötään. Päätös sitoutua terapiaan avaa mahdollisuuden syventää terapeutista vuorovaikutusta.

Tämän jälkeen terapia jatkuu siten, että terapeutti kartoittaa asiakkaan aikaisempaa hoitohistoriaa pakko-oireisen häiriön hoidossa, josta he pääsevät luontevasti keskustelemaan siitä, mitä kautta asiakas on hakeutunut terapeutin vastaanotolle.

Litteraatio-ote 4:

1 T: Ni sit sä sait kuulla että vois olla tämmöne?

2 A: Joo, joo.

3 T: Joo.

4 A: Vähän ku uus juttu missä hoidetaan uudellee?

5 T: Totaa, ei tää nyt...

6 A: Suomessa?

7 T: No, suomessa on aika uutta sillain tää kognitiivinen käyttäytymisterapia, että suunnilleen vajaa kymmenen vuotta on ollu, mutta ehkä tavallaan semmost enemmän niinku... pakko-oireitten hoito ei o viel kauhean pitkää aikaa ollu.

8 A: Ai, jooh.

9 T: Et näähän on meillä hirveen hyvät nää menetelmät ja hoitotulokset.

10 A: On vai?

11 T: On.

12 A: *Ku siitä mun pitiki kysyä, että hei tota mitenkä ne on hyviä ollu?*

13 T: *No, ihan tuotanoin ni aika vaikeitaki pakko-oireisia on päässy näistä oireista kokonaan eroon.*

14 A: *Esimerkiks joku oire?*

15 T: *No just tämmösiä pesemisjuttuja, tarkistamisjuttuja... Terapian kuluessa sitten mä oon aika paljon hoitanu näitä.*

16 A: *Ni.*

17 T: *Ja sitte ihan pelkkiä sellasia, joil on ollu pelkkiä pakkoajatuksia.*

18 A: *Ni.*

19 T: *Ettei oo mitään tekemisiä...*

20 A: *Ni.*

21 T: *Heidänki hoidoissa on hirveen hyvät tulokset.*

22 A: *Sitä on päästy tai joku on päässy käsien pesusta niinkö? Kokonaan?*

23 T: *Joo, kokonaan.*

24 A: *Ai...*

...

25 T: *Joo, et kyl nää niinku on tosi tehokkaat ja hyvät nää meijä hoitomenetelmät. Nää on tietysti asiakkaille vähä raskaita, mutta niin on raskasta toi elämä noinki.*

26 A: *Mä en niinku oikeen tota usko, että se voi tehota, mutta mä haluan kokeilla tietenkkin, koska se elämä ois niin paljo helpompaa, ku ei tarvi koko aja sumplia.*

27 T: *Joo, aivan.*

...

28 T: *Et maailmallani vuodesta yheksäntoistakuuskuus semmonen ku meier alotti nää hoidot ensimmäisenä.*

29 A: *ym*

30 T: *Sen jälkeen näitä hoitomenetelmiä on kehitelty koko ajan ja saatu tosi hyviä tuloksia.*

Edellä kuvatussa terapeutin ja asiakkaan välisessä dialogissa asiakas esittää terapeutille, ettei oikein usko terapian toimivuuteen hänen kohdallaan. Tämä voi olla merkki asiakkaan tiedostamattomasta

vastustuksesta muutokseen, koska vaikka elämä pakko-oireisen häiriön kanssa voi olla hyvinkin hankalaa, se on kuitenkin asiakkaalle tutumpaa kuin ”normaali” oireeton elämä.

Puheenvuorossa 26 asiakas tuo esille toiveen pakko-oireisesta häiriöstä ”parantumisesta”, mikä näyttäytyy viitteenä lisääntyneeseen tiedostukseen ”normaaliuden” ja ”ongelmallisen” käytöksen välillä. Sen vuoksi asiakkaan sairautentuntoisuus lisääntyy ja tätä kautta lisääntyy myös pakko-oireisen häiriön tiedostaminen. Tämä taas viittaa lisääntyneeseen ongelman työstämisen haluun, jota voidaan pitää merkinä lisääntyneestä kyvystä ongelman työstämiseen. (APES 2,7) (Kollega-arvio: 3)

Ymmärryksen merkinä yhteistyösuhteen syvenemisestä terapeutti ja asiakas alkavat keskustella terapiasta pakko-oireisen häiriön hoitomenetelmänä litteraatio-otteessa neljä. Asiakas kuitenkin osoittaa tervettä epäilyä hoitomenetelmää kohtaan, johon vastauksena terapeutti osoittaa kompetenssiaan kertomalla kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta pakko-oireisen häiriön hoitomenetelmänä. Puheenvuorossa 26 asiakas tuo suoraan esiin, ettei usko hoitomenetelmän toimivuuteen, mutta haluaa kokeilla helpomman elämän toivossa. Tätä voidaan pitää merkinä siitä, että terapeutti ei täysin pysty vakuuttamaan asiakasta kompetenssistaan, mutta asiakas on silti valmis sitoutumaan terapiaan, johon terapeutti vastauksena jatkaa kertomista hoitomenetelmistä. Toimiessaan näin terapeutti pyrkii vakuuttamaan asiakkaan siitä, miksi hänen kannattaisi sitoutua terapiaan.

Asiakkaan osoittamasta terapian toimivuuden epäilystä johtuen terapeutti alkaa todistella hoidon toimivuuden puolesta kertomalla positiivisista hoitotuloksista, viittaamalla asiakkaan elämän raskauteen ja hoitomenetelmien jatkuvaan kehitykseen. Tämän jälkeen terapeutti kertoo asiakkaalle tarkemmin hoitomenetelmistä ja kuvaa pääpiirteittäin pakko-oireisen häiriön psyykkistä mekanismia.

Litteraatio-ote 5:

I T: Sitte tota noin sä saat välineitä niitten tilanteiden kohtaamiseen. Sitten me tehdään semmonen hierarkia näistä sun pakko-oireista, näistä tilanteista, että mitkä on enite ahdistavia, mitkä on vähite ahdistavia ja sen pohjalta sitte laaditaan tätä hoitosuunnitelmaa. Elikkä tuota noin sit me lähdetään tekeen yhdessä näitä harjoituksia ja me tehää niitä niinku sillai oikeissa paikoissa siellä missä se ongelmaki on pahin elikkä

esimerkiksi mä tuun jossaki vaihees teille kotiin. Et me tehään sitte vaikka kolmeneljä tuntia siellä harjoituksia elikkä täähän perustuu tämmöseen altistukseen ja reagoinnin ehkäsyyn. Elikkä altistus on sitä et sä pikku hiljaa otat niitä haasteita vastaan, et sä uskallat kosketella noihin juttuihin ja koet sitä ahdistusta, mikä siihen liittyy, koska tää juttuha on menny niin, et kun sul on ollu se ahdistava ajatus, ni se ahdistuksen taso laskee heti, ku sää teet jonku suojatoimen niinku täs tapaukses, et sä et koskekkaa kädellä vaa jollaki hansikkailla oven ripaa tai näin...

2 A: Mikä ahdistava ajatus?

3 T: Niin, yleensä näihin liittyy jokin ajatus siitä, että niinku sä ajattelit just, että joku on kaivellu itteensä elikkä se on tavallaa se pakkoajatus siel taustalla minkä takia sä teet näitä juttuja.

4 A: Just joo.

5 T: Ja sit ku sulle tulee se ajatus, ni sit sä et voi koskee noihi tai antaa kenenkää koskee tai näin. Ja tota noinni sit se ahdistuksen taso laskee heti, ku sää teet sen rituaalin tai tän pakkotoiminnon.

6 A: Ym...

7 T: Ja sillä ne on lähteny leviää ja tota ne on koko ajan ensiks ollu vähemmän ja sit niit on aina tullu uusia ja uusia juttuja, jollonka sun elämän piiri on koko ajan tavallaan siis siinä mielessä kaventunu, että tota noinni... tai se on hankaloittanu sun elämää.

8 A: Joo.

Terapeutin selvittäessä asiakkaalle pakko-oireisen häiriön psyykkistä mekanismia asiakas tuo esiin, ettei tiedosta primäärisen ahdistuksen heräämistä (ks. kuva 1: pakko-oireisen häiriön kehämalli, s. 13). Tämä johtuu siitä, että pakko-oireisessa häiriössä pakkotoiminnot ja -ajatukset ovat automatisoituneet niin pitkälle ettei pakko-oireinen henkilö kykene erottelemaan käyttäytymistä, ajatuksia ja tunteita toisistaan. Asiakas kuitenkin on tuonut useasti esille tietoisuutensa pakko-oireisen häiriön olemassaolosta, mutta ei kykene sen konkreettiseen muotoiluun. Litteraatio-ote viiden dialogi tukee sitä, että asiakas on terapiaprosessissa APES:n mukaan tasolla 2,9. (Kollega-arvio: 3)

Litteraatio-otteessa viisi terapeutti kertoo asiakkaalle terapian etenemisestä tarkemmin ja pakko-oireiseen häiröön liittyvistä ahdistavista ajatuksista (puheenvuoro yksi), jonka asiakas keskeyttää kysymyksellä: *Mikä ahdistava ajatus?* Asiakkaan kysymystä ahdistavasta ajatuksesta voidaan pitää merkinä siitä, ettei asiakas tunnista oman pakko-oireilunsa mekanisme. Vastauksena tähän terapeutti kuvailee pakko-oireisen häiriön mekanisme, josta ahdistavat ajatukset heräävät (puheenvuorot kolme, viisi ja seitsemän). Tällä tavalla toimiessaan terapeutti pyrkii käsitteellistämään pakko-oireista häiriötä asiakkaalle. Hillin (2005, 435) mukaan ongelman käsitteellistäminen ja oikean hoitomenetelmän valinta mahdollistavat terapeutin tuntee varmuutta työssään. Vuorovaikutuksen kautta terapeutin on mahdollista välittää tämä varmuus asiakkaalle, minkä tarkoituksena on kasvattaa asiakkaan luottamusta sitä kohtaan, että terapeutti pystyy auttamaan häntä. Wampold (2001) tuo esille ettei sillä niinkään ole väliä, mitä terapeutti tekee, vaan enemmän on merkitystä sillä, että hänellä on uskottava hoitosuunnitelma, jonka asiakas uskoo auttavan itseään. Pidettäessä tämä mielessä tulee varsin ymmärrettäväksi, miksi terapeutti jatkaa hoidon kuvausta ja pakko-oireisen häiriön käsitteellistämistä.

Hillin (2005, 436-437) mukaan yksi olennainen osa terapeutista vuorovaikutussuhdetta on *terapiatehtävät*, joilla hän tarkoittaa esimerkiksi erilaisia harjoitteita, joita terapiassa tehdään. Toisaalta tämä ei pelkästään tarkoita harjoitteita, vaan myös erilaisia terapeutin käyttämiä tekniikoita edistää terapiaprosessia. Myös terapiaan kuuluva kognitiivisen psykoterapian peruskäsitteiden opettaminen eli psykoedukaatio lasketaan näihin. Kuusinen (2005, 39-40) tuo ilmi, että sen tarkoituksena on lisätä asiakkaan mahdollisuutta ymmärtää, mihin terapiassa pyritään. Terapeutti pyrkii myös kuvaamaan erilaisia haitallisia oireita ja ongelmia ylläpitäviä kehiä, joilla näitä ongelmia voi ymmärtää paremmin ja niiden ”outous” vähenee. Siten itse asiassa kognitiivisten terapioiden opettava, psykoedukatiivinen luonne pyrkii lisäämään terapiasuhteen tasavertaisuutta eikä suinkaan korosta terapeutin auktoriteettia tai tietämystä. Sen voidaan nähdä siis syventävän terapeutin ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, koska määrittelemällä yhdessä mistä hoidon kohteena olevasta ongelmassa on kyse, keskinäinen ymmärrys lisääntyy.

Selkeä esimerkki terapeutin psykoedukatiivisesta työskentelytavasta tulee esille litteraatio-otteesta viisi, jossa terapeutti kuvaa asiakkaalle harjoituksia ja välineitä, joiden avulla asiakas oppii hallitsemaan pakko-oireista häiriötään. Tässä dialogissa puheenvuorossa kaksi asiakas kysyy, mitä terapeutti tarkoittaa ahdistavalla ajatuksella, johon vastauksena terapeutti selvittää, mitä sillä tarkoitetaan pakko-oireisessa häiriössä. Tällainen oppikirjaesimerkin kaltainen tyyli on hyvin perinteistä psykoedukaatiota, jossa lisätään asiakkaan tietämystä hänen ongelmastaan.

Litteraatio-ote 6:

1 T: Sä oot tottunu elään tän kanssa.

2 A: Niinpä.

3 T: Mut onneks meil on nyt hyvät hoitomenetelmät.

4 A: No hyvä.

5 T: Mm... Elikkää tää tästä hoidosta vielä... Niin tota, sä haluat varmaan kuulla lisää?

6 A: Joo joo.

Terapeutti myötäilee asiakkaan kuvausta siitä kuinka vaikeaa pakko-oireisen häiriön kanssa eläminen on asiakkaalle ollut litteraatio-ote kuuden rivillä yksi, johon asiakas vastaa myöntävästi. Tämän jälkeen terapeutti valmistelee dialogin siirtymistä jälleen hoitomenetelmiin kommentillaan puheenvuorossa kolme. Puheenvuorossa neljä asiakkaan lauseessa on positiivinen sävy, jota voidaan pitää merkinä siitä, että asiakas arvioi terapeutin antamaa informaatiota terapian toimivuudesta positiivisesti. APES-aulukon vaiheessa neljä emootiot vaihtelevat negatiivisista positiivisiin ja tätä positiivisen emotion osoitusta voidaan pitää psykoterapiaprosessin etenemisenä. Siinäkin mielessä tämä on tärkeä huomio, että psykoterapian onnistumisen kannalta on hyvä muistaa, että asiakkaan pitää pystyä luottamaan terapiaan ja terapeuttiin. (APES 3,1) (Kollega-arvio: 3)

Puheenvuorossa viisi terapeutti tarkistaa asiakkaan hoitomyöntyvyyttä. Tämä on sinänsä tärkeä kysymys, koska sen tarkoituksena on tässä kohdin määritellä millä tavalla terapeutti lähtee rakentamaan dialogia. Jos asiakas vastaisi kieltävästi, terapeutti luultavimmin pyrkisi vakuuttamaan jälleen asiakasta terapian toimivuuden suhteen. Koska asiakas vastaa myöntävästi, terapeutti jatkaa kertomalla miten asiakkaan terapiassa edetään, josta asiakkaalla herää kysymys, mistä pakko-oireinen häiriö voi saada alkunsa.

Litteraatio-ote 7:

1 A: Mistä tämmöne voi tulla vai onkse niinku jotkut vaa on tämmösiä syntymästään?

2 T: Mm, niin tai sehän on opittua käyttäytymistä. Se on vaan silleenn että ku on tutkittu ni 90 %:lla ihmisistä on näitä ihan samanlaisia ajatuksia ku sulla, mutta se että ne ei tuu... tai ajatukset mitkä on johtanu näihin pakkotoimintoihin, ni se että minkä takia he eivät tuu

pakko-oireiseksi tai eivät ala toimiin sillä tavalla johtuu siitä, että heillä niihin ei liity pelkoo tai ahdistusta. Ne ajatukset ei aiheuta ahdistusta, et ne on loppujen lopuks ihan normaaleja ajatuksia. Ku sul on aiheuttanu ahdistusta ja sit se on nii pelottavaa, ni sä oot alkanu sitte toimiin tietyllä tavalla, että välttelee.

3 A: Mä en sanois pelottavaa vaan ällöttävää.

4 T: Ällöttävää. Nii, et se likasuuden tunne tai se inhottava tunne, ni sitähän nyt sitte oot vältelly.

5 A: Joo.

6 T: Joo. Kai se siihen nyt vähä jotain pelkoo on kuulunu sitte?

7 A: Kai siihen jotain pelkoo on... Tosi hirveitä painajaisia tässä parin viimeisen vuoden aikana meidän äitistä, että se jotenki tulee koko ajan lähemmäks mua. Mä yritän paeta sitä, et se tulee vaa perästä.

8 T: Joo.

9 A: Mä kauheesti yritän juosta pakoon ja lukita itteni johonki oven taakse, ni ei ku se änkee vaa.

10 T: Mm.

11 A: Että se on kyllä pelottavaa.

Yllä olevaa litteraatio-otetta voidaan kuvata psykoedukatiivisena työskentelytapana. Asiakas kysyy terapeutilta, miten pakko-oireinen häiriö syntyy, johon terapeutti vastaa kuvaamalla ”normaalin” käyttäytymisen ja pakko-oireisen häiriön sävyttämän käyttäytymisen eroavuutta. Tämän tarkoituksena on antaa asiakkaalle perspektiiviä siihen, mikä hänen käytöksessään voidaan mieltää pakko-oireiseksi ja mikä ”normaaliksi” käytökseksi. Lisäksi asiakas saa paremman käsityksen siitä, minkälaiseen toimintaan he yhdessä voivat tähdätä terapian avulla eli tässä tapauksessa pakko-oireisesta häiriöstä ”parantumiseen”. Terapeutti ja asiakas samalla myös siis käyvät epäsuorasti neuvottelua terapian tavoitteista, mistä voidaan nähdä olevan kahdenlaista hyötyä. Ensinnäkin terapeutti saa tärkeää tietoa, miten rakentaa terapiaa tämän asiakkaan kohdalla, mikä on tärkeää terapian onnistumisen kannalta. Toiseksi heidän vuorovaikutuksellinen yhteistyönsä syvenee molemminpuolisen ymmärryksen lisääntyessä, mikä tarkoittaa tässä kohden sitä, että he määrittelevät yhdessä keskeiset avainsanat (esimerkiksi ahdistus, pelko). Tämä mahdollistaa keskinäisen ymmärryksen, koska he puhuvat samasta asiasta samoin termein.

Tässä dialogissa terapeutti selvittää pakko-oireisen häiriön syntymekanismeja pääpiirteittäin, jonka pohjalta asiakas alkaa pohtia miten pelot liittyvät hänen pakko-oireiluunsa. Dialogin alussa asiakas ei pysty liittämään pelkoja pakko-oireisen häiriökehänsä skeemaan, mutta dialogin edetessä hän havaitsee kuitenkin näkevänsä painajaisia äitiinsä liittyen ja tätä kautta hän kykenee yhdistämään eli assimiloimaan pelot skeemaansa. Stilesin ym. (1990, 412, 414) mukaan kokemuksen assimiloituessa skeemaan aikaisemmin ongelmalliseksi koettu kokemus tulee osaksi skeemaa eli skeema tulee koostuneemmaksi johtuen terapiassa tapahtuvien henkilökohtaisten oivalluksien tai käsitysmuutosten kautta. Tätä dialogia voidaan pitää asiakkaan näkökulmasta henkilökohtaisena oivalluksena ja asiakkaan terapiaprosessin voidaan nähdä nousseen aikaisemmasta APES:n tasolle 3,3. APES-luokitusten pohjalta tarkasteltuna voidaan tässä dialogissa nähdä tapahtuneen ongelman selkiytymistä ja asioiden välisten yhteyksien oivaltamista. (APES 3,3) (Kollega-arvio: 3,5)

Litteraatio-otteessa seitsemän terapeutti kertoo pakko-oireisen häiriön syntymekanismista puheenvuorossa yksi viitaten samalla pakko-oireisen mahdollisesti nostattamiin pelkoihin. Asiakas ei kuitenkaan puheenvuorossa kolme täysin hyväksy terapeutin kertomaa, vaan kuvaa tunteitaan pelon sijasta ällöttävyydeksi. Terapeutti toistaa asiakkaan kuvauksen ällöttävyydestä (puheenvuoro neljä), jonka asiakas validoi puheenvuorossa viisi. Terapeutti kuitenkin palaa vielä edelliseen lauseella: *Kai se siihen nyt vähä jotain pelkoo on kuulunu sitte?* Tästä seurauksena asiakas alkaa pohtimaan, minkälaisia pelkoja hänellä on ollut. Tässä kohden terapeutti siirtyy jälleen kuuntelevammaksi osapuoleksi ja antaa asiakkaalle tilaa prosessoida ja kertoa rauhassa peloistaan. Tämän koko keskustelukatkelma tarkoituksena on pyrkiä yhdessä luomaan käsitteistöä, jonka avulla terapeutti ja asiakas pystyvät kommunikoimaan samalla ”aaltopituudella”, josta seurauksena heidän keskinäinen ymmärrys asiakkaan ongelmaa kohtaan syvenee ja heidän vuorovaikutuksena lujittuu.

Tämän dialogin jälkeen terapeutti lukee asiakkaalle metaforan mustekalasta pakko-oireiseen häiriöön liittyen, jonka pohjalta he keskustelevat siitä, miten tämä metafora sopii asiakkaan pakko-oireiseen häiriöön. Metaforia käytetään kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa yleisesti asiakkaan ongelman uudelleen jäsennykseen ja itsetietoisuuden lisäämiseen. Metafora, jonka terapeutti lukee asiakkaalle on esitetty liitteessä neljä.

Lappalaisen ym. (2008, 34-35) mukaan metaforien käytöstä on monia hyötyjä. Ensinnäkin metaforat eivät ole selviä ja siksi asiakkaan on vaikea kiistää ne tai vastustaa niitä. Toiseksi huolellisesti tehty metafora voi olla asiakkaalle kokemuksellinen, jolloin siihen on helpompi

samaistua. Kolmanneksi metaforat muistetaan helposti ja niitä voidaan käyttää monissa muissakin yhteyksissä kuin siinä, missä ne aluksi opittiin.

Litteraatio-ote 8:

1 T: Mm... Et se ei mee näin, et me sormia napsautetaan, et vaikka mä kuinka kertოსin sulle periaatteita, että meeppäs nyt kotiin ja ala tekeen näin, ku minä sanon, ni se ei toimi näin.

2 A: Vaan..?

3 T: Koska täytyy ymmärtää se mekanismi, miten tää homma menee. Täytyy saada niitä välineitä.

4 A: Ne välineet... Mitä ne välineet täsmälleen on?

5 T: No, ne on ihan sitä, että sulle opetetaan uudenlainen suhde sun ajatuksiin ja tunteisiin. Sulle opetetaan tää mekanismi, josta mä jo kerroin, et miten tää ahdistuksen taso nousee korkealle ja sit sä oot tehny näitä pakkotoimintoja, jolloin se ahdistus laskee. Ku me tehdään niitä altistushoitoja elikkä näitä paskahommia niinku sä sanoit, et sä joudut johonki koskee niin tuota sä joudut kestää sitä ahdistuksen tasoa aika korkealla siellä jonkin aikaa, mutta sä saat myös kokemuksen siitä, että se laskee ittellään ilman, että sä teet niitä rituaaleja tai sitä pakkotoimintoa. Niinku näitä toistetaan, ni sä huomaat, että nyt tätä paha oloa saa kestää aika paljon. Mutta tuota noinni, niinkun mä sanoin, että oikotietä onneen ei oo ja mun asiakas sano kerran, että miks tähän ei voi olla pilleriä, et se ois niin mukava, ku ois joku pilleri, jonka ottais ni sit se ois siinä. Sillä selvä. Että sit pystys niinku, mut nää on... Opetellaan tätä mekanismia, miten pakkoajatukset toimii ja miten toimii pakkotoiminnot. Ja sitte sää saat sellasia välineitä, esimerkiksi semmosta, et miten sä pystyt kestään sitä ahdistusta, ku monet asiakkaat luulee, että se ahdistus nousee niin korkeeks, et sitä ei voi ikinä kestää. Ku ne voi olla tosi niinku fysiologisestikin ja muuten inhottavia, ku se ahdistustaso on niin korkeella. Niin sä saat siihen sellasia hengitysharjoituksia ja muita välineitä, et sä pystyt niitä paremmin kohtaan.

...

10 T: Elikkä sit tässä hoidossa tehdään vähän yli toiseen suuntaan, että sillä tavalla et sä et sit saa pestä niitä käsiä. Joudut kestään sitä likasuuden tunnetta.

11 A: Koskeen mun pyhiin tavaroihin ja vaatteisiin sen jälkeen..?

12 T: Nii, mm... Et sillä tavalla.

13 A: Pakko yrittää, ku mä haluun eroon tästä.

...

14 A: Pakko se on kokeilla, ku ei sitä omin... Mä oon yrittäny muutaman kerran itte, et mä niinkun kosken joka paikkaan ja oon sillai niinku muutki ihmiset, mut ei se kestä sillai päivää kahta.

Yllä olevassa litteraatiokatkelmassa terapeutti ja asiakas käyvät dialogia metaforan pohjalta ja he tarkentavat yhdessä, mitä tämä terapiahoito konkreettisemmin asiakkaalle käytännössä tarkoittaa. Dialogissa siis täsmennetään terapian hoitomenetelmiä. Tämä on tärkeää asiakkaan kannalta, koska siten hän kykenee paremmin ymmärtämään, mitä terapialta on odotettavissa. Toisaalta tämä voi myös herättää asiakkaassa negatiivisia tunteita, koska kuten dialogista tulee esille, hän joutuu kohtaamaan ahdistuksensa ja sietämään sitä ilman, että voi turvautua pakkotoimintoihin. Dialogin lopuksi asiakas kuitenkin myöntyy ottamaan terapeutin kanssa yhteisen askeleen kohti helpompaa elämää (puheenvuorot 13 ja 14). Tähän päätökseen vaikuttaa mahdollisesti terapeutin lupaus hengitysharjoituksista ja muista menetelmistä, joilla hallita ahdistusta. Toisaalta asiakas osoittaa myös epäuskoa menetelmien toimivuutta kohtaan puheenvuorossa kuusi. Asiakkaan ymmärrys siitä, että pakko-oireinen häiriö aiheuttaa liiallista ahdistusta hänelle ja vaikeuttaa hänen elämää huomattavasti, voi olla myös tämän päätöksen teon takana.

APES-luokituksen pohjalta tarkasteltuna tässä litteraatio-otteessa asiakas osoittaa kiinnostusta terapeutin tarjoamia hoitomenetelmiä kohtaan (puheenvuoro neljä) ja halua työstää ongelmaansa (puheenvuorot 13 ja 14). Toisaalta asioiden välisten yhteyksien ymmärrys kasvaa asiakkaan tiedostaessa ”pyhien” tavaroidensa olemassaolon ja normaalin käytöksen puitteet. (APES 3,5) (Kollega-arvio: 3,5)

Sekä terapian alussa että terapian edetessä yhteinen näkemys terapian tavoitteista ja terapiaosapuolien tehtävistä vahvistaa yhteistyösuhdetta (Kuusinen, 2008, 43). Litteraatio-otteessa kahdeksan tämä edellä mainittu tulee hyvin esille, kun terapeutti ja asiakas keskustelevat yhdessä menetelmistä, joita terapiassa tullaan käyttämään asiakkaan pakko-oireisen häiriön hoitamiseksi.

Dialogin lopuksi puheenvuorossa 14 asiakas osoittaa halunsa sitoutua terapiaan myöntämällä ettei yksin pysty ”parantumaan”.

Tämän jälkeen terapiaistunto jatkuu dialogina yleisesti pakko-oireisesta häiriöstä ja asiakkaan elämänhistoriasta, jonka jälkeen he alkavat lopettelemaan ensimmäistä terapiaistuntoaan.

Litteraatio-ote 9:

1 T: Eik se ois kiva, et joulukuukausi ois jo helpompi?

2 A: Voisko se olla jo?

3 T: Ainaki osittain helpompi.

4 A: Jaa.

5 T: Mm, kyllä me jo siihen ehitään jotain saada aikaseks.

Terapiaistunnon päätteeksi terapeutti luo asiakkaalle toivoa, kuten yllä olevasta dialogista käy ilmi. Tällä tavalla toimiessaan terapeutti antaa asiakkaalle odotuksen helpotuksesta ongelmaansa, mikä kannustaa asiakasta jatkamaan terapiahoitoa. Tämä on tärkeää siinä mielessä, että osa asiakkaista jättää terapian kesken esimerkiksi kohdatessa vaikeita asioita, joita eivät ole valmiita käsittelemään.

APES-luokitusten kannalta tämä keskusteluote on tärkeä, koska asiakas tuo toiveen ongelman hoitamisesta, mitä voidaan pitää viitteenä ongelman työstämisen halusta. Asiakkaan puheenvuoroa kaksi voidaan myös pitää merkinä positiivisesta emootiosta eli toiveesta. Toisaalta täydellinen ymmärrys ongelmasta ei tästä tule esille, joten APES-luokitus ei voi olla vielä tasolla neljä. (APES 3,7) (Kollega-arvio: 3,5)

Ensimmäisessä terapiaistunnossa APES-taulukon mukainen pisteytys liikkui 2,4 - 3,7 välillä. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan tietoisuus ongelmasta kasvoi ja hän alkoi yhdistellä asioiden välisiä suhteita. Assimilaatiomallin mukaan tämä osoittaa terapiaprosessin käynnistymistä, mitä voidaan pitää toivottuna lähtökohtana terapian onnistumisen kannalta.

4.2 Toinen äänitetty terapiakäynti

Ensimmäisen ja toisen terapialitteraation välissä on noin kuukauden mittainen väli. Terapeutin haastattelun (ks. liitteet 2 ja 3) mukaan terapeutti ja asiakas suorittivat tänä aikana altistus- ja

reagoinnin ehkäisy- harjoituksia (tarkemmin ks. luku 2.3, s. 14-15), sekä käyttivät hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä. Altistustilanteet nostivat asiakkaalle luonnollisesti paljon ahdistusta, mutta samalla hän oppi uudenlaisen suhtautumisen tunteisiinsa. Lisäksi hänen elämäänsä palasi ilo, kun hän alkoi vapautua pakko-oireista. Toinen terapialitteraatio alkaa terapeutin kysyessä miten asiakkaalla on nyt mennyt.

Litteraatio-ote 10:

1 T: Kuinkas on menny?

2 A: No, ihan hyvin. Samanlailla.

3 T: No, hienoa. Samalla lailla, että sä oot pystynyt nyt tekeen niitä asioita, mitä sä et aikasemmin pystynyt ja...

4 A: Kyllä. Välillä täytyy niinku oikein sillain, et ku mä meinaan tehdä sillä vanhalla tavalla.

5 T: Nii.

6 A: Niinku ottaa paperia tai jotain ja sit mä muistan, et ainii, eiku ei.

7 T: Nii. Onko ollu vaikeeta tai onko ollu kauheen ahdistava olo sitte?

8 A: Ei. Ei.

...

Poistettu yhdeksän puheenvuoroa keskustelua, jossa asiakas on ruvennut kertomaan ystävänsä kysymyksistä terapiaa koskien.

...

9 A: Niin tota, se oli että ooksää ny ihan varma, että entäs jos se on jotain muuta, ku toihan on sellanen, ettei se yleensä parannu. Mä sanoin, et mä tiedän sen. Mä oon lukenu, et se o hyvin vaikeesti et ainoo mikä siihen voi auttaa on tää kognitiivinen...

10 T: Käyttäytymisterapia.

11 A: Nii nii. Se sano ooksää ny varma ettei toi oo jotain aivan muuta kumminki.

12 T: Nii (nauraa).

13 A: (Nauraa) jos se noin nopeesti ja kuinka toi voi olla niinku..?

Yllä olevasta katkelmasta käy ilmi, että asiakas on edistynyt huomattavasti pakko-oireisen häiriön hallinnasta ensimmäisen ja toisen nauhoitetut terapialitteraation välillä. Ensimmäisellä terapiakerralla asiakas oli hyvin ahdistunut ja itkuinen. Hän toi myös useaan otteeseen esiin, ettei

enää halua elää pakko-oireisen häiriön hallitsemaa elämää, vaan on valmis työstämään ongelmaa. Osittain ongelman työstäminen on kuitenkin vielä kesken, kuten käy ilmi litteraatio-ote 10:n puheenvuoroissa neljä – kuusi, joissa asiakas tuo esille, että vanhat toimintatavat kuitenkin joissain tilanteissa vielä aktivoituvat. Tämä on ymmärrettävää, koska asiakas on elänyt pakko-oireisen häiriön sävyttämää elää varsin pitkään. APES-taulukossa ongelman työstämistä vastaa taso viisi, jonka aikana asiakas alkaa ratkoa ongelmaansa kokeilemalla erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Tästä esimerkkinä toimii asiakkaan kuvaus siitä, kuinka hän on huomannut välillä joutuvansa tilanteisiin, joissa hän tekisi mieli tehdä asioita vanhalla pakko-oireista häiriötä ylläpitävällä tavalla, mutta hän kuitenkin päättää toimia uudella toimivammalla tavalla. Litteraatio-ote 10:n puheenvuoroissa 10-13 asiakas kertoo kuinka yllätynyt hänen ystävänsä oli asiakkaan edistymisestä. Tätä voidaan pitää myös merkinä siitä, että asiakas itse on myös yllätynyt nopeasta edistymisestään, koska usein terapia-asiakkaat saattavat puhua toisten kokemusten kautta omista kokemuksistaan. Terapeutin ja asiakkaan yhteinen nauru asiakkaan ystävän ihmetteleville kysymyksille kuvastaa tässä kohden positiivisia emootioita, jotka nousevat ongelman työstämisestä. Myös positiivisten emootioiden nousu, joka johtuu ongelman työstämisestä, tukee sitä, että edellä esitettyä litteraatio-otetta voidaan pitää viitteenä APES-taulukon tasosta viisi. (APES 5) (Kollega-arvio: 5)

Tämän tutkimuksen aineistossa esiintyvä terapeutti on kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan suuntautunut, mikä tulee esille mm. erilaisten harjoitteiden keskimääräistä suuremmalla painottamisella. Hill (2005, 436-437) tuo esille, että harjoitteillakin on kuitenkin osuutensa terapeutin vuorovaikutuksen syventämisessä. Ensinnäkin siksi, että terapeutin valitessaan sopivia harjoitteita asiakkaan ongelman hoitamiseksi, tulee käyttää omaa vuorovaikutuksellista ymmärrystään peilatakseen, mitä ja miten juuri kyseinen asiakas kykenee ottamaan vastaan harjoitteet. Toiseksi onnistuneet harjoitteet kasvattavat asiakkaan luottamusta terapeuttia kohtaan. Tämä tulee esille yllä olevassa litteraatio-otteessa kymmenen siten, että terapeutin ja asiakkaan käydessä läpi sitä, miten harjoitteet ovat toimineet asiakkaan pakko-oireisen häiriön hallinnassa, heidän vuorovaikutuksellinen ilmapiiri on helpottunut. Tätä tukee puheenvuorojen 12 ja 13 naurahdukset.

Tämän jälkeen terapiasessio etenee terapeutin ja asiakkaan dialogilla, jossa he keskustelevat asiakkaan voinnista ja pakko-oireisen häiriön mekanismeista, jonka jälkeen he palaavat jälleen keskusteluun pakko-oireisen häiriön hallinnasta. Tässä kohden on hyvä huomata, että vaikka asiakkaalle saattaa tulla tunne ongelman täydellisestä hallinnasta, terapeutin on hyvä palauttaa asiakas alkuperäisen ongelman työstämisen ääreen, koska ongelman työstämisen ollessa kesken,

tunne sen hallinnasta voi olla harhaanjohtava. Asiakas ei välttämättä tätä tiedosta ja siksi jää terapeutin vastuulle tiedostaa, kuinka paljon ja usein asiakas tulee palauttaa alkuperäiseen ongelman työstämiseen.

Litteraatio-ote 11:

1 T: No, miten se altistus, ku puhutiin, että sä ottaisit jonkun esineen mihin äiti on koskenut?

2 A: No, emmä sitten ottanu, ku mä ajattelin, että jos se nyt piisais sillä kerralla, ku mä otin siltä niitä ylimääräisiä perunoita ja sitte me käveltiin siinä. Enkä mä pessy sen jälkeen sitä takkia, ni pystyin ihan hyvin.

3 T: Joo, no, hyvä. No, se meni kuitenkin sit hyvin.

4 A: Joo.

5 T: Ja nää muut on pysynyt, et sä oot pystynyt oleen sit ilman hanskoja kotona ja..?

6 A: Joo.

7 T: Ja sit töissä kans?

8 A: Joo. Se hirveen paljon helpottaa. Paljon helpompaa niin ku olla.

9 T: Nii-i.

10 A: Ei tarvi suunnitella etukäteen, et nyt mä vien ton ja sit mä meen pesen ton tai ton. Sit mä vien noi. Kumpi on helpompi, kummasta on vähän vaivaa ja sitte vasta ite toimii.

11 T: Nii.

12 A: Sen ku tekee vaan.

13 T: Nii. Eikä ne enää ahdistakaan sillai?

14 A: Ei sen ekan, sen autojutun jälkeen, oo ahdistanu mikään.

15 T: Joo.

16 A: Paitsi, että välillä mä vanhasta muistista meinaan niitä, ku ei edes ajattele, ni paperilla tai kynän päällä tai jollain kunnes mä muistan, et siihen pitää vähän keskittyä, ettei se mee sillä automaattiohjauksella vanhaan tapaan.

Edellä kuvatussa dialogissa asiakas kuvaa onnistuneita yrityksiä hallita pakko-oireinen häiriö. Onnistuneet ongelmien ratkaisut, joista herää positiivinen emotio ovat merkki siitä, että asiakkaan

terapiaprosessi sijoittuu APES:n mukaan tasolle viisi. Asiakkaan viittaus positiivisiin emootioihin löytyy puheenvuorosta kahdeksan. Puheenvuorossa kaksi asiakas kertoo esimerkin siitä kuinka hän on pystynyt itse hallitsemaan ongelmaansa, jota voidaan pitää APES:n mukaan merkinä tasosta kuusi. Kuitenkin puheenvuorossa 16 asiakas palauttaa itsensä terapiaprosessin keskeneräisyyteen ja työstämistarpeeseen. Näin ollen dialogi sijoittuisi APES-taulukossa tasojen viisi ja kuusi välille. (APES 5,5) (Kollega-arvio: 5)

Tämän dialogin jälkeen terapiasessio etenee siten, että terapeutti ja asiakas keskustelevat muista edellä mainitun kaltaisista tilanteista, joissa asiakas on kyennyt ratkaisemaan ongelman. Näistä he pääsevät keskusteluun siitä, mikä on normaalia ja mikä on epänormaalia liian sietämistä.

Litteraatio-ote 12:

1 T: Vielä on jäljellä se miesten hikitreenivaatteisiin koskettaminen..?

2 A: Senkin mä ajattelin, et seki niinku vois olla ihan normaalia.

3 T: Nii.

4 A: Normaali-ihmisetki, ku ne pistää, ku ne on todellaki ihan niin ku ois ämpäristä kaadettu se hikoilee sillai, ne on ihan sellasia tippuvan märkiä hiestä. Normaali-ihminenki pesis kätensä sen jälkeen.

Puheenvuorossa neljä asiakas kuvailee normaalia toimintaa, mitä voidaan pitää merkinä siitä, että asiakas kykenee erottamaan normaalit likaisuuden tunnusta johtuvat ajatukset ja tunteet epänormaaleista pakkoajatuksista ja –rituaaleista. Normaalin ja epänormaalin käyttäytymisen eron tunnistaminen on yksi tärkeä tekijä terapiaprosessissa, koska suuri osa ihmisistä, jotka terapiaan hakeutuvat eivät välttämättä erota näitä toisistaan. Tähän on useimmiten syynä juuri se ongelma, jonka takia he terapiaan hakeutuvat. Esimerkiksi tämän tutkimusaineiston asiakkaan pakko-oireiseen häiriöön nimenomaan kuuluu realiteetin hämartyminen likaisuuden tunteen suhteen, mikä on ajanut hänet kammoksumaan kaikenlaista likaa. Toisaalta tämä puheenvuoro voi myös olla osoitus asiakkaan vastentahtoisuudesta tehdä hikivaate-altistusta ja sen perustelemista sillä, että inho tällaista kohtaan on normaalia.

APES-luokitusten näkökulmasta tarkasteltuna asiakas tuo tässä litteraatio-otteessa esille ratkaisseensa ongelman soveltamalla hoitomekanismia käänteisesti eli, kun asiakkaan on tarkoitus välttää käsien pesua käsien tullessa likaisiksi, hän on myös oppinut ymmärtämään, milloin käsien pesu on ”normaalia”. Tämä siis käytännössä tarkoittaa, että hän kykenee erottamaan ”normaalit” ja

”haitalliset” ajatukset toisistaan jättämällä korjaamatta jo toimivaa ajatusmallia, mikä tarkoittaa sitä, että psykoterapiaprosessi on edennyt. (APES 5,7) (Kollega-arvio: 5)

Tämän dialogin jälkeen terapeutti ja asiakas kertaavat yhdessä terapiassa tehtyjä harjoitteita. Terapiaprosessissa saavutetun positiivisen hoitotuloksen kannalta tämä on tärkeää, koska näin asiakkaalle palautuu mieleen harjoitteiden merkitys ja se, että hänen on myös tulevaisuudessa oltava vielä varuillaan ongelman aktivoivissa tilanteissa ennen kuin toimiva toimintatapa automatisoituu. Tämän merkitystä terapeutti ei voi liiaksi korostaa, koska asiakkaalla on luontainen taipumus palata helposti entiseen vahingolliseen toimintatapaan.

Litteraatio-ote 13:

1 T: Mut se on upeeta, ku sulla on nyt tää kokemus, et tää menetelmä toimii, ni voidaan...

2 A: Entäs sitten, jos se ei toimikkaan jatkossa?

3 T: Me nähdään se.

4 A: Ni...

5 T: Ei voi olla varma.

Litteraatio-otteessa 13:ssa asiakas esittää terapeutille epäilyksen siitä pysyykö positiivinen hoitotulos yllä jatkossakin, johon terapeutti vastaa, ettei siitä voi olla varma. Tällainen toimintatapa saattaa tuntua aluksi hämmentävältä, mutta kun asiaa tarkastelee terapeuttisesta viitekehystä, eikä arkielämän kommunikaation viitekehystä siitä tulee ymmärrettävää. Ensinnäkin jos terapeutti antaisi tässä kohden asiakkaalle lupauksen, että terapian hoitotulos pysyy, asiakas voisi tuudittautua illuusioon ”parantumisesta” liian aikaisin. Tästä syystä hän luultavimmin lopettaisi harjoitusten tekemisen ja itsetutkiskelun. Tämän seurauksena pakko-oireinen häiriö alkaisi todennäköisesti jälleen salakavalasti pikku hiljaa hallita hänen elämänsä. Toiseksi terapeutin tulee aina välttää katteettomien lupauksen antamista asiakkaalle. Tämä on tärkeää myös terapiasuhteeseen kuuluvan luottamuksellisuuden säilyttämiseksi. Tässä kohden on kuitenkin hyvä muistaa, että toki terapeutilta odotetaan lupauksen pitämistä sovittujen asioiden suhteen.

APES-taulukon mukaan tasolla seitsemän asiakas automaattisesti soveltaa löytämänsä ratkaisua uusiin tilanteisiin. Ensimmäistä puheenvuoroa, jossa terapeutti vetää yhteen asiakkaan kertomaa, voidaan pitää merkinä asiakkaan ongelman hallinnasta, mikä vastaa APES-taulukossa tasoa seitsemän. Toisaalta asiakkaan herättämää epäilystä voidaan tarkastella merkinä epävarmuudesta

ongelman hallinnassa. Asiakkaalla olisi siis keinot ja menetelmät hallita ongelmaansa, mutta usko yksin pärjäämiseen on vielä terapian tässä vaiheessa vaakalaudalla. (APES 6,3) (Kollega-arvio: 6)

Terapiaistunnon päätteeksi terapeutti ja asiakas käyvät läpi arvotyöskentely-tehtävää, jonka tarkoituksena on suunnata asiakkaan ajatukset kohti tulevaisuutta eli sitä, mitä hän elämältään haluaa tästä eteenpäin. Tämä on tärkeää siksi, että asiakas on terapiaan hakeutuessaan astunut elämässään käännekohtaan, jossa hänen olisi jätettävä taakseen vanha itselleen vahingollinen toimintatapa ja otettava askel kohti uutta toimivampaa toimintatapaa.

Tässä toisessa terapiaistunnossa APES-taulukon mukainen pisteytys liikkui 5,0 – 6,3 välillä, mikä kuvastaa assimilaatiomallin mukaan huomattavaa kehitystä asiakkaan suhteessa omaan ongelmaansa. Tätä voisi myös kuvata parantumisprosessina. Muutos terapian ensikäynnistä toiseen äänitettyyn terapiakäyntiin on huomattava ja terapiaprosessin kehittymistä voidaan pitää merkittävänä.

4.3 Terapiaprosessin eteneminen äänitettyjen terapiaistuntojen jälkeen

Toisen äänitetyn terapiaistunnon jälkeen terapia jatkui vielä vähän yli kuukauden ajan. Terapeutin haastattelun (ks. liitteet 2 ja 3) mukaan tätä aikana he tekivät käytännön harjoitteita eli altistus- ja reagoinnin ehkäisytehtäviä. Terapia saatettiin päätökseen 10.12.2008, jolloin asiakkaalla ei ollut lainkaan enää pakko-oireista oirehdintaa, mikä vastaisi APES-asteikolla tasoa seitsemän. Tästä viimeisestä terapiaistunnosta ei kuitenkaan ole äänitettä, joten tulosten valossa tätä ei voida pitää tieteellisesti luotettavana. Kuitenkin Apes-pisteytykset terapian ensikäynnin ja toisen äänitetyn terapiaistunnon välillä osoittivat huomattavaa kehitystä ja kertovat muutoksesta paranemisen suuntaan. Terapeutti itse piti terapiaa erittäin onnistuneena (ks. liite 3).

Edellä on kuvattu psykoterapiaprosessi Stilesin ym. (1990) kehittämän assimilaatiomallin avulla. Tässä analyysissä on tuotu esille terapiassa tapahtuva asiakkaan kasvava tietoisuus ja hallinta ongelmaa kohtaan eli positiivisen hoitotuloksen saavuttaminen. Yhteenvetona psykoterapiaprosessissa tapahtunutta muutosta kuvastavat asiakkaan puheenvuorot ensimmäisestä ja tätä kuukautta myöhemmin tapahtuneesta terapiaistunnosta:

- *En käydä äidillä. En koskea mihinkään, mihin se on koskenut. Ja sitten sama melkein tuolla kotona aviomiehen kanssa, että mul on oma sohva ja sillä on oma sohva. Ja kaikki mihin se on koskenut, ni sitten jos mä kosken, ni mä pesen kädet sen jälkeen. Ja mul on sitten ne omat hyllyt ja laatikot, missä on vain minun koskettamiani tavaroita, esineitä, papereita ja tämmöstä. (Litteraatio-ote 1, puheenvuoro 6)*
- *Se hirveen paljon helpottaa. Paljon helpompaa niin ku olla. (Litteraatio-ote 11, puheenvuoro 8)*

Ensimmäinen edellä oleva asiakkaan puheenvuoro kuvaa sitä kuinka vaikeaa ja monimutkaista asiakkaan elämä oli terapian alussa johtuen pakko-oireisesta häiriöstä. Jälkimmäinen puheenvuoro kuvaa taas sitä kuinka helpottunut asiakas oli saadessaan pakko-oireisen häiriönsä hallintaan ja vapautuessaan elämään normaalimpaa elämää.

Hill (2005, 437) tuo esille, että ideaalimaailmassa *terapian päättäminen* tapahtuisi siinä vaiheessa, kun asiakkaalla on täydellinen kokemus ongelman hallinnasta ja itsenäisestä pärjäämisestä. Todellisuudessa useimmat asiakkaan joutuvat päättämään terapian ennen aikaisesti rahanpuutteen, vakuutus- tai muiden korvausten loppumisen, muuton tai jopa terapeutin kuoleman johdosta. Terapeutti kuitenkin, myös lyhytkestoisissa terapioissa, pyrkii ohjaamaan terapian fokusta jossain vaiheessa kohti terapian päättämistä. Tämän tarkoituksena on tehdä yhteenvetoa terapiassa tapahtuneista onnistumisista ja oivalluksista, minkä avulla asiakas ja terapeutti saavat luotua terapiaprosessista mielekkäämmän kokonaisuuden. Käsillä olevan tutkimuksen aineiston niukkuudesta johtuen tähän ei päästä pureutumaan. Kuitenkin terapeutin haastattelussa (ks. liite 3) terapeutti tuo esille, että asiakas saavutti oireettoman tilan ja terapia saatettiin päätökseen onnistuneesti.

5. Yhteenveto ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia vuorovaikutusta psykoterapiassa assimilaatiomallin ja sisällönanalyysin avulla, koska psykoterapeutin ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta voidaan pitää tärkeimpänä yksittäisenä psykoterapian positiivista hoitotulosta selittävänä tekijänä. Tutkimuksen analyysissä on tuotettu kuvaus siitä vuorovaikutuksellisesta muutosprosessista, joka psykoterapiaprosessissa saadaan tuotettua. Analyysirunkona on käytetty Stilesin työryhmän (Stiles ym., 1991) kehittämää assimilaatioanalyysimallia, jonka pohjalta analyysiä on johdettu eteenpäin sisällönanalyysin avulla.

Tämän tutkimuksen psykoterapiaprosessissa havaittiin positiivinen hoitotulos apes-pisteityksellä arvioituna. Apes-pisteitys kasvoi ensimmäisen terapiakerran 2,4:stä toisen terapiakerran 6,3:en. Tätä voidaan pitää hyvin merkittävänä edistymisenä psykoterapiaprosessissa ja myös huomattavan nopeana kehityksenä ottaen huomioon, että ensimmäisen ja toisen äänitetyn terapiakertojen välinen aika oli vain yksi kuukausi. Toisaalta voidaan ajatella, että tämä huomattavan nopea kehitys myös johtuu siitä, että asiakas tiesi jo terapiaan tullessaan, että hän tulee hoidattamaan vain yhtä ongelmaa eli pakko-oireista häiriötä. Tästä seurauksena terapia rajattiin vain tämän ongelman hoitoon ja hoidon on mahdollista olla tehokkaampaa, kuin jos asiakkaalla olisi ollut useampia päällekkäisiä tai rinnakkaisia ongelmia, tai jos hän ei olisi ollut lainkaan tietoinen, miksi on tullut terapiaan.

Olenneisimmat psykoterapiaprosessin positiivista hoitotulosta edistävät elementit olivat tämän tutkimuksen aineistossa: *yhteinen näkemys terapian tavoitteista ja terapiaosapuolien tehtävistä, luottavainen ilmapiiri, ymmärretyksi tulemisen kokemus, sekä terapiaharjoituksiin liittyvät onnistumisen kokemukset.*

Kuusinen (2008, 43) tuo esille, että terapian positiivisen hoitotuloksen kannalta on tärkeää, että terapeutilla ja asiakkaalla on *yhteinen näkemys terapian tavoitteista ja terapiaosapuolien tehtävistä.* Tämä toteutuu käsillä olevan tutkimuksen aineistossa siten, että terapeutti ja asiakas rajaavat terapian koskemaan asiakkaan pakko-oireisen häiriön hoitamista. Lisäksi terapeutti tuo esille käytännön esimerkkejä käytettävistä hoitomenetelmistä.

Käsillä olevan tutkimuksen aineiston mukaan voidaan myös olettaa terapeutin onnistuneen luomaan asiakkaalle tarpeeksi luottavainen ilmapiiri suorittaa ahdistusta aiheuttavia harjoitteita, koska kaikki toisen äänitetyn terapiasession litteraatio-otteet kuvastavat sitä, että asiakas on sitoutunut tekemään

harjoitteita. *Toisena tutkimuksen tuloksena voidaan siis pitää terapeutin onnistumista luottavaisen ilmapiirin luomisessa.*

Tutkimuksen aineistosta nousee myös esille terapeutin ja asiakkaan välinen käsitteiden määrittely. Tällä on huomattava merkitys vuorovaikutuksen kannalta, koska määritellessään yhdessä ongelmaan liittyvää käsitteistöä, he käyvät epäsuorasti keskustelua siitä kuinka toinen osapuoli ymmärtää kuulemaansa, mitä luonnehtii *ymmärretyksi tulon kokemus*. Kuusisen (2008, 39, 41) mukaan asiakkaan ymmärretyksi tulon kokemus on yhteydessä terapian tuloksellisuuteen. Käyttäytymisterapioissa ymmärretyksi tulon on ajateltu lisäävän asiakkaan pyrkimystä toteuttaa uusia toimintamalleja. Hoidettaessa pakko-oireista häiriötä uusien toimivien toimintamallien sisäistäminen on ensiarvoisen tärkeää.

Verrattaessa ensimmäisen ja toisen terapiasession äänitettyjä litteraatio-otteita keskenään, voidaan vuorovaikutuksessa havaita huomattava myönteinen kehitys. Esimerkiksi litteraatio-otteen kaksi puheenvuorossa 18 asiakas niiskaisee, mitä voidaan pitää merkinä asiakkaan itkuisuudesta ja tätä kautta merkinä siitä, että asiakas kokee pakko-oireisen häiriön sävyttämän elämänsä raskaana, josta viitteenä myös asiakkaan kertoma litteraatio-otteessa kolme puheenvuorossa kolme: *Emmää jaksa enää...* Tästä vastakohtana litteraatio-otteessa kymmenen puheenvuoroissa 12 ja 13 terapeutti ja asiakas nauravat yhdessä, mitä voidaan pitää merkinä vapautuneesta ilmapiiristä ja siitä, että asiakkaalla on huomattavasti parempi olla. Tämä myönteinen kehitys terapeuttisessa vuorovaikutuksessa on aineiston mukaan selitettävissä sillä, että ongelman hallintaan keskittyneet harjoitteet ovat onnistuneet. Tätä tukee myös Hillin (2005, 436) näkemys: ei niinkään ole väliä onko terapeutti suuntaunut käyttäymisen muutokseen, tunteiden ilmaisuun tai sisäiseen tutkiskeluun, koska kehitys yhdellä osa-alueella yleensä johtaa edistymiseen kaikilla muillakin terapian kannalta välttämättömillä osa-alueilla. Koska tutkimuksen aineistossa terapeutti on kognitiivis-käyttäytymistieteellisesti suuntautunut, ovat terapiassa tehtävät harjoitteet suuri osa terapiaprosessia. Tästä seurauksena voidaan tuloksena pitää myös *harjoitteiden onnistumisen kautta vuorovaikutuksen paranemista*.

Edellä esitetyt tulokset voivat tuntua itsestään selvyyksiltä terapiassa. Näin ei kuitenkaan välttämättä ole pidettäessä mielessä, että Huttusen (2006, 700) mukaan asiakkaan yläpuolelle asettuvat kaikkietävät ja tunnekylmät terapeutit saavuttavat koulutuksestaan ja koulukunnastaan riippumatta huonompia hoitotuloksia ja joskus jopa pahentavat potilaan tilaa. Tarkasteltaessa tuloksia tältä kannalta, voidaan ajatella näiden itsestään selvyyksiltä vaikuttavien asioiden olevan

juuri niitä hyvin tärkeitä seikkoja, joita terapeutin tulee ottaa huomioon omassa terapiatyöskentelyssään. Terapian positiivisten hoitotulosten saavuttamiseksi yhä uudelleen ja uudelleen asiakkaiden vaihtuessa terapeutin on pystyttävä tarkkailemaan omaa toimintaansa jatkuvasti, jotta hän välttyy pitämästä näitä tässä tutkimuksessa esitettyjä tuloksia itsestään selvyyksinä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on usein asetettu kyseenalaiseksi vetoamalla mm. tutkijan tulkinnan subjektiivisuuteen. (ks. esim. Tuomi & Sarajärvi, 2009) Toki tulkinta on aina subjektiivista, mutta ehkä tästä myös nousee sen yksi olennainen elementti arvoon – ajatusten herättäminen. Uutta luodakseen ja löytääkseen, pitää tutkijan uskaltaa ottaa harppaus tuntemattomaan ja pyrkiä tuomaan aineistosta esille sellaisia asioita, mitkä ovat aiemmin jääneet huomaamatta. Uuden asian tai mielipiteen esille tuomisessa on aina aluksi kyse jonkun subjektiivisesta tulkinnasta, mutta kun jokin asia on ensi kerran tuotu esille voidaan sen totuuden mukaisuutta testata uusilla tutkimuksilla. Yksi tapa välttää tutkimuksessa tulkinnan subjektiivisuutta on käyttää suurempia auktoriteetteja tutkijan tulkintojen perusteluiksi, kuten tässä tutkimuksessa on pyritty tekemään.

Pyörälän (1995, 15) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen validiteettikysymys on teoreettinen ja monivaiheinen. Ensinnäkin sen nähdään liittyvän kohderyhmän paikantamiseen ja tutkijan kykyyn rakentaa toimiva tutkimusasetelma. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkijan tulee kyetä osoittamaan, että juuri tätä tutkimusasetelmaa käyttämällä ja juuri tätä kohderyhmää tutkimalla voidaan vastata tutkimuksen kysymyksen asetteluun. Käsillä olevan tutkimuksen kohdalla validiteettia lisää se, että tutkittavana ovat autenttiset, nauhoitetut psykoterapiavastaanotot, joissa pystytään tarkastelemaan asiakkaan ja terapeutin välistä suhdetta. Toiseksi validiteettikysymys koskee tutkimuksessa syntyvän tulkinnan paikkansapitävyyttä, eli siihen päteekö esitetty tulkinta koko tutkimusaineistossa ja siinä ympäristössä, jota on haluttu tutkia (emt., 15). Kun tutkimuskohteena on psykoterapiaprosessi, joka kehittyy terapian edetessä, on vaikea arvioida jonkin yksittäisen tulkinnan paikkansa pitävyyttä irrallisena. Sen vuoksi olen pyrkinyt muodostamaan tulkintani ottaen huomioon koko kehitysprosessin, koska tutkittaessa dynaamista prosessia, tulee ottaa huomioon kokonaisuus, jotta tulkinnasta tulee mielekäs. Tämä mielessä pitäen olen pyrkinyt muodostamaan lineaarisesti etenevän kokonaisuuden tulkinnoistani, koska näin analyysi on myös mielekkäämpää luettavaa ja antaa paremman kuvan psykoterapiassa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta kehittyvänä prosessina.

Reliabiliteetilla viitataan perinteisesti käytetyn tutkimusmenetelmän kykyyn antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa sillä tarkoitetaan aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta. Aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta voidaan koetella esimerkiksi rinnakkaiskoodauksen avulla. (Pyörälä, 1995, 15.) Tämän tutkimuksen kohdalla luokittelun luotettavuutta testattiin asiantuntijapaneelin avulla, joka on rinnastettavissa rinnakkaiskoodaukseen (tarkemmin ks. s. 28). Asiantuntijapaneelin ja tutkijan APES-luokitusten pisteytykset eivät olleet täysin yhtenäisiä, mutta poikkeama pisteytyksissä on selitettävissä tulkinnan vaihtelulla. Tutkijan ja asiantuntijapaneeliin osallistuneiden pisteytyserot voivat johtua suurelta osin siitä, kuinka hyvin he hallitsevat kyseisen menetelmän käytön. Tuloksia voidaan kuitenkin pitää luotettavina, koska asiantuntijapaneelin pisteytykset ovat samansuuntaisia tutkijan pisteytyksien kanssa.

Mäkelä (1991, 118) huomauttaa, että tutkijan tulee pyrkiä parhaan kykynsä mukaan ”löytämään totuus” eli suunnittelemaan, toteuttamaan ja tulkitsemaan tutkimus niin, että eri näkökulmat ja mahdollisesti virhelähteet tulevat otetuiksi huomioon. Tässä gradussa tämä on otettu huomioon siten, että on tuotettu mahdollisimman realistinen kuva siitä, mitä tämän aineiston psykoterapiaprosessissa tapahtuu, jotta ”totuudellisuus” säilyy. Aineistoa kuvaillessani pyrin tuottamaan mahdollisimman kattavan kuvauksen sen keruusta ja itse aineistosta, mutta kuitenkin siten, että anonymiteetti tutkittavien osalta säilyy. Vattimo (1999, 73-74) tuo esille tähän liittyen, että etiikka viittaa termiin, jolla on moraalinen vaatimus sisältää totuus. Tieteeseen sovellettuna tätä voisi kuvata siten, että tieteellä on eettinen normi tuottaa totuudellista tutkimusta, toisin sanoen tieteen tulee olla avointa ja rehellistä, jotta sen totuudellisuutta voidaan arvioida.

6. Lopuksi

Kuusinen (2008, 45) tuo ilmi, että tarkastelemalla psykoterapiaprosessin vuorovaikutusta, terapeutin tehtävän suorittamista estäviä katkoksia, tai motivationaalisen systeemin muutoksia, ne eivät pääse muodostumaan terapiaa heikentäviksi tekijöiksi. Tähän edellä olevaan lauseeseen kiteytyy yksinkertaisuudessaan tämän pro-gradu työn tarkoitus eli selventämällä psykoterapeuttisen vuorovaikutuksen ”solmukohtia” pystytään psykoterapiaa itsessään kehittämään toimivammaksi.

Tällä on kolmenlainen merkitys. Ensinnäkin psykoterapiasta kiinnostuneet (esimerkiksi psykoterapiaa opiskelevat) saavat lisää informaatiota, jota soveltaa omaan osaamiseensa. Toiseksi ne lukijat, jotka eivät tiedä psykoterapiasta mitään, saavat siitä kattavan kuvauksen, mikä voi edesauttaa vähentämään ennakkoluuloja psykoterapiaa kohtaan yleisesti. Kolmanneksi psykoterapiaa harjoittavat terapeutit voivat tämän tutkimuksen tuloksien valossa tarkastella omaa toimintaansa ja kehittää omaa vuorovaikutustaan terapiatyöskentelyssä.

Tämän pro-gradu työn tutkimus antaa informaatiota siitä, miten psykoterapiakoulutusta voitaisiin parantaa esimerkiksi kiinnittämällä tarkempaa huomiota terapiassa tapahtuvaan vuorovaikutukseen tämän tutkimuksen osoittamalla tavalla. Tämä on tärkeää siksi, että vuorovaikutuksen nähdään vaikuttavan suoraan terapian tuloksellisuuteen (ks. esim. Kuusinen, 2008; Huttunen, 2006). Tulosten pohjalta psykoterapiakoulutusta voidaan edistää tuloksellisempaan suuntaan, mikä on tärkeää pidettäessä mielessä Kelan maksamien terapioiden vuosittaiset kustannukset (ks. esim. Kela, 2008), jotka tulevat tulevaisuudessa kasvamaan (ks. esim. Huusko, 2008).

Assimilaatiomallia koskevissa aikaisemmissa psykoterapian vuorovaikutusta tarkastelevissa tutkimuksissa on assimilaatiomallia sovellettu ainoana metodina (ks. esim. Field ym., 1994; Osatuke ym., 2007; Stiles ym., 1990; Stiles ym., 1991). Käsillä olevassa tutkimuksessa assimilaatiomallin lisäksi otettiin käyttöön sisällönanalyysi, koska tarkoituksena oli saada tuotettua aikasempaa tarkempia tutkimustuloksia siitä vuorovaikutuksellisesta sisällöstä, mikä terapiassa toimii vaikuttavana aineksena. Assimilaatiomalli ja sisällönanalyysi toimivat hyvin yhdistettynä analyysimetodinä, mikä olikin hyvin luonteva yhdistelmä, koska kumpikaan ei yksinään olisi tarjonnut tähän tutkimukseen soveltuvaa viitekehystä. Jos assimilaatiomallia olisi yksinään käytetty metodina, olisi tulokseksi saatu luokiteltu aineisto, joka ei yksinään olisi vielä ollut riittävän syvälinen tarkastelulähtökohta. Jos taas sisällönanalyysiä olisi sovellettu yksistään, olisi tulokseksi

syntyvät järjestyvätön joukko psykoterapiaprosessissa tapahtuvaa vuorovaikutusta. Kun näitä kahta on sovellettu yhdessä, on tuloksena saatu selkeästi kuvattua psykoterapiaprosessin vuorovaikutusta.

Yksi suurimmista haasteista tässä tutkimuksessa nousi tutkimussuunnitelman joustamattomuudessa. Alkuperäisenä ideana tutkimussuunnitelmassa oli saada koko psykoterapiaprosessi äänitettyä terapeutin toimesta, mutta tämä ei toteutunutkaan, vaan terapeutti toimitti tutkijalle vain kaksi äänitettyä terapiasessiota, joiden pohjalta oli hyvin haasteellista pyrkiä muodostamaan assimilaatiomalliin soveltuvaa luokitteluaineistoa. Tämän lisäksi kuitenkin terapeutti antoi sähköpostitse haastattelun, minkä pohjalta tutkimuksen aineistosta nousseet havainnot saivat lisää tukea.

Koska tämän tutkimuksen aineistona on käytetty onnistunutta psykoterapiaa, voisi tulevaisuudessa olla vielä hedelmällisempää tutkia epäonnistuneen psykoterapiaprosessin vuorovaikutusta verraten tuloksia tämän tutkimuksen tuloksiin. Tätä kautta saataisiin tärkeää informaatiota siitä, miten vuorovaikutus voi epäonnistua psykoterapiassa, toisin sanoen – voitaisiin oppia virheistä. Tällainen tutkimusasetelma tuo kuitenkin uusia haasteita, koska assimilaatiomallia ei voi käyttää analyysirunkona epäonnistuneessa terapiassa. Siksi, että assimilaatiomallin perusedellytyksenä on positiivinen hoitotulos psykoterapiaprosessissa.

7. Lähteet

7.1 Painetut lähteet

Abramowitz, J. & Whiteside, S. & Deacon, B. (2005) The effectiveness of treatment for pediatric obsessive–compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 36, 55–63.

Antikainen, R. & Ranta, M. (toim.) (2008) Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki: Hakapaino.

Antony, M. & Ledley, D. & Heimberg, R. (toim.) (2008) Pysyvä muutos – kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Helsinki: Edita.

Bucci, W. (1995) The power of narrative. A multiple code account. Teoksessa: Pennebaker, J (toim.) (1995) Emotion, disclosure and health. Washington: American psychological association.

Cuijpers, P. & Van Straten, A. & Andersson, G. & Van Oppen, P. (2008) Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal on consulting and clinical psychology*, 76, 909-922.

Côté, G. & Gauthier, J. & Laberge, B. & Cormier, H. & Plamondon, J. (1994) Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior therapy*, 25, 123-145.

Duodecim (2007) Konsensuslausuma – Psykoterapia. *Duodecim*, 123, 112-20.

Ellis, A. (1957) Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 13, 344-350.

Espie, C. & Inglis, S. & Tessier, S. & Harvey, L. (2001) The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour research and therapy*, 39, 45-60.

Ferrara, K. (1994) *Therapeutic Ways with Words*. Oxford: Oxford University.

- Field, S. & Barkham, M. & Shapiro, D. & Stiles, W. (1994) Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 397-406.
- Franklin, M. & Riggs, D. & Pai, A. (2008) Pakko-oireinen häiriö. teoksessa: Antony, M. & Ledley, D. & Heimberg, R. (toim.) (2008) Pysyvä muutos – kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Helsinki: Edita.
- Frey, J. & Heckel, R. & Salzberg, H. & Wackwitz, J. (1976) Demographic variables as predictors of outcome in psychotherapy with children. *Journal of clinical psychology*, 32, 713-721.
- Herbert, J. & Rheingold, A. & Goldstein, S. (2002) Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and behavioral practice*, 9, 1-8.
- Helkama, K. & Myllyniemi, R. & Liebkind, K. (2001) Johdatus sosiaalipsykologiaan. Helsinki: Edita.
- Hill, C. (2005) Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy*, 42, 431-442.
- Huttunen, M. (2006) Assosiaatioita psykoterapioista. *Duodecim*, 122, 701-2.
- Johnson, W. & Tsoh, J. & Varnado, P. (1996) Eating disorders: Efficacy of pharmacological and psychological interventions. *Clinical psychology review*, 16, 457-478.
- Kuula, A. (2006) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Kuusinen, K.-L. (2008) Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa: Kähkönen, S. & Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) (2008) Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim.
- Laaksonen, R. & Turunen, M. (2008) Pakko-oireinen häiriö. Teoksessa: Kähkönen, S. & Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) (2008) Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim.

Lappalainen, R. & Miettinen, I. & Lehtonen, T. (2007) Käyttäytymisanalyysi käytännön terapiatyössä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Lappalainen, R. & Lehtonen, T. & Hayes, S. & Batten, S. & Gifford, E. & Wilson, K. & Afari, N. & McCurry, S. (2008) Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännös terapiatyössä. Tampere: Domus Print.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) (2001) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Ledley, D. & Heimberg, R. (2008) Sosiaalisten tilanteiden pelko eli sosiaalinen fobia. Teoksessa: Antony, M. & Ledley, D. & Heimberg, R. (toim.) (2008) Pysyvä muutos – kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Helsinki: Edita.

Lehtonen, T. & Lappalainen, R. (2005) Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä. Psykologiapalveluiden kehittämissyksikön julkaisuja 6/2005. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Leiman, M. (2004) Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim*, 120, 2645-2653.

Luborsky, L. & Luborsky, E (1995) The era of measures of the transference – The CCRT and other measures. Teoksessa Shapiro, T & Emde, R. (toim.) (1995) Research in psychoanalysis. Process, development, outcome. Madison: International universities press.

Luostarinen, S. (2008) Transferenssi ja terapeutin emotionaaliset reaktiot. Teoksessa: Antikainen, R. & Ranta, M. (toim.) (2008) Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki: Hakapaino.

Martin, D. & Garske, J. & Davis, M. (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 438-450.

McNair, D. & Lorr, M. & Young, H. & Roth, I. & Boyd, R. (1964) A three-year follow-up of psychotherapy patients. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 258-264.

Mitte, K. (2005) A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of affective disorders*, 88, 27-45.

Mäkelä, P. (1991) Epärehellisyys ja vilppi tutkimuksessa. Teoksessa: Löppönen, P. & Mäkelä, P. & Paunio, K. (toim.) (1991) *Tiede ja etiikka*. WSOY: Juva.

Nummenmaa, L. (2006) Kognitio ja emootio. Teoksessa: Hämäläinen, H. & Laine, M. & Aaltonen, O. & Revonsuo, A. (toim.) (2006) *Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen oppikirja*. Gummerus kirjapaino oy: Jyväskylä.

O'Connor, J. & Daniels, G. & Flood, C. & Karush, A. & Moses, L. & Stern, L. (1964) An evaluation of the effectiveness of psychotherapy in the treatment of ulcerative colitis. *Annals of Internal Medicine*, 60, 587-603.

Osatuke, K. & Mosher, J. & Goldsmith, J. & Stiles, W. & Shapiro, D. & Hardy, G. & Barkham, M. (2007) Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 153-164.

Paar, H. & Seeman, J. (1973) Experimental psychotherapy: effectiveness of therapist response under two conditions of threat. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 100-103.

Peräkylä, A. & Antaki, C. & Vehviläinen, S. & Leudar, I. (2008) Analysing psychotherapy in practice. Teoksessa: Peräkylä, A. & Antaki, C. & Vehviläinen, S. & Leudar, I. (toim.) (2008) *Conversation analysis and psychotherapy*. New York: Cambridge University press.

Pirkola, S. & Isometsä, E. & Suvisaari, J. & Hilleri, A. & Joukamaa, M. & Poikolainen, K. & Koskinen, S. & Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2005) DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40, 1-10.

Pittenger, R. & Hockett, C. & Danehy, J. (1960) *The First Five Minutes*. New York: Martineau.

- Priebe, S. & McCabe, R. (2006) The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta psychiatrica scandinavica*, 113, 69-72.
- Principe, J. & Marci, C. & Glick, D. & Ablon, S. (2006) The relationship among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy*, 43, 238-243.
- Pyökkänen, K. & Pöllänen, R. & Upanne, M. (1996) *Psykoterapia Suomessa*. Stakes. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.
- Pyörälä, E. (1995) Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologiaa. Teoksessa: Leskinen, J. (toim.) (1995) *Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla*. Helsinki: Ykköspaino.
- Richert, A. (1976) Expectations, experiencing and change in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 438-444.
- Rosenberg, S. (1954) The relationship of certain personality factors to prognosis in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 10, 341-345.
- Saarnio, P. (2002) Mikä tepsii psykoterapiassa?. *Yhteiskuntapolitiikka* 67, 186-187.
- Schefflen, A. (1973) *Communicational structure. Analysis of a psychotherapy transaction*. Bloomington: Indiana University Press.
- Shirk, S. & Karver, M. (2003) Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, 452-464.
- Siassi, I. & Messer, S. (1976) Psychotherapy with patients from lower socioeconomic groups. *American Journal of Psychotherapy*, 30, 29-42.
- Sloane, R. & Staples, F. & Cristol, A. & Yorkston, N. (1975) Short-tem analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 132, 373-377.

Smith, M. & Huang, M. & Manber, R. (2005) Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical psychology Review*, 25, 559-592.

Stanley, M. & Novy, D. (2000) Cognitive-behavior therapy for generalized anxiety in late life: an evaluative overview. *Journal of anxiety disorders*, 14, 191-207.

Stiles, W. (1992) *Describing talk. A taxonomy of verbal response modes*. Newbury park: Sage.

Stiles, W. (1999) Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 9, 1-21.

Stiles, W. & Elliot, R. & Llewelyn, S. & Firth-Cozens, J. (1990) Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.

Stiles, W. & Meshot, C. & Anderson, T. & Sloan, W. jr. (1992) Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101.

Stiles, W & Morrison, L. & Haw, S. & Harper, H. & Shapiro, D. & Firth-Cozens, J. (1991) Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.

Strupp, H. & Hadley, S. (1979) Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125–1136.

Tarrier, N. & Sommerfield, C. (2004) Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up. *Behaviour therapy*, 35, 231-246.

Tikkanen, T. (2001) *Psykoterapiaopas. Monta tietä itsetuntemukseen ja iloon*. WSOY: Juva.

Tiuraniemi, J. (1993) *Psykoterapia vastavuoroisena prosessina*. Turku: Turun yliopiston offsetpaino.

Truax, C. (1970) Therapist's evaluative statements and patient outcome in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 26, 536-538.

Truax, C. (1971) Degree of negative transference occurring in group psychotherapy and client outcome in juvenile delinquents. *Journal of clinical psychology*, 27, 132-136.

Truax, C. & Fine, H. & Moravec, J. & Millis, W. (1968) Effects of therapist persuasive potency in individual psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 24, 359-362.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2003) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Gummerus kirjapaino oy: Jyväskylä.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Gummerus kirjapaino oy: Jyväskylä.

Tuomisto, M. (toim.) (1997) *Käyttätymisanalyysi ja kognitiivinen käyttäytymisterapia*. SKY ry:n julkaisuja 1. Tampere: Suomen käyttätymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistys.

Vattimo, G. (1999) *Tulkinnan etiikka*. Tutkijaliitto: Helsinki.

Väisänen, L. & Niemelä, M. & Suua, P. (2009) *Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona*. Helsinki: Kirjapaja.

Väänänen, R. (2008) *Vastarinta psykoterapiasuhteessa*. Teoksessa: Antikainen, R. & Ranta, M. (toim.) (2008) *Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde*. Helsinki: Hakapaino.

Wambold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: Erlbaum.

Warren, R. & Thomas, J. (2001) Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: an effectiveness study. *Journal of anxiety disorders*, 15, 277-285.

7.2 Elektroniset lähteet

Huusko, T. (2008) Kela ja mielenterveys- ja päihdetyö.

[http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/BC33EEAF-358C-46AC-B2CA-](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/BC33EEAF-358C-46AC-B2CA-3E2705077C2C/0/Eduskuntaseminaarikalvot_TiinaHuusko_Kela_.ppt)

[3E2705077C2C/0/Eduskuntaseminaarikalvot_TiinaHuusko_Kela_.ppt](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/BC33EEAF-358C-46AC-B2CA-3E2705077C2C/0/Eduskuntaseminaarikalvot_TiinaHuusko_Kela_.ppt). Viitattu 1.11.2008.

ICD-10 (1992) <http://helios.uta.fi:2065/lib/tampere/docDetail.action?docID=10227094&p00=icd-10> Viitattu 1.11.2008.

Kela (2008) Psykoterapiaa saaneiden määrä kasvoi 12 %. Tilastotiedote 12.3.2008.

[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/3_120308/\\$File/3_120308.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/3_120308/$File/3_120308.pdf?OpenElement) Viitattu 1.11.2008.

LIITTEET

LIITE 1: Suostumus

PSYKOTERAPEUTIN JA ASIAKKAAN VUOROVAIKUTUSTA SELVITTÄVÄ TUTKIMUS

Olen saanut tiedon, että aineistoa (ääninauhotteita) käsitellään seuraavasti:

1. Aineiston salassapito turvataan niin, että aineistoa käsittelevät allekirjoittavat vaitiolositoumuksen.
2. Aineisto muutetaan tekstiksi siten, etteivät nimeäni, asuin- ja työpaikkaani ja ammattiani koskevat tiedot käy ilmi.
3. Tutkimusta raportoitaessa kaikki tunnistamisen mahdollistavat tiedot muutetaan.
4. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa käytetään yllämainitun tutkimuksen päätyttyä vain tieteellisessä tutkimuksessa.
5. Aineistoa säilytetään tieteellistä tutkimusta varten Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksessa 25 vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen.
6. Erillisellä luvallani aineistoa voidaan käyttää terveydenhoitoalan ammattilaisten koulutuksessa sekä yliopistollisessa opetuksessa.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta ja pyytää, että mahdollisesti jo nauhoitettu aineisto tuhotaan.

Tampereella _____.____.2008

Tampereella _____.____.2008

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

asiakkaan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

LIITE 2: Terapeutin haastattelukysymykset

1. Miten terapiaprosessi eteni?

- Seikkaperäinen kuvaus
- Käytetyt menetelmät

2. Missä vaiheessa asiakkaan pakko-oireisen häiriön hallinta oli terapian loppuessa?

- Miten tämä / nämä asiat ilmenivät?

3. Miten luonnehtisit vuorovaikutusta terapiaprosessin aikana?

4. Miten asiakkaan emootiot vaihtelivat terapiaprosessin aikana?

5. Muuta mieleen tulevaa / huomioitavaa?

LIITE 3: Terapeutin vastaukset haastattelukysymyksiin

Terapiaprosessin kulku:

Terapia alkoi 01.10.2008 ja päättyi 10.12.2008.

Asiakkaan ongelmaluettelo:

- Pakko-oireet: Vastenmielisten ihmisten koskettamisen välttelyä. Välttelee äidin tapaamista. Kotona on hanskat kädessä, ettei saa basilleja. Voi koskea vain omiin tavaroihin. Hänellä on oma sohva, jossa voi istua. Miehellä on eri sohva, jossa hän istuu. Käsienpesu. Vessassa käyminen on ongelmallista kotona ja muualla. Autossa voi olla vain kuskin paikalla (Taksin kuljettaja). Miehen koskettelun jälkeen vaatteiden vaihto. Seksien jälkeen koko suihku. Ei koskettele nyt jo aikuistuvaa poikaansa. Ei halausta. Hanat voi aukaista vain paperin avulla. Kaupan oven ripoihin ei voi koskea. Laittaa astiat koneeseen hanskat kädessä. Vaatteiden peseminen. Laittaa likavaatteet hanskojen avulla koneeseen. Miehen hikiset treenivaatteet ovat vaikeat laittaa pesuun.

Hoito:

- Asiakasta hoidettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitomenetelmillä. Altistus ja reagoinnin ehkäisy. Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät.
- Käytännön altistusharjoitukset tehtiin lokakuun lopulla ja marraskuussa. Tulokset olivat hyvät

Tulokset:

- Kaikki edellä mainitut ongelmat hävisivät. Asiakkaalla ei ollut enää lainkaan pakko-oireita 10.12.2008, jolloin terapia voitiin lopettaa.

Vuorovaikutus terapiassa:

- Vuorovaikutus oli hyvä. Tämä ilmeni siten, että asiakas luotti terapeuttiin ja teki annettuja tehtäviä.

Asiakkaan emootiot terapiassa:

- Altistustilanteessa oli luonnollisesti paljon ahdistusta. Asiakas oppi uudenlaisen suhtautumisen omiin tunteisiinsa. Hänen elämäänsä palasi ilo kun hän vapautui pakko-oireista.

Yhteenveto:

- Terapiaprosessi eteni todella nopeasti ja tulokset olivat loistavia. Asiaan vaikutti varmasti se, ettei hänellä ollut pakko-oireiden lisäksi muita ongelmia.

LIITE 4: Metafora

Tilanteesi näyttää ehkä seuraavalta - olet elämässäsi kohdannut mustekalan. Aluksi se oli vaaraton ja sillä oli vain muutama lonkero, mutta nyt aikojen kuluessa olet huomannut, että lonkeroita on tullut koko ajan lisää. Samalla mustekala on yhä enemmän alkanut hallita elämääsi. Olet ollut kovassa otteessa ja toivonut, että pääsisit siitä irti. Olet tehnyt niin kuin kaikki tekisivät siinä tilanteessa eli olet yrittänyt kovasti päästä irti lonkeroista, mutta lonkerot ovat sitoneet sinua yhä enemmän. Olet huomannut, että liikkumatilasi on kaventunut koko ajan. Nyt olet siinä tilanteessa, ettet jaksakaan elää tällä tavalla ja tulet luokseni pyytäen apua ja toivot, että vapautan sinut mustekalan otteesta. Minulla ei ole mitään taikakalua, jonka avulla voisin lumota mustekalan. Kokemukseni kertoo kuitenkin, että voimme yhdessä toimien päästä siihen, että mustekala hellittää otteestaan. Mustekalan otteesta vapautuminen voi aiheuttaa pelkoa, epävarmuutta ja monia muita epävarmoja tunteita ja ajatuksia, ja vaatii sinulta paljon rohkeutta. Rohkeutta ottaa asiat vastaan niin kuin ne tapahtuvat, ei niin kuin mielesi kertoo niiden tapahtuvan. Rohkeutta luottaa omaan kokemukseesi siitä, että aikaisemmat tapasi vapautua lonkeroista vain tiukensivat niiden otetta. Rohkeutta luottaa siihen, että sinulla ei ole mitään menetettävää kokeilemalla vapautumista toisella tavalla kuin aikaisemmin. Rohkeutta kohdata mielesi, joka saattaa kertoa sinulle tarinoita, jotka vetävät sinua takaisin lonkeroihin. Juuri ne hetket, jolloin huomaat ja havaitset mielesi yrittävän saada sinua takaisin vanhaan tapaan tai kun huomaat mielesi kertovan sinulle, että olisi turvallisinta vain pysyä lonkeroissa. Ainakin lähellä niitä ovat kaikkein tärkeimpiä. Ne ovat juuri niitä hetkiä, jolloin sinulla on mahdollisuus valita ja tehdä jotain uutta. Ilman niitä hetkiä ei ole edistystä. Epävarmuus, epämiellyttävät tunteet ja ajatukset ovat merkki muutoksesta. Silloin tapahtuu jotain. Erityisesti silloin vaatii rohkeutta irrottautua lonkeroista. Erityisesti silloin vaatii rohkeutta luottaa minun kokemukseeni. Voin kertoa sinulle jotakin siitä, jolla voit irrottaa tai katkoa mustekalan lonkeroita. Kuitenkin sinun itse pitää irrottaa ne näkymättömät lonkerot, jotka sitovat sinua. Kokeillessasi miten se tapahtuu minä olen sinun matkakumppanisi. En voi tehdä matkaa vapautukseen puolestasi, mutta lupaan auttaa sinua menemään arvojesi osoittamaan suuntaan niin hyvin kuin pystyn. Lupaan olla läsnä. Samalla lupaan sinulle ahdistusta ja epätoivoisia ajatuksia. Lupaan myös iloa ja rohkaisevia ajatuksia. Lupaan sinulle kaikkea, mitä elämä sisältää, koska elämää ja yhteistä matkaamme emme voi täysin hallita. Matkamme aikana pois lonkeroista tulee tilanteita, joissa haluaisin sinun toimivan ohjeitteni mukaan. Mielesi tulee kertomaan monenlaisia syitä, miksi et noudattaisi ohjeitani. Juuri silloin sinun pitää olla valppaana, että mustekala ei pääse kehittämään uusia lonkeroita irrotettujen tai katkottujen tilalle. Tarkkailijana ja havainnoijana valppaana ainoastaan pane merkille tunteet ja mielen kertomukset ja jaa niitä myös minulle, koska minä olen

matkakumppanisi. Matkakumppaneina me jaamme kokemuksiamme ja irrotamme yhden lonkeron kerrallaan niin, että liikkumatilasi lisääntyy, jolloin voit keskittyä elämään sellaista elämää kuin haluat. Kokemukseni kertoo, että se on mahdollista.