

**RUUMIILLISESTA JA HALLITSEMATTOMASTA
PUHUTUKSI JA PSYKOTERAPEUTTISEN
TYÖSKENTELYN KOHTEEKSI**

- Tapaustutkimus psykosomaattisesti oirehtivan psykoterapia-asiakkaan
assimilaatioprosessista

Erja Hujanen
Pro gradu –tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2018

HUJANEN, Erja: Ruumiillisesta ja hallitsemattomasta puhutuksi ja psykoterapeuttisen työskentelyn kohteeksi – Tapaustutkimus psykosomaattisesti oirehtivan psykoterapia-asiakkaan assimilaatioprosessista

Pro gradu -tutkielma, 35s.

Ohjaajat: Jarl Wahlström, Jaakko Seikkula, Aarno Laitila

Psykologia

Kevät 2018

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella ruumiillisin kokemuksiin oirehtivan yksilöpsykoterapia-asiakkaan terapeutista muutosprosessia sekä terapeutin keinoja muutoksen mahdollistamiseksi. Tarkastelun kohteena oli etenkin muutos asiakkaan tunteiden ruumiillisesta ilmenemisestä vähittäiseen kielelliseen rikastumiseen. Tutkimus oli laadullinen tapaustutkimus, ja sen aineistona oli Jyväskylän yliopiston psykoterapian tutkimus- ja opetuslinikalla videotaltioitu noin vuoden kestänyt terapiaprosessi ja istunnosta litteroidut tekstikatkelmat. Terapia-asiakkaan problematiikassa alkoi terapian aikana kuvautua tunnekokemuksen tavoittamisen vaikeudet ja häneen tunteensa saattoivatkin näyttäytyä äkillisinä ja selittämättöminä ruumiillisina tuntemuksina, somaattisina oireina ja somatisointina. Tunteet ja ruumiilliset reaktiot näyttäytyivät asiakkaalle usein hallitsemattomina. Terapeutista muutosta tarkasteltiin käyttäen menetelmänä assimilaatioanalyysin äänimallia. Mallin avulla pyrittiin kuvaamaan asiakkaan ongelmallisen kokemuksen käsittelyä ja assimiloitumista osaksi asiakkaan kokemusmaailmaa, eli äänimallin mukaista moniäänistä minuutta. Asiakkaan ongelmallisen kokemuksen, tunnekokemusten tavoittamisen, käsittely näyttäytyi etenevän terapiassa kolmen vaiheen kautta, edeten pitkittyneestä alkuvaiheesta ”tunteiden vietävissä” olemisen kautta työstämisvaiheeseen ja lopulta uudenlaisen suhtautumistavan muodostumiseen. Terapeutin keinoina äänten assimilaation tukemisessa näyttäytyivät etenkin äänten kokemusten sanallistaminen, validointi ja konfrontointi, asiakkaan itsehavainnoinnin rohkaiseminen ja tukeminen sekä uudenlaisen näkökulman hakeminen. Muutoksen mahdollistamisessa olennaiseksi muodostui asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminta ja terapeutin toimien sopiva kohdistaminen asiakkaan psyykkiset edellytykset, valmiudet ja sietokyky huomioiden. Asiakkaan terapiaa voidaan pitää assimilaatiomallin näkökulmasta onnistuneena. Assimilaatioprosessin eteneminen ei ollut asiakkaan kohdalla suoraviivaista. Terapeutin interventioiden ajoittamisen lisäksi eräänä asiakkaan muutosprosessiin vaikuttavana tekijänä esiin nousi mahdollisesti asiakkaan ruumiilliseen kokemisen tapaan liittyvät erityispiirteet. Tällaisena näyttäytyi etenkin asiakkaan tunneilmaisukyvyyn rajoittuneisuuden vaikutus terapian alkuvaiheen pitkittymiseen. Äkillisin, selittämättömin ruumiillisin tuntemuksin reagoivien henkilöiden hoito terapeuttisin menetelmin saa tutkimuksesta tukea. Hoidossa olisi tärkeää ottaa huomioon kyseiseen oirehdintaan mahdollisesti spesifisti liittyvät tekijät, kuten alkutyöskentelyvaiheen pitkittyminen mahdollisesti asiakkaan kielellisen itse- ja tunneilmaisun rajoitteisiin liittyen. Psykosomaattisesti oirehtivien asiakkaiden terapeuttisen hoidon tutkimus erityisesti prosessitutkimusnäkökulmasta voisi antaa arvokasta lisätietoa ilmiöön liittyvistä terapeuttisista muutostekijöistä.

Avainsanat: psykoterapeuttinen muutos, psykosomaattinen oirehdinta, assimilaatiomalli, lähikehityksen vyöhyke, terapeutin toiminta

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
1.1. Psykoterapian prosessitutkimus	1
1.2. Assimilaatiomalli.....	3
1.3. Psykosomaattinen reagointi ja ruumiilliset kokemukset	6
1.4. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	8
2. MENETELMÄ	9
2.1. Osallistujat ja aineisto	9
2.2. Aineiston analyysi	10
3. TULOKSET	12
3.1. Pitkittänyt alkuvaihe (istunnot 1-15)	13
3.2. Keskivaihe (istunnot 16-31).....	16
3.3. Loppuvaihe (istunnot 32-33).....	22
4. POHDINTA	24
LÄHTEET	31

1. JOHDANTO

Tämän laadullisen tapaustutkimuksen tarkoituksena on tarkastella psykosomaattisesti oirehtivan terapia-asiakkaan yksilöpsykoterapiaprosessia assimilaatiomallin avulla. Tarkastelun kohteena on etenkin asiakkaan muutosprosessi tunteiden ruumiillisesta ilmenemisestä vähittäiseen kielelliseen rikastumiseen ja siten ongelmallisen kokemuksen parempaan assimiloitumiseen. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään terapeutin toimia assimilaation mahdollistamiseksi.

1.1. Psykoterapian prosessitutkimus

Psykoterapia on todettu vaikuttavaksi hoitomuodoksi, eikä eri psykoterapiamenetelmien välillä ole havaittu merkittäviä eroja tuloksellisuuden suhteen (Wampold, 2001). Puhutaankin absoluuttisesta ja suhteellisesta tehosta psykoterapiassa: ensin mainittu tarkoittaa hoidon tehoa koeasetelmissä, joissa vertaillaan psykoterapiahoitoa saanutta ryhmää ilman hoitoa jäävään ryhmään. Jälkimmäinen viittaa koeasetelmiin, joissa verrataan eri psykoterapiamenetelmiä keskenään. Psykoterapiatutkimuksen kentällä psykoterapian vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta on tutkittu vaihtelevin tutkimusasetelmin ja eri näkökulmista käsin (mm. Leiman, 2004; Wahlström, 2012). Terapeuttista muutosprosessia tai niin kutsuttuja muutosmekanismeja tarkastellaan prosessitutkimusasetelmilla (Wahlström, 2012). Psykoterapian prosessitutkimukset ovat usein intensiivisiä tapaustutkimuksia, joissa terapeuttista muutosta kuvataan käyttäen laadullisia tutkimusmenetelmiä. Muutosprosessin tutkimuksessa tarkastellaan toimintaa, joka johtaa asiakkaan muutokseen sekä tämän muutoksen toteutumista asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutuksessa. Tässä tutkimuksessa käytetty tutkimusmenetelmä, Stilesin työryhmineen (1990; 1991) kehittämä assimilaatiomalli, yhdistää tuloksellisuus- ja prosessinäkökulmaa. Tutkimusmenetelmänä assimilaatiomalli nojaa laadulliseen ja hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen. McLeod (2001) katsoo laadullisen tutkimuksen tarkoituksena olevan ymmärryksen kehittäminen siitä, kuinka maailma on rakentunut. Hermeneuttisessa tutkimuksessa pyritään yleensä tekstien tulkinnan avulla kehittämään syvällistä ymmärrystä erilaisista merkityksistä. Stiles (2005) on kuvannut tapaustutkimusten pyrkimyksenä olevan, muun tieteellisen tutkimuksen tavoin, teoreettisen ymmärryksen lisääminen. Laadulliset tapaustutkimukset tarkastelevatkin hänen mukaansa monia teoreettisia kysymyksiä samanaikaisesti.

Leiman (2012) kuvaa eri psykoterapiamenetelmille yhteisiä perusprosesseja: asiakkaan ilmaisun jäsentämistä tai virittämistä sekä itsehavainnoinnin kehittämistä. Hän kokoaa psykoterapiakoulukuntien ja eri teoretisointien yhteneviä näkemyksiä itsehavainnointiin liittyen muun muassa reflektiivisestä funktiosta (Fonagy & Target, 1997) mentalisaatioon (Allen, Fonagy, Bateman, 2008) ja metakognitioon (Semerari, Carcione, Dimaggio, Nicolo, & Procacci, 2007). Leimanin lisäksi esimerkiksi Bateman ja Fonagy (2006) ja Semerari ym. (2007) ovat tuoneet esiin eri suuntauksien käyttämän termistön limittäisyyttä liittyen mielen tilojen havainnoimiseen, tarkasteluun ja ymmärtämiseen. Leimanin (2012) mukaan eri psykoterapiasuuntaukset pyrkivät sallivamman itsehavainnoinnin kehittämiseen, jolloin uudenlainen suhde alkuperäiseen ongelmakokemukseen mahdollistuu. Leimanin mukaan terapia-asiakas on usein terapian alkaessa objektipositiossa ongelmallisen kokemuksensa suhteen. Tällöin ongelmallinen kokemus säätelee asiakkaan elämää ja saa asiakkaan suojautumaan ylläpitäen tai pahentaen ongelmaa entisestään. Objektipositio näkyy asiakkaan ilmaisussa tämän kuvatessa kokemuksiaan, toimintaansa tai suhtautumistaan ongelmalliseen kokemukseensa. Terapeutin tarkoituksena on jäsentää asiakkaan ilmaisua, kiinnittää huomiota ilmaisussa toistuviin teemoihin ja kohdistaa asiakkaan havainnointia. Näin tehdessään terapeutti virittää asiakkaan havainnoivaa suhdetta ilmaisunsa sisältöihin. Nämä sisällöt ovat materiaalia yhteishavainnoinnille.

Leiman (2012) kutsuu havainnoivaksi positioksi itsehavainnointia, jossa ollaan vastavuoroisessa suhteessa havainnoitavaan asiaan, kuten omiin ruumiillisiin reaktioihin, havainnointi- tai tulkintatapoihin, oman toiminnan arviointiin ja tunteisiin. Usein terapiaan tullessaan asiakkaan suhtautuminen voi olla hyvin itsekriittistä tai tuomitsevaa, ja hän havainnoi itseään, toimintaansa ja kokemuksiaan tätä kautta. Tarkoituksena onkin asiakkaan ja terapeutin yhteistyöllä luoda asiakkaalle neutraalimpi tila, josta asiakas voi havainnoida tätä itsekriittistä asennettaan. Yhteistoiminnassa rakennettu havainnoiva positio muodostuu metapositioksi suhteessa asiakkaalle ominaisiin itsehavainnoinnin tapoihin. Itsehavainnoinnin kautta syntyvä tietoisuus ongelmallisista kokemuksista mahdollistaa uudenlaisen voimaantuneemman suhteen ongelmaan. Leiman kutsuu tätä subjektipositiksi. Asiakkaan toimijuus vahvistuu, kun hän onnistuu luomaan toimijuutta rajoittaviin puoliinsa havainnoivan suhteen. Havainnoivasta positiosta käsin vaihtoehtoisten toimintatapojen hahmottaminen mahdollistuu.

Leiman ja Stiles (2001) ovat yhdistäneet Vygotskyn (1978) lähikehityksen vyöhykkeen käsitteen psykoterapeuttiseen muutosprosessiin. Vygotskyn käsite liittyy lapsen oppimistapahtumaan ja tarkoittaa aluetta lapsen itsenäisesti saavutetun kehitystason ja potentiaalisen kehitystason – eli kyvykkäämmän ohjaajan tuella saavutetun tason – välillä. Leiman (2012) kuvaa etenemisen objektipositioista subjektiposition tapahtuvan asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminnassa,

lähikehityksen vyöhykkeellä. Terapeuttisessa kontekstissa lähikehityksen vyöhyke on alue, joka määrittyy asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminnassa. Terapeuttiset interventiot tulisikin Leimanin ja Stilesin (2001) mukaan kohdistaa asiakkaan lähikehityksen vyöhykkeelle, sillä sen ulkopuoliset terapeuttiset toimenpiteet jäävät tehottomiksi. Seuraavaksi esitellään assimilaatiomallia, jonka kautta havainnollistetaan lähikehityksen vyöhykettä psykoterapiassa.

1.2. Assimilaatiomalli

Assimilaatiomalli on eräs tapa psykoterapeuttisen muutosprosessin kuvaamiseen (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles ym., 1990; Stiles, ym., 1991). Malli on integratiivinen: se on muodostettu eri terapiasuuntausten näkökulmia huomioiden ja tunnistaen yhteisiä ja yleisiä terapeuttisia muutosprosesseja (Stiles ym., 1990). Assimilaatiolla tarkoitetaan asiakkaan ongelmallisen kokemuksen integroimista tai liittämistä osaksi itseä, minuutta (Honos-Webb, Stiles, & Greenberg, 2003). Assimilaatioanalyysin äänimallissa minuus nähdään moniäänisenä dynaamisena ääniyhteisönä, jonka äänet motiiveineen, tunteineen ja tietoineen muodostuvat kokemuksista (Honos-Webb & Stiles, 1998). Toimivassa ääniyhteisössä äänet saadaan käyttöön helposti tarpeen mukaan (Brinegar, Salvi, & Stiles, 2008). Ääniyhteisöön assimiloituja ääniä kutsutaan dominoivaksi ääniyhteisöksi, sillä se edustaa ihmisen tavanomaista, ”hallitsevaa” kokemusta itsestä. (Osatuke ym., 2007). Äänten assimilaatiossa luodaan dialogisia yhteyksiä äänten välille, mikä mahdollistaa niiden joustavan keskinäisen käytön. Nämä yhteydet, merkityssillat, rakentuvat erilaisista merkeistä, kuten sanoista, eleistä, narratiiveista, joilla on niiden tuottajalle ja vastaanottajalle sama merkitys (Stiles, 2011). Nämä keskenään vuorovaikutuksessa olevat toimijat voivat olla ihmisiä - puhuja ja kuuliija - tai saman ihmisen sisäisiä ääniä. Ihmisen puhuessa jokin näistä sisäisistä äänistä puhuu. Äänimallissa äänet nähdään aktiivisina toimijoina ja erilaiset äänet toimivat resursseina, jotka mahdollistavat erilaisissa tilanteissa toimimisen (Brinegar, Salvi, Greenberg, & Stiles, 2006). Ne nousevat esiin eri tilanteiden herättäminä tai kun niitä puhutellaan ja ne ilmaisevat itseään niille ominaisella tavalla: äänillä on tunnistettavat ilmaisulliset piirteensä, kuten niille ominaiset asenteet, tunteet, äänensävyt, sisällöt ja kontekstit (Osatuke & Stiles, 2006). Eri äänten onkin esitetty myös kuulostavan erilaisilta (Osatuke ym., 2006).

Äänet, jotka edustavat ristiriitaista, vierasta tai traumaattista sisältöä voivat muodostua ongelmallisiksi (Brinegar ym., 2008). Tällöin ne pyritään sulkemaan minän ja ääniyhteisön

ulkopuolelle (Honos-Webb & Stiles, 1998). Ongelmallisen tai ei-dominoivan äänen nouseminen tietoisuuteen herättää psyykkistä ahdinkoa sekä uhkaa tasapainoa ääniyhteisössä. Tällöin ääniyhteisöä edustava dominoiva ääni nousee vastustamaan ongelmalliseksi koettua ääntä, pyrkimyksenään äänen hiljentäminen. Ongelmallisen kokemuksen, kuten muiston, ajatuksen, tunteen, toiveen, asenteen tai traumaattisen kokemuksen, assimiloituminen on aiemmin ongelmalliseksi koetun äänen hyväksymistä osaksi ääniyhteisöä. Tuloksena on tällöin dialoginen minä ja muutos äänten välisissä suhteissa. Ääniyhteisö on luonteeltaan dynaaminen: ongelmallisen kokemuksen assimiloituminen muokkaa koko järjestelmää ja sen jäseniä (Brinegar ym., 2008). Ihmisellä voi olla useita yhtäaikaista ei-dominoivia ääniä, ja eri äänet voivat jakaantua “alääniksi” (Caro Gabalda & Stiles, 2018).

Ongelmallisen kokemuksen assimilaatio etenee kahdeksan vaiheen (0-7) kautta torjunnasta vähitellen lisääntyvän tietoisuuden ja ongelmanmäärittelyn kautta ymmärrykseen, soveltamiseen ja lopulta hallintavaiheeseen (Honos-Webb & Stiles, 1998). Assimilaatioprosessi on käsitettävissä jatkumona, eivätkä assimilaatiovaiheet siten muodosta tarkkarajaisia tasoja. Assimilaatioprosessin aikana tunnereaktiot muuttuvat ensin neutraalista voimakkaan kielteisiksi ja lopulta taas neutraaleiksi.

Assimilaatioprosessin ensimmäisessä vaiheessa (APVS0) ongelmallinen ääni on torjuttu ääniyhteisöstä, ja ongelmallinen kokemus on siten asiakkaan tavoittamattomissa (Honos-Webb & Stiles, 1998) Tunneilmaisu on tyypillisesti neutraalia ongelmallisen kokemuksen ollessa tiedostamaton, mutta ongelmallinen kokemus voi näkyä tässä vaiheessa esimerkiksi somaattisina oireina. Seuraavassa vaiheessa (APVS1) ongelmallinen kokemus alkaa nousta asiakkaan tietoisuuteen epämielilyttävinä ajatuksina aiheuttaen muun muassa pelkoa hallinnan menettämisestä, torjuntaa ja välttelyä. Ongelmalliset äänet nousevat tässä vaiheessa ulkoisten tapahtumien tai terapeutin interventioiden laukaisemina ja asiakkaan tunnekokemus on negatiivinen ja kohdistumaton. Negatiiviset tunteet ovat voimakkaimmillaan tietoisuuden ongelmallisesta kokemuksesta alkaessa orastaa (APVS2). Hiljalleen voimistuvaa ei-dominoivaa ääntä vastustamaan nousee selkeä dominoiva ääni, ja dominoiva ääni onkin esillä ei-dominoivaa vahvemmin. Tässä assimilaatiovaiheessa asiakas ei vielä pysty muotoilemaan ongelmallista kokemustaan ja kokemukseen liittyy psyykkistä kipua, paniikkia ja hämmentyneisyyttä. Seuraavassa vaiheessa ongelman määrittäminen (APVS3) mahdollistaa sen työstämisen. Tässä kohtaa äänet ovat eriytyneet, ovat esillä tasapuolisemmin ja asiakkaan on mahdollista ikään kuin puhua äänistä, sen sijaan, että puhuisi niistä käsin. Ongelman määrittämisen vaiheessa asiakkaan tunteet ovat kielteisyydestään huolimatta hallittavissa. Ymmärrys- tai oivallusvaiheessa (APVS4) äänten välille rakentuu empaattinen yhteisymmärrys, merkityssilta, ja äänten keskusteluissa ikään kuin neuvotellaan ei-

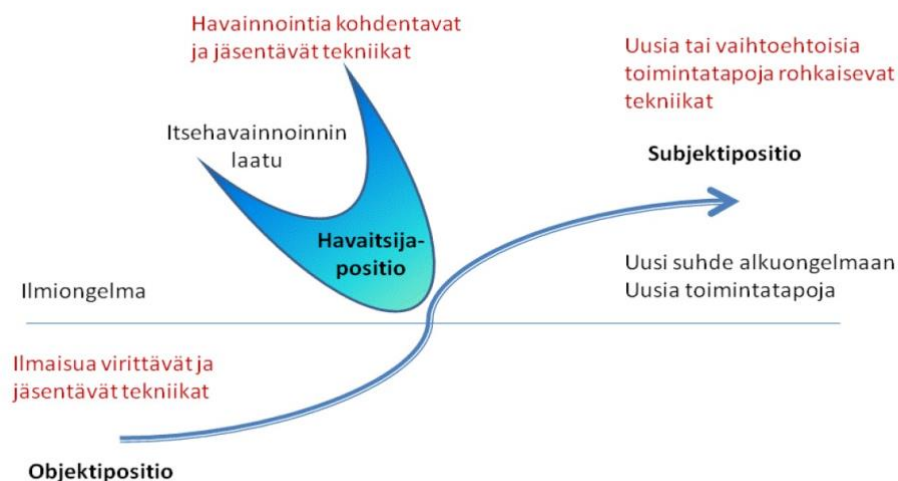
dominoivan äänen pääsystä ääniyhteisöön. Tässä vaiheessa asiakas saa joustavuutta äänten välillä liikkumiseen ja hänen tunnekokemuksensa voi olla sekä kielteinen että myönteinen. Seuraavissa assimilaatiovaiheissa (APVS5-7) asiakas soveltaa saavutettua ymmärrystään arjen tilanteissa saavuttaen lopulta ongelmanratkaisuvaiheen ja hallintavaiheen.

Assimilaation vaiheet ja niitä kuvaavat tunnusmerkit on kuvattu assimilaatioasteikossa tai APVS-asteikossa (Assimilation of Problematic Voices Scale) (Honos-Webb ym., 2003) (ks. Taulukko 1). Nämä eri terapiamenetelmille yhteiset tunnusmerkit, terapiakeskustelusta tunnistettavat tapahtumat, auttavat APVS-tasojen tunnistamista (Honos-Webb, Surko ym., 1999; Honos-Webb ym., 2003). APVS1-tason yhtenä tunnusmerkkinä on epämiellyttävien ajatusten esiin nousemiseen viittaava hallinnan menettämisen pelko (1c) (Honos-Webb, Lani, & Stiles, 1999). Pelko kontrollin menettämisestä nähdään dominoivan ääniyhteisön reaktiona ongelmalliseen kokemukseen ja ei-toivottuihin ajatuksiin. Terapiaan tullessaan asiakkaan ongelmallisen kokemuksen käsittely voi olla millä tahansa APVS-tasolla. Tulokselliseksi terapia katsotaan yleensä, jos asiakkaan assimilaatioprosessi saavuttaa APVS4-tason (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham, & Stiles, 2006). Aiemmalle APVS-tasolle palaaminen on todettu mahdolliseksi useissa tutkimuksissa (esim. Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Knobloch, Endres, Stiles, & Silberschatz, 2001) ja assimilaatioprosessin onkin monista eri syistä todettu etenevän useinkin epätasaisesti tai noudattaen sahalaitakuviota (esim. Caro Gabalda & Stiles, 2013; Stiles, 2005).

Assimilaatiomalliin liitettyä aiemmin mainittu lähikehityksen vyöhyke (Vygotsky, 1978) on alue, jolla asiakas pystyy terapeutin kanssa yhteistyössä siirtymään APVS-tasolta seuraavalle (Leiman & Stiles, 2001). Hyvin ajoitettujen terapeuttien interventioiden aikana saavutettu assimilaatiotaso olisi siten korkeampi, kuin asiakkaan itsenäisesti saavuttama taso. Terapeutin olisikin kohdistettava interventiensa asiakkaan psyykkisten edellytysten, sietokyvyn ja valmiuksien mukaisesti, jotta asiakas voisi näistä hyötyä (Leiman, 2012). Terapeutin responsiivisuuden ja sensitiivisyyden onkin todettu olevan tärkeitä tekijöitä ongelmallisen kokemuksen assimiloitumisessa (Penttinen, Wahlström, & Hartikainen, 2017). Leimanin (2012) mukaan assimilaatioprosessin ensimmäisessä vaiheessa asiakkaan itsehavainnointi ei tavoita ongelmallista kokemusta, kunnes se alkaa tulla esiin asiakkaan ilmaisussa ei-toivottuina ajatuksina ja oireina. Havaittajaposition päästään orastavan tietoisuuden, ongelmanmäärittämisen sekä uudenlaisen ymmärryksen myötä ja aktiivisen työskentelyvaiheen kautta päästään ongelmanratkaisuun. Leiman on kuvannut tätä kulkua objektipositiosta itsehavainnoinnin kautta subjektipositiioon psykoterapian metamalli –kuviolla (Kuvio 1) (Leiman, 2012).

Assimilaatiomallilla on tutkittu psykologista muutosta eri terapiasuuntauksissa (esim. Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman; 1998; Caro Gabalda, 2005, Stiles ym., 1990) ja

yksilöpsykoterapian lisäksi esimerkiksi perheterapiassa sekä ryhmäterapiakontekstissa (Laitila & Aaltonen, 1998; Penttinen & Wahlström, 2013). Lisäksi mallin avulla on muun muassa tarkasteltu terapiaprosesseja, joita ei ole todettu tuloksellisiksi (Caro Gabalda, 2006) tarkennettu tietyille APVS-tasoille ominaisina näyttäytyviä prosesseja (Honos-Webb, Lani, & Stiles, 1999) ja tarkasteltu terapeutin vaikutusta assimilaatiossa (Leiman & Stiles, 2001; Penttinen, Wahlström, & Hartikainen, 2017; Rudkin, Llewelyn, Hardy, Stiles, & Barkham, 2007). Vaikka assimilaatiomallia on sovellettu myös psykoterapiakentän ulkopuolella (esim. Henry, Stiles & Biran, 2005) valtaosassa tutkimusasetelmista keskiössä on yksilön erilaiset psyykkiset vaikeudet tai mielenterveydenhäiriöt (Humphreys, Rubin, Knudson, & Stiles, 2005; Osatuke ym., 2007; Penttinen & Wahlström, 2013). Somaattisesti oirehtivan terapia-asiakkaan assimilaatioprosessista tehdyssä tutkimuksessa keskiössä oli assimilaatiojatkumon alkupäässä tapahtuva, ajoittain jopa hiuksenhienonakin näyttäytyvä, muutos (Osatuke & Reid, 2006).



KUVIO 1. Psykoterapiaprosessin metamalli (Leiman, 2012)

1.3. Psykosomaattinen reagointi ja ruumiilliset kokemukset

Tämän tutkimuksen kohdehenkilöllä oli vaikeuksia tunnekokemuksen tavoittamisessa: negatiiviset tunnekokemukset näyttäytyivät hänen kohdallaan usein somaattisina oireina ja äkillisinä, selittämättöminä ruumiillisina kokemuksina ja somatisointina. Lipowskin (1988) määritelmän mukaan somatisointi on taipumusta kokea ja ilmaista ruumiillisia oireita psykososiaalisten stressitekijöiden seurauksena ja hakea oireisiin lääketieteellistä apua. Somaattisin oirein ilmenevistä

häiriöistä kärsiville potilaille onkin ominaista runsas terveydenhuoltopalvelujen käyttö toistuviin ruumiillisiin oireisiinsa liittyen (mm. Joukamaa, 2017; Barsky, Orav, & Bates, 2005; Andersen ym., 2013). Tämän voidaan nähdä osaltaan kuormittavan terveydenhuoltojärjestelmää.

Lääketieteessä ajoittaiset fyysiset oireet ilman ruumiillista sairautta on nähty melko yleisinä ja somatisoinnista puhutaankin vasta, kun oireet ovat moninaisia tai pitkäkestoisia (Karlsson & Koponen, 1995). Kliinisen kokemuksensa perustella psykoanalyttikko McDougall (2000) esittää kaikkien ihmisten somatisoivan kuormituksen ylittäessä heidän tavanomaisen kykynsä psyykkisen ahdingon ja ristiriitojen käsittelyyn. Joukamaan (2017) mukaan somatisointi-termiä on käytetty löyhästi lääketieteen ja psykiatrian kentällä. Hän kuvaa psykosomaattisen oireilun luokittelun haastavuutta sekä psykosomaattisen häiriön käsitteen muuttumista pitkin psykiatria-alan kehitystä. Moniin psyykkisiin häiriöihin liittyy ruumiillisia oireita ja psyykkiset tekijät ovat usein liitoksissa somaattiseen sairastavuuteen. Somatoformisiksi eli elimellisoireisiksi häiriöiksi kutsutaan psyykkisiä häiriöitä, joiden oireisto viittaa somaattiseen sairauteen. Perinteisesti diagnostisena kriteerinä on ollut, ettei potilaan kuvaama ruumiillinen oirekuva selity millään fyysisellä sairaudella. DSM-V-diagnoosijärjestelmässä tästä määritelmästä on kuitenkin luovuttu: keskeiseksi katsotaan somaattisen sairauden puuttumisen sijaan ruumiillisen oireilun erityisen intensiivinen psyykkinen merkitys: ahdistuneisuus tai huolehtiminen, oireisiin liittyvät poikkeavat ajatukset, tunteet tai käyttäytyminen. Diagnoosijärjestelmät ICD-10 ja DSM-V eroavat toisistaan elimellisoireisten häiriöiden luokittelussa. Riippuen ajasta ja luokittelujärjestelmästä, elimellisoireisiksi häiriöiksi on katsottu muun muassa somatisaatiohäiriö, erilaistumaton elimellisoireinen häiriö, hypokondria tai terveyteen liittyvä ahdistuneisuus, konversiohäiriö, krooninen kipu ja fibromyalgia.

Somatisoinnin psykososiaalisista syntymekanismeista on erilaisia teorioita (esim. Joukamaa & Mattila, 2017; Karlsson & Koponen, 1995). Joukamaa ja Mattila (2017) kuvaavat psykosomatiikan historian kehitystä. Alkujaan valtaosa teorioista painottui psykoanalyttiseen perinteeseen ja ajatukseen tiedostamattomista ristiriidoista. He kuvaavat Freudin konversiohysteria-ajastusta, jonka mukaan konversio, psykologisen alkuperän omaava ruumiillinen oire, symboloi tällaista ristiriitaa. Toisen maailmansodan jälkeen alettiin esittää psykosomattiseen oirehdintaan liittyvän kyvyttömyyttä etenkin tunteiden verbalisointiin ja puhutun symbolisen merkityksen sijaan tunteet tulisivat esiin ruumiillisesti. Psykofysiologiseen ajatteluun pohjaavissa teorioissa psykosomaattisen oireilun keskiössä on ollut fysiologisen stressin käsite. Myös aleksitymian käsite on yhdistetty somatisoivasti oirehtiviin ihmisiin (Joukamaa, 2017). Termillä tarkoitetaan muun muassa puutteellista kykyä tunteiden tunnistamiseen ja kuvaamiseen. Psykoanalyttikko McDougall (2000) on esittänyt, että psykosomaattisella oirehdinnalla ohitetaan kielellinen väylä ja ihminen taantuu kuormituksen myötä varhaisempiin toimintatapoihin, missä merkitykset ovat esisymbolisella tasolla. Kun syntynyt tunne

ei tule havaituksi symbolisella kielellisellä tasolla, tunnepitoisten mielensisältöjen nimeäminen ja psyykkinen työstäminen estyvät. Silloin mieli siirtää sisällön ruumiille, joka tuottaa psykosomaattisen oireen. Psykosomaattiseen oirehdintaan liittyen McDougall kuvaa potilasryhmää, jonka näkee tunnekokemuksista vieraantuneeksi: heillä kyvyttömyys ei liittynyt tunteiden kokemiseen ja ilmaisuun, vaan ”valtoimenaan tulvivien” tunnekokemusten säilyttämiseen ja pohtimiseen.

Hoitosuhteiden katkeaminen ja lääkäreiden vaihtuminen on Joukamaan (2017) mukaan elimellisoireisista häiriöistä kärsiville ominaista. Näiden häiriöiden hoidossa onkin nähty tärkeänä pitkäjänteiset ja kiinteät hoitosuhteet. Ruumiillisina ilmenevien oireiden vuoksi perusterveydenhuoltoon ja somaattisten erikoisalojen yksiköihin hakeutuvien asiakkaiden tapauksissa psykiatrin konsultointi on paikallaan varhaisessa vaiheessa. Meta-analyysien (esim. Koelen ym., 2014; Kroenke, 2007) perusteella psykoterapia on osoittautunut tulokselliseksi hoitomuodoksi somatoformisten häiriöiden hoidossa.

1.4. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella somatisoivan asiakkaan ongelmallisen kokemuksen assimiloitumista psykoterapiaprosessissaan. Huomion kohteena on asiakkaan tunteiden ilmeneminen ruumiillisesti, asiakkaan ongelmallisen kokemuksen työstäminen, vähittäinen kielellinen rikastuminen ja kokemuksen joustavampi assimiloituminen osaksi asiakkaan kokemusmaailmaa. Lisäksi tarkastellaan terapeutin toimia asiakkaan assimilaatioprosessin mahdollistamisessa.

Assimilaatiotutkimuksen piirissä on tehty toistaiseksi vähän tutkimusta, missä keskiössä olisi ollut äkillisin ruumiillisin kokemuksiin oirehtivien henkilöiden ongelmallisen kokemuksen assimiloitumisprosessi. Tämä tutkimus tuo tietoa terapeutin muutoksen etenemistä psykosomaattisesti oirehtivan terapia-asiakkaan kohdalla.

1. Kuinka ongelmallisen kokemuksen assimilaatio ilmenee psykosomaattisesti oireilevalla asiakkaalla?
2. Millaisia keinoja terapeutti käyttää asiakkaan ongelmallisen kokemuksen assimilaation mahdollistamiseksi?

2. MENETELMÄ

2.1. Osallistujat ja aineisto

Tutkimuksen aineistona ovat Jyväskylän yliopiston psykoterapian opetus- ja tutkimuslinikalla toteutettujen yksilöpsykoterapiaistuntojen videotallenteet. Psykoterapiaprosessi on tallennettu terapia-asiakkaan suostumuksella ja hän on allekirjoittanut klinikan tallennus- ja tutkimussopimuksen. Terapia kesti noin vuoden ja istuntoja oli kaikkiaan 33 kappaletta, joista tallennettuna on 25 istuntoa. Istuntojen tallennus ei ole ollut täydellistä: kaksi ensimmäistä istuntoa on tallennettu ilman ääntä ja yksittäisten istuntojen kohdalla tallennus alkaa tai loppuu kesken istunnon. Pidemmät tauot terapiassa olivat kesälomatauko noin puoleksavälissä terapiaa, sekä noin kahden kuukauden tauko ennen viimeistä istuntoa, joka pidettiin asiakkaan toiveesta tietynlaisena seurantaistuntona.

Tutkimuksen terapiaosallistuja on nimetty Samiksi (pseudonyymi). Hän oli psykoterapian aikaan noin 30-vuotias, naimisissa oleva, ihmisläheistä työtä tekevä mies. Samilla oli vaimonsa kanssa noin 2-vuotias lapsi ja psykoterapian aikana hänen vaimonsa alkoi odottaa toista lasta. Sami tuli psykoterapiaan liiallisen asioista huolehtimisen ja unettomuuden vuoksi. Hän oli kuvannut huolehtimisen vievän runsaasti aikaa ja vaikeuttavan käsillä olevasta hetkestä nauttimista. Huolet liittyivät muun muassa perheenjäseniin, harrastukseen sekä yleisiin maailman tapahtumiin. Terapian aikana Sami kuvasi huolehtivansa paljon terveydestään ja alkavansa helposti ajatella sairastavansa jotain vakavaa. Hän kävi terapian aikana myös useammassa somaattisissa tutkimuksissa. Hän toi esiin jo lapsuudenperheessään huolehditun paljon terveydestä ja hänen hoitoalalla toimineen äitinsä toimittaneen hänet pienestäkin syystä tutkimusten ja hoidon piiriin. Samin äidillä oli elämään vaikuttava perussairaus ja molemmat vanhemmat olivat käyttäytyneet itseään uhaten Samin lapsuuden tai nuoruuden aikana.

Sami pyrki terapian aikana syventämään itsetutkiskeluaan lukemalla psykologista kirjallisuutta ja hän viittasikin usein kirjallisuuteen pohtiessaan syvällisiä aiheita, kuten kehollisuutta tai kuolemaa. Tällöin vaikutelmaksi tuli kuitenkin kokemuksen etäännytyksistä itsestä. Samille ongelmalliseksi kuvautui tunnekokemuksen tavoittaminen. Samin psykosomaattinen reagointi tuli näkyväksi terapiaprosessin aikana esimerkiksi huimauksena, lämpötilan vaihteluina ja tuntemuksina reisissä. Asiakkaalla ei ollut psykiatrista diagnoosia, mutta videotallenteiden perusteella hänen oirekuvassaan

näyttäytyi etenkin ahdistuneisuus, unettomuus, psykosomaattinen oirehdinta ja huolestuneisuus sairastumisesta.

Terapiaprosessissa psykoterapeuttina toimiva henkilö oli asiakasta hieman vanhempi naispsykologi, joka oli terapian aikana integratiivisen psykoterapian koulutusohjelmassa. Osa Samiin liittyvistä esitiedoista on koottu terapeutin julkaisemattomasta lopputyöstä, jossa hän on tarkastellut tämän tapaustutkimuksen terapia-asiakkaan terapiaprosessia.

2.2. Aineiston analyysi

Tässä laadullisessa tutkimuksessa käytettiin analyysimenetelmänä assimilaatioanalyysin äänimallia (Honos-Webb & Stiles, 1998) sekä APVS-vaiheiden tunnusmerkki-asteikkoa (Honos-Webb ym., 2003) (Taulukko 1). Tutkimus toteutettiin seuraamalla assimilaatiomallin mukaista vaiheittaista analyysimenetelmää (esim. Honos-Webb ym., 1998; Stiles & Angus, 2001). Aluksi tutustuttiin aineistoon. Tutkimuksen aineisto, videotallenteet terapia-istunnoista, katsottiin läpi kertaalleen samalla muistiinpanojen tehden. Keskeisiä teemoja alkoi vähitellen hahmottua katselun ja muistiinpanojen perusteella. Tämän jälkeen oli mahdollista kuunnella videotallenteista tehtyjä äänitallenteita, joiden perusteella litteroitiin ylös kohdat, jotka vaikuttivat teemojen kannalta merkityksellisiltä. Litteroitua tekstiä lukiessa aineistosta nousi useampi olennaiselta vaikuttava teema, mutta lopulliseen analyysiin valittiin vain yksi teema, ja muut teemat rajattiin pois tästä tutkimuksesta. Teemaksi muodostui tunnekokemuksen tavoittaminen ja äänimallin mukaisiksi ääniksi dominoiva ylianalysoiva järkiääni ja ei-dominoiva tunteen vietävissä –ääni eli tunneääni. Samin dominoivalle äänelle oli ominaista älyllistäminen, järkeistäminen, analytyisyys, tietynlainen jäykkyys ja kontrollointi. Ei-dominoivaa tunteiden vietävissä –ääntä kuvasivat sellaiset ilmaisun sisällöt, joissa Samin negatiiviset tunnekokemukset pyrkivät pintaan. Teema oli esillä tallennetuista istunnoista 21 istunnossa. Teeman kannalta olennaiset katkelmat valittiin analyysin kohteiksi; näitä oli yhteensä 59 kappaletta.

Äänten assimiloitumista arvioitiin APVS-asteikon mukaisina kokonaislukuina, sillä tutkimuksen näkökulma ei tuntunut edellyttävän tarkempien väliarvojen antamista. Intensiivisen tekstiotteiden lukemisen myötä määriteltiin katkelmille APVS-tasot. Määrittämisen tukena käytettiin tunnusmerkki-asteikkoa (Honos-Webb ym., 2003) sekä assimilaatiokirjallisuuteen tutustumisen

myötä syntyneitä ymmärrystä assimilaatiovaiheista. Samassa katkelmassa saattoi esiintyä useampaakin eri assimilaatiotasoa.

Tutkimuksen laadun sekä eettisyyden arviointi toteutetaan pohdinnassa.

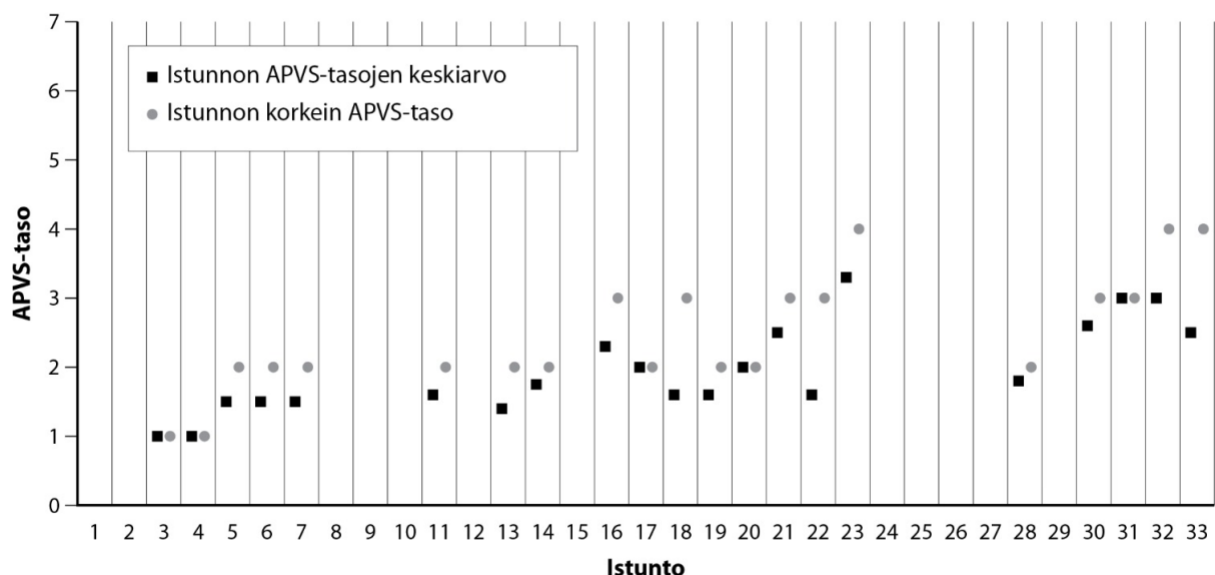
TAULUKKO 1. APVS -asteikon tasot ja niiden tunnusmerkit (Honos-Webb ym., 2003).

APVS-asteikon tasot (Assimilation of Problematic Voices Scale)	APVS-tason tunnusmerkki
0. Torjunta: Asiakas ei ole tietoinen ongelmastaan. Ongelmallinen ääni on hiljainen. Tunneilmaisu on vähäistä heijastaen onnistunutta välttelyä.	(OA) Somaattiset oireet
1. Ei-toivotut ajatukset: Asiakas ei halua ajatella kokemustaan. Ongelmalliset äänet nousevat esille terapeutin intervention tai ulkoisten tapahtumien herättäminä. Asiakas pyrkii välttämään tai torjumaan ääniä. Tunteet ovat kielteisiä ja kohdistumattomia. Niiden yhteys kokemuksen sisältöön ei ole selkeä.	(1A) Aiheen vaihto (1B) Ristiriitainen kertomus (1C) Hallinnan menettämisen pelko (1D) Ulkoinen fokus
2. Orastava tietoisuus ongelmallisesta kokemuksesta: Asiakas tunnistaa ongelmallisen kokemuksen olemassaolon, mutta ei pysty muotoilemaan sitä tarkasti. Ongelmallinen kokemus pysyy tietoisuudessa. Kokemukseen liittyy akuuttia psykologista ahdinkoa tai paniikkia.	(2A) Ongelmallinen reaktio (2B) Kärsimys (2C) Hämmennys (2D) Dominoiva ääni vahvemmin esillä (2E) Reflektion puuttuminen (2F) Metafora alaspäin suuntautuvasta liikkeestä
3. Ongelman määrittäminen: Ongelmallinen kokemus voidaan määritellä selkeästi ja sitä voidaan työstää. Ristiriidassa olevat äänet ovat eriytyneet ja voivat keskustella toisistaan. Tunteet ovat kielteisiä mutta hallittavissa.	(3A) Äänien muodostuminen (3B) Tunne jumiutumisen (3C) Selkeys äänten välillä (3D) Kumpikin ääni esillä tasapuolisesti (3E) Refleksiivisyys
4. Ymmärrys: Ongelmallinen kokemus on muotoutunut ja ymmärrettävissä jollain tavoin. Äänet saavuttavat yhteisymmärryksen (merkityssilta). Vaiheeseen voi liittyä oivalluksia. Tunteet voivat olla sekä kielteisiä että myönteisiä.	(4A) Äänien joustava käyttö (4B) Eri äänien olemassaolon hyväksyminen (4C) Ratkaisematta jääneen asian hyväksyminen (4D) Henkilökohtaisen historian vaikutuksen ymmärtäminen
5. Työstäminen ja soveltaminen: Ymmärrystä käytetään ongelmallisen kokemuksen työstämiseen. Äänet toimivat yhteistyössä ratkaistakseen ongelmia arkielämässä. Tunteet ovat myönteisiä ja toiveikkaita.	(5A) Mahdollisten ratkaisujen etsiminen (5B) Ymmärryksen soveltaminen käytännössä
6. Ongelman ratkaisu: Asiakas löytää ratkaisun erityiseen ongelmaan, mikä osoittaa äänien joustavaa assimiloitumista yhteen. Tunteet ovat tyytyväisiä ja myönteisiä.	(6A) Ylpeys (6B) Onnistuminen erityisessä käytännön tilanteessa (6C) Muut huomaavat muutoksen
7. Hallinta: Asiakas tuottaa automaattisesti ratkaisuja ongelmiin. Äänet ovat integroituneet ja toimivat resursseina uusissa tilanteissa. Tunteet ovat positiivisia tai neutraaleja.	Ei tunnistettuja merkkejä

3. TULOKSET

Samin ongelmallinen kokemus tuli esiin ei-dominoivana tunneäänenä, jota dominoiva järkiääni nousi vastustamaan. Samin tunnekokemus saattoi ilmetä istunnoilla ja istuntojen välillä ruumiillisesti, esimerkiksi pyörrytyksen tunteina, kylmyyden ja kuumuuden kokemuksina ja vatsaoireina. Sami pelkäsi somaattisia reaktioita ja pyrki välttämään niitä. Samin dominoivalle äänelle ominaisena näyttäytyi vuolas ja tunteista etäännytetty puhevirta, ei-dominoivan äänen puheenvuorojen aikana Samin puhe oli usein verkkaisempaa ja pohdiskelevampaa. Osa valituista katkelmista oli hyvin pitkiä, joten tilan säästämisen ja luettavuuden vuoksi niistä on poistettu analyysin kannalta vähemmän olennaista sisältöä sekä tunnistetietoja. Assimilaatioprosessista kattavan kuvan saamiseksi katkelmia on jokaiselta prosessissa esiintyvältä assimilaatiotasolta. Terapeutin vaikutus terapiaprosessiin on pyritty tuomaan esiin. Samin puheenvuorot on merkitty S-kirjaimella ja terapeutin T-kirjaimella. APVS-tasojen keskiarvot istunnoittain sekä jokaisen istunnon korkein APVS-taso on kuvattu kuvioon (kuvio 2) niiltä käytettävissä olevilta istunnoilta, joissa teema oli esillä.

Samin ongelmallisen kokemuksen assimilaatio eteni terapian aikana APVS1-tasolta APVS4-tasolle ja se tuntui jakaantuvan kolmeen vaiheeseen: pitkittyneeseen alkuvaiheeseen, tunteiden viettäessä olemisen kautta työstämisvaiheeseen ja lopulta äänen välisen merkityssillan muodostumiseen. Näitä vaihteita kuvataan seuraavaksi tarkemmin.



KUVIO 2. Tunnekokemuksen tavoittaminen –teeman APVS-tasot

3.1. Pitkittynyt alkuvaihe (istunnot 1-15)

Samin ongelmallinen kokemus tuli esiin kolmannessa istunnossa, joka oli terapiaprosessin ensimmäinen ääniraidan kanssa tallennettu istunto. Ongelmallinen kokemus näyttäytyi tuolloin ei-toivottuina ajatuksina ja hallinnan menettämisen pelkona (APVS1). Ensimmäisistä tallennetuista istunnoista alkaen terapeutti toi runsaasti esiin Samin lapsuudenkokemusten rankkuutta, kuten huolten täyttämää tunnelmaa ja isän uhkaavaa käyttäytymistä. Tämä voidaan nähdä myös ei-dominoivan tunne-äänien validointina. Samin suhtautuminen oli ensin välttelevää ja tunnekokemusten etäällä. Vähitellen Sami kuitenkin alkoi ottaa vastaan näkemystä lapsuudenkokemusten raskaudesta, ei-dominoiva tunne-ääni sai hieman tilaa ja Samin tietoisuus ongelmallisesta kokemuksestaan alkoi orastaa (APVS2).

Istunnolla 6 (katkelmat 5-7) Sami toi ensimmäistä kertaa esiin ruumiillisen tapansa reagoida. Samin ongelmallisen kokemuksen käsittelyn vaihtelu ei-toivottujen ajatusten ja orastavan tietoisuuden välillä näkyi istunnolla monin tavoin: APVS1-tasolle ominaisesti ongelmallinen kokemus tuli puheenaiheeksi terapeutin nostettua aiheen esille ja validoitua ei-dominoivan äänen kantaa. Keskustelussa Sami pian tunnisti rankkojen lapsuudenkokemusten jättävän ”jonkinlaisen sellasen maun suuhun” (APVS2), kuitenkin turvautuen kohta ongelmallisen kokemuksen vähättelyyn ja torjuntaan (APVS1) todeten kokevansa olevansa ”sinut niitten kaa”. Suostuttuaan ensin terapeutin rohkaisemana aiheen käsittelyyn (APVS2) hän vaihtoi pian puheenaihetta (1a). Katkelmissa 6 ja 7 terapeutti toi esiin dominoivalle äänelle tyypillisinä näyttäytyviä piirteitä, kuten Samin taipumusta tunnekokemuksen häivyttämiseen pohdinnan ja analysoinnin kautta. Sami tunnisti osan näistä itselleen ominaisiksi toimintamalleiksi. Katkelman 7 alussa Samin ongelmallinen kokemus oli orastavasti tietoisuudessa (APVS2), mikä näkyi etenkin ylianalyttisen dominoivan äänen voimakkuutena suhteessa ei-dominoivaan (2d) Samin todettua osaavansa ”pyöritellä näitä asioista”. Keskustelu jatkui tovin samansuuntaisena, kunnes terapeutti konfrontoi dominoivaa ääntä:

Istunto 6, katkelma 7

T: Mulla on niinkun aa mielessäni ollu sellasia asioita niinkun että meneeköhän tää vähä liian helposti.

S: Niin. Niin. Tota. Joo. Se voi olla. Koska mä tykkään niinkun niitä asioita silleen. Tai se on silleen niinku on mulle helpoo. Ja mä mietin sitä, että onks se sitten, niinkun. Hmm. Vähän semmonen, mitään ei saa, jos ei vähän niinkun satu –ajatus. (T: Mm.) Että. Se on ihan totta, mutta. Niin.

T: Mm. Mitäs sä ajattelet (...) mikä sun mielikuva on siitä, mikä vois olla vaikeeta. (...)

S: (...) Ehkä mua myöskin vähä niinku pelottaa (...) että mentäs johonkin vaikeeseen aiheeseen, niin mua ehkä pelottais joku tämmönen, ihan niinku, miten mä saattasin vaikka fyysisesti reagoida. (...) Pari kertaa tullu myöskin tässä (...) että mua niinkun pikkusen tälleen keinuttaa. (T: Mm-hm.) Niin ehkä tollasta mä vähän pelkään.

T: Mm, mm. Muistatko sä mihin, mihin niinkun ää hetkeen tai asiaan se liittyy tai?

S: (...) Näistä isään liittyvistä asioista. (...) Vähän yllätyin, kun se yhtäkkiä tuli. (...) Hetken mä mietin, että pitäisikö mun sanoo sulle, et mä tarviin raitista ilmaa tai jotain. (T: Mm. Hmm.) Mutta. Ja, mä silleen, tolleen mä reagoin kauheen helposti, musta tuntuu.

T: Joo. Eli se on joku semmonen niinku fyysinen olotila, joka tuntuu jotenkin niinku aika nopeesti

S: Kyllä musta tuntuu.

T: ottavan semmosen (S: Niin.) Joo.

S: (...) Toisaalta mua vähän pelottaa että mitä mun alitajunnasta saattaa pompata. (...) Toi voi olla myöskin vähä semm- tai mulle tulee mieleen, et onks toi vähä kliseinen ajatus terapiasta, jos (T: Mm.) jotain tollasta löytyy.

T: Mm. Mut et joku sun mielessä on, sellanen ajatus, että (...) vois yhtäkkiä tulla jotakin semmosta mitä niinkun ei ehkä oo muistanut tai (S: Niin.) tavottanut tai. Ja se vois merkitä sitten.

S: Niin, että silleen tietyllä tavalla entäs jos sellanen asia löytys ja se tietyllä tavalla mullistais mun koko tilanteen.

Terapeutti konfrontoi ”asioita pyörittelevää” dominoivaa ääntä tuomalla esiin huomionsa terapian etenemisestä mahdollisesti ”liian helposti”. Huomautus tuntui jossain määrin yllättävän Samin, joka jäi hetkeksi takeltelemaan. Sami pehmeni kuitenkin pian terapeutin konfrontaatiolle pohdittuaan ”mitään ei saa, jos ei vähän niinku satu”. Kipuun viittaava sanavalinta vihjasi negatiivisista tunteista (APVS2). Terapeutin kysymyksen myötä Sami otti esiin somaattisen reagoititapansa. Hän kuvasi istunnoilla kokemaansa keinutuksen tunnetta ja raittiin ilman tarvetta tarkentaen kysyttäessä näiden liittyneen keskusteluun isästään. Samin yllättyneisyys (2a) fyysisistä reaktioista kertoi ongelmallisen kokemuksen olleen vielä määrittymätön. Hän tunnisti fyysiset reaktiot itselleen pelottaviksi ja orastavasti tiedosti jotain ongelmallisesta kokemuksestaan (APVS2) ja tavastaan reagoida: ”Tolleen mä reagoin kauheen helposti, musta tuntuu”. Katkelman lopussa Sami palasi ongelmallisen kokemuksensa käsittelyssä APVS1-tasolle pohtiessaan alitajunnastaan nousevia asioita, jotka saattaisivat mullistaa hänen elämänsä (1c), ja sitten ulkoistaessaan nämä ajatukset kliseisiksi ajatuksiksi terapiasta (1d). Tämän jälkeen keskustelu jatkui samantyyppisenä kuin katkelmassa: Sami puhui vuolaasti ja hänen puheessaan näkyivät monet APVS1-tasolle ominaiset tunnusmerkit, etenkin hallinnan menettämisen pelko (1c), kieltäminen ja vähättely. Näissä välttelyn hetkissä terapeutti pyrki herättelemään ei-dominoivaa ääntä ja nimesi varovasti Samin mainitsemat näkemykset arkipäivän pirstaloitumisesta peloksi. Istunnon tallennus katkesi Samin vastauksen aikana.

Terapeutti pyrki seuraavilla tallennetuilla istunnoilla tuomaan esiin dominoivalle äänelle ominaisena näyttäytyneitä piirteitä, rohkaisi Samia uudenlaisen kokemuksen vastaanottamiseen, konfrontoi dominoivaa ääntä ja validoi ei-dominoivan äänen puolta. Samin ongelmallisen kokemuksen käsittely siirtyi ei-toivotuista ajatuksista enemmän orastavaan tietoisuuteen, kun hän alkoi vähitellen ymmärtää, että hänellä voi olla tunnepuolella asioita, jotka ovat tavoittamattomissa.

Istunnolla 13 (katkelmat 16-17) Samin ongelmallisen kokemuksen käsittely vaihteli torjunnan (APVS1) ja orastavan tietoisuuden (APVS2) välillä: näkyviksi tulivat muun muassa välttely sekä dominoivan äänen voimakkuus. Katkelmassa 16 terapeutti pyrki melko voimakkaasti auttamaan Samia pääsemään tunnekokemuksen äärelle rohkaisemalla tätä hiljentymään ja tutkiskelemaan tunnekokemustaan, samalla konfrontoiden dominoivaa ääntä: ”onks joskus vaikee, täällä esimerkiks niinkun pysähtyy semmosen kokemisen äärelle (...) et sitä vois täyttää (...) tilaa, vaikka puheella.”

Sami vältteli hiljentymistä (APVS1) turvautuen muun muassa vuolaaseen, osin ristiriitaiseen selittelyyn (1b) ja ulkoistamiseen (1d). Terapeutti rohkaisi Samia pitkään ja lopulta vetosi jo aiemminkin esille otettuun ”helposti menemiseen”. Sami alkoi vähitellen myöntyä tunnekokemuksen tarkasteluun (”että tekee jotain vaikeeta”) ja hänen orastava tietoisuutensa ongelmallisesta kokemuksesta alkoi lisääntyä (APVS2). Seuraava katkelmaote on loppuosa tästä pitkästä katkelmasta, missä terapeutti suostutteli Samia kokemuksen tarkasteluun:

Istunto 13, katkelma 16

T: Oon miettiny sitä (...) että onko sit semmosessa niinkun, tässä jotenki, ää, niinku et sanotetaan niinku (S: Mm.) sitä tilaa jotakin semmosta, että jos olis (S: Mm.) jotenkin hiljaisemmin tai muuta, niin.

S: Nii et ei ehkä jätä sitä sellasta todellista omaa (tauko) tunnettaan tai ääntään sen analysoinnin alle (T: Mm.) Niinkö?

T: Niin, jotain ehkä sellasta mä mietin (...) kun sä oot toistuvasti jotenki tuonu sen (S: Mm.) sen toiveen esille siitä, että, et (S: Mm.) on vaikee niinku tavottaa jotaki semmosta (S: Joo.) tunnekokemusta. (...) Sehän voi tuntuu hirveen niinkun uhkaavaltaki ja pelottavaltaki (S: Mm.) ajatukselta, se että (...) ei ehkä yrittäis täyttää, tai täyttäis niin paljon. (...) Voisko sitä niinku tässä jotenki niinku tutkia, että, et. Herääkö siinä niinku se pelko, jostakin omasta rauhattomuudesta tai et, et siinä niinku ei tarvi suorittaa niinku mitään, et mun täytyy löytää itsestäni joitakin hienoja ajatuksia (...)

S: En mä usko, että siinä mitään sellasta, ja, tota. (...) Tulee mieleen semmonen, just jos tosta rauhattomuudesta puhun, niin semmonen paradoksi, että ehkä vasta niinkun tavallaan (...) vasta kun mä nään sen oman rauhattomuuteni (T: Mm.) niin on tavallaan mahdollisuus, niinkun, löytää siten rauhallisuus. Että, että, ja mä kyllä oon niinku silleen siit et, silleen et tietonen. Mä en koe sitä rauhattomuutta nyt uhkaavana itelleni (T: Mm.) millään tavalla, (T: Mm.) koska mä silleen tunnistan mistä se niinkun johtuu. (...) Et nyt on kauheen silleen niinkun kiire (T: Mm.) et, just työvaihe. (...) (tauko) No haluaisitko sä ehottaa jotain, niinkun millä tavalla?

Terapeutti ja Sami vaikuttivat olevan katkelman alkupuolella lähikehityksen vyöhykkeellä ikään kuin täydentäessään toistensa ajatuksia tilan sanoittamisesta ja analysoinnista. Samin sanallistamana tunteen tai äänen jättäminen analysoinnin alle tuntui jopa lähentelevän ongelmanmäärittelyä (APVS3). Katkelmassa terapeutti pyrki syventämään tätä potentiaalista yhteisesti sanoitettua orastavaa ongelmanmäärittelyä sanallistamalla Samin kokemusta ja validoimalla dominoivan äänen puolta: tunnekokemukseen tutustuminen voi tuntua Samista uhkaavalta ja pelottavalta. Sami vastasi paradoksein, kielsi rauhattomuuden uhkaavuuden, toi esiin olevansa tietoinen mielenliikkeistään ja tunnistavansa niiden syyksi työkiireet. Kokonaisuutta tarkastellen vaikuttikin siltä, että ongelmanmäärittymisen sijaan oli pikemminkin kyse Samin tavasta hakea vastauksia järkeistämällä, ylianalysoimalla ja osin terapeutin aiemmin ilmaisemaa viestisisältöä toistamalla. Tämä viittaisikin ei-toivottuihin ajatuksiin, torjuntaan, etäännytykseen ja ulkoistamiseen (APVS1). Näin ollen ongelmallinen kokemus ei siis olisi vielä APVS3-tasolle ominaisesti työstettävässä muodossa. Lopuksi Sami kuitenkin myöntyi tunnekokemuksen tarkasteluun ja ongelmallisen kokemuksen käsittelyn voidaan ajatella kohonneen torjunnasta (APVS1) orastavaan tietoisuuteen (APVS2).

Hiljentymisen ja tunnekokemusten tarkastelu oli Samille istunnolla ilmeisen vaikeaa. Hän toi hiljentymisen jälkeen esiin tunnistavansa epävarmuutta ja tyytymättömyyttä itseän, jotka liitti

perheen hintaviin hankintoihin sekä siihen, ettei ole pitänyt itsestään huolta. Terapeutti konfrontoi tätä dominoivalle äänelle tyypilliseltä vaikuttavaa älyllistä ja ylianalysoivaa tyyliä: ”helposti sä lähet niitä niinkun rationalisoimaan ja jotenki ratsaamaan niitä syitä”. Sami vältteli ongelmallista kokemusta (APVS1) yhä elämän paradokseja siteeraamalla ja ulkoistamalla (1d) toimintansa yleisinhimilliseksi: ”varmaan suurin osa ihmisistä tekis kyllä näin”. Dominoiva ääni näkyi välillä vahvana (2d) ja hetkellisesti Sami tunnisti terapeutin sanallistamisen myötä tapaansa järkeillä vastauksia. Kuin ongelmanmäärittelyä tarjoten, terapeutti kiteytti keskustelun lopussa huomionaan, että Sami mahdollisesti täytti puheella ”semmosta mikä olis enemmän kokemuksellisesti tärkeempää” ja huomautti Samin usein selittelevän ja ikään kuin yrittävän antaa terapeutille oikeaa vastausta. Terapeutin huomautusta vasten Samin aiemmat kommentit äänen jäämisestä analysoinnin alle eivät näyttäytykään refleksiivisinä, vaan ennemminkin sisältöinä, joita Sami mahdollisesti ajatteli terapeutin haluavan kuulla. Ongelmanmäärittymisen taso (APVS3) tuntui siten vielä epätodennäköisemmältä. Havainnoiva positio jää Samilta saavuttamatta, eikä työskentely tunnu pysyvän lähikehityksen vyöhykkeellä. Seuraavalla istunnolla Samin tunteet olivat hyvin negatiiviset (APVS2) hänen tuodessaan esiin ärtymystään näiden terapeutin kyseenalaistavien kommenttien vuoksi ja toisaalta pettymystään siihen, että oli käsitellyt asioita riittämättömällä ”järkitasolla”, ja olikin ”tunnetasolla (...) lapsenkengissä” (katkelma 19). Samin ongelmallisen kokemuksen käsittely lähenteli ongelmanmäärittelyä (APVS3) Samin tehdessä selvemmin erottelua äänten välillä.

3.2. Keskivaihe (istunnot 16-31)

Istunnossa 16 (katkelmat 21-24) Samin ongelmallisen kokemuksen käsittely liikkui assimilaatiotasolla 1-3. Terapiaprosessin kannalta istunto vaikutti merkitykselliseltä: Sekä Sami että terapeutti toivat esiin tunnistavansa edistymistä terapiassa ja Sami pääsi ongelmallisen kokemuksensa käsittelyssä ongelmanmäärittymisen (APVS3) tasolle. Lisäksi hänen psykosomaattinen oireilunsa tuli näkyville yllättävän ja pitkälti tiedostamattoman tunnekokemuksen myötä.

Istunto edelsi kesälomataukoa ja istunnolla keskusteltiin kuluneesta terapiaprosessista (katkelmat 21 ja 23). Sami kykeni tarkastelemaan refleksiivisesti (3e) toimintamallejaan sekä suhtautumistaan terapiaan: hän pohti dominoivalle äänelle tyypillisinä näyttäytyviä ominaisuuksiaan, jäykänlaista asennettaan sekä tietynlaista terapian suorittamista. Ongelmallinen kokemus alkoi vähitellen hahmottua ja Sami toi esille pitävänsä saavutuksena sitä, että on alkanut ymmärtää ”mikä arvo tulis antaa (...) tunnetiloille”. Sami tunnisti dominoivalle äänelle ominaisen tavan alkaa ”selittää tunnetta

pois”. Ei-dominoiva tunneääni sai aiempaa enemmän liikkumatilaa ja äänet alkoivat näyttäytyä erillisinä (3a) ja vastakkaisina (3c). Samin tunteet olivat kielteisiä, mutta siedettävissä, eivätkä herättäneet akuuttia psyykkistä ahdinkoa, saati tarvetta torjuntaan. Katkelmassa 23 Sami toi esiin tunnistavansa terapeutin olevan pehmeämpi Samin ollessa aidompi ja vähemmän kontrolloitu. Sami saavutti havainnoivan position suhteessa ongelmalliseen kokemukseensa ja kykeni tarkastelemaan itseään suhteessa toiseen ja toisen mieleen.

Katkelmassa 22 Sami kuvasi kasvatuksellista tilannetta, lapsensa vahvaa kiukkua sekä omaa suhtautumistaan siihen. Terapeutti sanallisti Samin kokemusta ja siten auttoi häntä tunnistamaan ja refleктоimaan omaa kokemustaan. Samin kokemus lapsensa tunnereaktioista kuvasti ensin APVS2-tason negatiivisia tunteita, kärsimystä (2b), ja reflektion puutetta (2e): ”niin voimakas se sen tunne, että se meinaa puhjeta siihen (...) ja on (...) ihan sen olonsa vietävissä”. Terapeutin kysymysten, kuten: ”Oliko se hätää niinku Kallen (pseudonyymi) puolesta vai sun puolesta, et pystytkö sä (...) kestämään semmosta tunnetta?”, avulla Sami kykeni tunnistamaan omaksi kokemukseksi ensin lapsensa tunnekokemukseksi liittämänsä tunteen. Lopulta hän sanallistikin ongelmaansa toteamalla hänelle olevan ”tosi pelottava tilanne, olla täysin tunteen vietävissä”. Sami kykeni refleksiivisyyteen (3e) ja saavutti APVS3-tason: ongelmallinen kokemus oli määritelty ja sitä voitiin työstää.

Istunnon viimeisessä katkelmassa terapeutti kysyi miltä kahden kuukauden kesätauko Samista tuntui. Seuraava on jatkoa terapeutin kysymykselle:

Istunto 16, katkelma 24

S: (...) En tiedä minkä takia mulle tuli vähä semmonen, jotenki niinku semmonen (naurahtaa) raittiin ilman tarve.

T: Haluatsä laittaa ikkunaa

S: Voiko siitä avata

T: Joo, joo ilman muuta. Mä voin laittaa. Haluatsä tulla tähän (S: Ei kiitos.) seisomaan?

S: Ei, mä just mä niinku toisaalta yritin miettiä, et mikä.

T: Niin, mikä sut sai nyt tuntemaan jotenkin niinku niin?

S: En tiedä. Et niinku en mä millään tavalla kokenu sellasta mitään, silleen jännitystä tai mitään semmosta. En, mä en, en ymmärrä (T: Mm.) Et en tiedä (T: Mm.) Mikä se on, että. Voi se olla ihan, niinku. Toisaalta sulla on pitkähihanen, ei täällä varmaan ihan älyttömän kuuma oo. (T: Mm.) Ehkä mä johonkin reagoin sitte.

T: Mm. Mä mietin sitä, että me puhuttiin tauosta. (S: Mm.) Ja aika paljon on niinku jotenki sun kokemus ja mun kokemus (S: Mm.) myöskin jotenkin näist viimesist käynneistä on paljo, paljo jotenki tapahtunu, et liittyys (S: Mm.) se siihen taukoon, taukoon jotenki.

S: Niin. Aika. Ää. (tauko) Aika mielenkiintonen ajatus silleen, että. (T: Mm.) En osannu ajatella ollenkaan noin. (T: Mm.) Tuntuuhan se tosi pitkältä ajalta silleen. Kaks kuukautta. Toisaalta varmaan niinku aattelee, että pieni tauko voi olla ihan hyvästäki. (T: Mm.) Mutta, mä en myöskään nyt pääse siitä silleen niinku, mulla on vähän semmonen olo, semmonen niinkun, tavallaan niinkun pikkusen huimaava.

Tämän jälkeen Sami istuutui ikkunan viereen. Katkelma jatkui terapeutin ottaessa esiin kesätauon mahdollisen pelottavuuden. Sami mietti, jatkuiko terapia tauon jälkeen kangerrellen ja puheissa oli muun muassa Samin kokema vastuuntuntoisuus, hänen vanhempansa sekä hänen aiempi terapiaprosessinsa. Sami palasi pitkän katkelman lopussa istunnon päättyessä takaisin aiheeseen:

S: Oon saattanu ajatella jotenki näin, että (...) oon nyt käyny jo kohta kuus kuukautta täällä puhumassa, että, että että silleen, et nyt varmasti alkaa olla jo niinku tosi hyvin (T: Mm.) silleen asiat puhuttu. (T: Mm.) Että, ja kuitenkin mä oon pitäny sitä koko ajan tosi pitkälle sitä vaan sitä puhetta, et mä en oo (...) laskenu (...) itseäni tavallaan siihen. (T: Joo. Joo.) Että. Toi oli mun mielestä itse asiassa niinkun hyvä, että toi tuli esille. Se saattaa mua jotenkin niinkun tuntua sellaselta vähän ehkä, en mä tiedä, pelottavalta (T: Mm.) tai joltain toi, että nyt ei sit ehkä, tai niinku (naurahtaa) ettei kahteen kuukauteen ookaan. (T: Mm.) Se on aika. Niinkun. En mä ois tullu aatelleeksaan.

Terapeutin kysymys kesätauosta nosti Samin ongelmallisen kokemuksen pintaan (APVS1). Sami reagoi ruumiillisesti: hän toi esiin äkillistä raittiin ilman tarvetta, kuumuuden tunnetta ja huimausta. Terapeutti toi esiin yhteyttä fyysisen reaktion sekä kesätauon herättämien ajatusten ja tunteiden välillä. Sami yritti järkeillen hakea ensin syytä ulkopuolelta (1d) pohtimalla lämpötilan vaikutusta ja vaihtoi toviksi puheenaihetta (1a). Aiheeseen palattuun Sami tuli todenneeksi, ettei mahdollisesti ollut kuusi kuukautta kestäneen terapian aikana vielä täysin asettautunut psyykkiseen työskentelyyn: Hän pohti aikaisempaa suhtautumistapaansa: ”oon pitäny sitä koko ajan tosi pitkälle sitä vaan sitä puhetta, et mä en oo (...) laskenu (...) itseäni tavallaan siihen”. Tämä suhtautuminen voidaan nähdä dominoivalle äänelle tyypillisenä suhtautumistapana, jossa aito kokemus oli itsestä etäännytetty. Tämän jälkeen Sami pystyi sanallistamaan ei-dominoivan tunne-äänien viestin – terapeutin aiemmin ehdottaman ajatuksen - että ajatus tauosta voikin pelottaa häntä. Sami puhui enemmän dominoivasta äänestä käsin (2d), oli hämmentynyt (2c) ja ihmeissään ongelmallisen äänen esiin tulosta (2a) – tässä kohtaa fyysisenä reaktiona - eikä kyennyt refleктоimaan tilannetta ilman terapeutin apua (2e). Samin ongelmallisen kokemuksen käsittely oli tässä kohtaa AVPS2-tasolla. Yllättävä negatiivinen tunnereaktio sai Samin ongelmallisen kokemuksen käsittelyn yhtäkkiä laskemaan assimilaatioasteikolla. Kesätauon jälkeisellä istunnolla (istunto 17, katkelmat 25-26) Sami kuvasi olleensa kesällä ”tunteiden vietävissä”, tarkoittaen nimenomaan negatiivisia tunteita (APVS2).

Istunnolla 18 (katkelmat 27-31) Samin ongelmallinen kokemus liikkui APVS-tasoilla 1-3. Istunnolla terapeutti kiinnitti huomiota Samin tunnetilaan ja konfrontoi voimakkaastikin Samin dominoivaa ääntä. Istunnon alussa Sami oli kertonut, ettei hänelle kuulu mitään erikoista, vaan menossa on ”tavallinen päivä”. Terapeutti otti puheeksi huomionsa Samin olemukseen liittyen:

Istunto 18, katkelma 27

T: Onks sulla jotenki paha mieli tai ootsä surullinen tai onks sulle joku, joku semmonen olotilassa, mä en tiä mulle tulee semmonen olo, et sä oot jotenki semmonen hiljaisen olonen tai jotenki siis silleen, kun sä tulit.

S: Aijaa.

T: Jotenkin. Tai en mä tiedä, mistä mun, sun kasvoista tai jostakin ehkä tuli semmonen, sellanen olo.

S: (tauko) Tuota. Niin. (pitkä tauko) Em- mun on ainakin vaikee silleen tavottaa. Tuota. (tauko) Tuliks se sulle mieleen jo tossa ennen kun mä tulin tähän näin, ennen kun me puhuttiin vai jotenki ihan tässä vai? (...)

T: Öm, sä kävit istumaan siihen ja mä katoin sua tällä tavalla (S: Joo.) kasvoihin. (S: Joo.) Semmonen mikä tunne mulle tuli. (S: Joo.) (...) Joku sussa, mä en tiä, on ehkä semmosta, mihin mä jostain syystä kiinnitän huomiota. (...)

S: Mä toisaalta mä mietin sellasta vaihtoehtoo, et (Sami kertoo tuttavansa puhuneen juuri äsken erään lapsen isän kuolemasta) Mä aattelin, että siinä vois olla. (...) Tietyllä tavalla mä huomaa, että se niinkun, kyllä se keskustelu jätti muhun silleen jälkensä. (...) Se voi toisaalta niinku vaikuttaa muhun vähä enemmänkin, kun mä ees tiedostan.

Mä niinku, se saattaa olla niin. Mä oon aika herkkä tollasille keskusteluille. Mut sitten mä toisaalta mietin myös ihan toista asiaa, että. Ää, mä tulin ensimmäistä kertaa tänne pyörällä nytte (...)

Katkelmassa ei-toivotut ajatukset näkyivät torjuntana ja Samin ongelmallinen kokemus nousi esille terapeutin huomautuksesta (APVS1). Sami ei ensin tavoittanut surumielisyyden kokemusta, mutta alkoi terapeutin tunnepuheen kautta miettiä, olisiko työkaverin kanssa käyty keskustelu kuolemasta voinut vaikuttaa häneen. Hän toi esiin tunnistavansa olevansa herkkä tämänkaltaisille keskusteluille ja ongelmallisen kokemuksen käsittely saavutti hetkellisesti orastavan tietoisuuden (APVS2). Sami vaihtoi kuitenkin äkkinäisesti puheenaihetta (1a), mikä viittasi aiheen välttelyyn ja ei-toivottuihin ajatuksiin (APVS1).

Samankaltainen vaihtelu voimakkaan välttämisen ja orastavan tietoisuuden välillä jatkui istunnolla seuraavissakin katkelmissa. Sami piti keskustelun muissa teemoissa (1a), kunnes alkoi pohtia, puhuuko epäselvästi tai epäolennaisista asioista, mikä viittasi orastavaan tietoisuuteen (APVS2) ongelmallisesta kokemuksesta. Tämän hän teki hieman haparoiden, perustaen kuitenkin mietteensä havaintoihin terapeutin olemuksesta: (katkelma 28) ”Kun sä katot mua, niin mä oon silleen, et sä arvioit mua jotenki silleen, (...) että sä ajattelisit et mä sotkeennun johonkin epäolennaisuuksiin.” Sami asettui havaintajaposition havainnoidessaan itseään suhteessa terapeuttiin - tai suhteessa tulkintoihin, joita teki terapeutin mielentiloista. Samin huomio osoittautui myöhemmin oikeaksi, mikä tuli esiin terapeutin pysäyttäessä Samin harrastukseensa liittyvät pohdinnat ja ottaessa puheeksi lapsen isän kuoleman ja aiheen ilmeisen vaikeuden Samille. Ylipäätään terapeutti ohjasi keskustelun teemaan useaan otteeseen näissä Samin välttelyn hetkissä. Hän konfrontoi dominoivaa ääntä ottamalla esiin kokevansa Samin vähättelevän kuolema-aiheeseen liittyviä tunteitaan sanallistaen tämän mahdollisesti olevan tapa yrittää hallita ja kieltää vaikeasti kohdattavia tunteita. Vaikeisiin lapsuudenkokemuksiin viitaten hän toi varovasti esiin mahdollisuutta Samin kokemista vihantunteista, jopa toiveista, vanhempien kuolemaan liittyen. Sami toi esiin, ettei tunnista tällaista toivetta, muttei halunnut kieltääkään asiaa. Terapeutti kysyi, miltä ajatus isän kuoleman toivomisesta tuntui. Seuraava katkelma on jatkoa tälle:

Istunto 18, katkelma 30

S: Olin sanomassa heti ekaks, et onhan se silleen valtavan voimakas, mutta (tauco) sen mä oisin varmaan sanonu ihan vaan niinkun sanomisen vuoks. (...) Kyllä se tuntus pelottavalta. (...) (tauco) Mä ehkä, mulle tulee semmonen olo, et mä, mua pelottaa se, että miten, että tavallaan että niinku mun sisällä ois niin voimakas tunne.

T: Mm-hm. (tauco) Mm.

S: (...) Vähän sellanen pelko itsen puolesta, että tässä mä kävelen sellanen pommi sisälläni.

T: Mm-hmm. (tauco) Jos sulla ois semmonen toive (tauco) mielessäs, et sä toivois isän kuolemaa, et sä olisit niin kiukkunen (S: Niin.) Niin sä ajattelisit et sä olisit pommi sisällä. Mikä siitä tekis pommin?

S: No tavallaan silleen, että (pitkä tauco). Hmm. No musta tuntuu, et siinä vois olla ihan se semmonen tavallaan miten voimakas niinkun. Ehkä mä. (tauco) Hmm, ehkä mua pelottaa jotenkin kohdata niin voimakas tunne. (T: Mm.) Ja sitten taas musta tuntuu pahalta ajatella sitä kuorta (...) joka olen minä, joka pitää sen pommin sisälläni.

Katkelmassa Sami pyrki havainnoivaan positioon suhteessa kokemukseensa. Hän toi esiin, että alkoi ensiksi vastata terapeutin kysymykseen ”sanomisen vuoksi”, mikä viittasi yritykseen vastata jotain, mitä arveli terapeutin haluavan kuulla. Hän sanallisti ajatuksen tämänkaltaisesta voimakkaasta tunteesta olevan pelottava ja vertasi sitä mielikuvaan pommi sisällään kulkemisesta. Tämän voidaan nähdä kuvaavan Samin ongelmalliseen kokemukseen liittyneiden mielikuvien pelottavuutta ja voimakkuutta: Samin tunteet olivat hyvin kielteisiä ja psyykkistä ahdinkoa aiheuttavia (2b). Sami puhui kuitenkin pohdiskellen, rikkain kielikuvin ja elävän tunnemetaforan tuottaen. Pohdinnassa oli refleksiivisyyttä (3e) ja hän sanallisti ongelmaansa: voimakkaan negatiivisen tunteen kohtaaminen pelotti häntä. Viimeisessä katkelmassa Sami toi esiin tyytyväisyyttä olennaiselta tuntuvan kuolema-aiheen esiin tulemiseen ja näyttäytyi siten tulleen ainakin jossain määrin tietoiseksi psyykkisistä prosesseistaan. Sami tuntuikin nyt tasapainoilevan APVS-tasojen 2 ja 3 välillä.

Seuraavassa istunnossa (katkelmat 32-34) keskustelussa olivat pääosin edellisen istunnon Samissa nostattamat ruumiilliset reaktiot ja niiden taustalla olleet tunnetilat. Samin ongelmallisen kokemuksen käsittely liikkui APVS-tasoilla 1 ja 2. Sami kuvasi päänsäryn ja vatsaoireiden, alkaneen osin jo istunnolla ja voimistuneen istunnon jälkeen. Vaikka Sami yllättyikin reaktioista (2a) ja niiden voimakkuudesta, hän kykeni istunnon alussa oma-aloitteisesti liittämään ruumiilliset reaktiot tunnekokemuksiin, siten täysin torjumatta tunne-ääntä (APVS2). Hän tunnisti istunnolle tulemisen jännittäneen häntä näiden voimakkaiden reaktioiden vuoksi. Ajoittain Sami pyrki torjumaan ei-dominoivaa ääntä (APVS1) vuolaalla puhevirralla, selittelyllä, vaihtamalla puheenaihetta (1a) ja ulkoistamalla reaktioita (1d) pitkästä päivästä johtuvaksi. Välttelyn hetkillä terapeutti pyrki kiinnittämään huomion puheenaiheen ja Samin fyysisten reaktioiden yhteyteen sekä kuolema-teeman tärkeyteen. Terapeutti sanallisti ja validoi aiheen herättämiä kokemuksia, kuten pelkoa sekä suojautumisen halua, antaen ymmärrystä molemmille äänille ja Samille tilaa käsitellä asiaa omaan tahtiinsa. Sami sanallisti ”se fyysinen reaktio (...) on vähän semmonen pelottava juttu”. Tämän jälkeen Samin ongelmallisen kokemuksen käsittely pysyi istunnossa APVS2-tasolla ja Sami alkoi käydä ikään kuin metatason keskustelua siitä, miten aiheesta keskusteltaisiin, jos siitä keskusteltaisiin: ”Jos mä sanosin et mä haluaisin käsitellä sitä (...) niin mitä sä kysyisit?”. Ongelmallinen kokemus oli Samin tietoisuudessa, mutta herätti vielä paljon ahdistusta ja pelkoa (2b). Analyyttinen dominoiva ääni oli hallitseva (2d), mutta se harkitsi tilan antamista ja neuvotteli, miten aiheesta olisi mahdollista puhua. Sami tunnistikin etäännyttävän tyylinsä istunnon lopuksi.

Seuraavissa istunnoissa Samin ongelmallisen kokemuksen assimilaatiossa oli vaihtelua APVS1-tasolta APVS3-tasolle voimakkaampien teemojen, kuten kuoleman tai työssä saadun kielteisen palautteen, käsittelyn laskiessa APVS-tasoa. Vähitellen Sami alkoi kuitenkin tarkastella ongelmallista kokemustaan yhä enemmän ongelmanmäärittelystä (APVS3) käsin. Istunnolla 21

(katkelmat 37-38) Samin koulukiusaamiskokemuksiin liittyen terapeutti sanallisti ja validoi molempien äänten kokemusta ja äänten assimilaatio eteni APVS3-tasolle. Sami tarkasteli toimintaansa havainnoivasta positioista kummeksuessaan dominoivalle äänelle tyypillisenä näyttäytyntä etäännyttävää kerronnan tapaansa. Terapeutti sanallisti Samin problematiikan mahdollista taustaa kuvaten Samin selviytyneen lapsuudessa suojelemalla itseään sulkemalla tunteet pois. Sami vastasi:

Istunto 21, katkelma 38

S: Mä oon jotenkin oppinu silleen huomaamaan, että mä oon, miten voima- niin älyttömän voimakkaasti reagoin fyysisesti. (T: Mm.) Niin musta tuntuu, että ne näkyy mussa jotenkin fyysisestikin ihan. (T: Mm, niin.) (...) Ei ne tunteet mitä sieltä sitten kenties löytyy jossain vaiheessa oo mitään mukavia, mut se on varmaankin tietysti niinkun oikea suunta. (...) Mietin (...) onko mulla niinku sellanen kuori minkä alla, mistä, minkä läpi välillä purskahtelee vähän näitä jotain tunteita (...)

T: (...) varmaan se että et niinku sä itekin oot nyt huomannu sen, et kuinka ne sitte niinku fyysisesti voimakkaasti reagoi ja tulee mieleen ne että, et et semmonen vaikee aihe, et sä oot puhunu, ää, vanhemmistas (S: Mm.) jotakin niin et sulle tulee niin huono olo, että (S: Niin.) Et et täytyy jotenki niinku saada happea. (S: Mm.) Ja se voi olla että ne on niinku ne, se kokemus niinku sillä tavalla muistona, ja sit semmosen tunnekokemus, et ne on vielä aika kaukana toisistaan, mut että (S: Mm.) se voi tuntuu niin pelottavalta, että eihän niitä heti voi (S: Mm.) päästää jotenki lähelle itseä.

S: Joo. Kyllä että (tauko). Joo.

Sami liitti oma-aloitteisesti voimakkaat kokemukset ja ruumiilliset reaktiot yhteen ja osoitti refleksiivisyyttä (3e) asiaa pohtiessaan. Hän jatkoi jo aiemmin sivuamaansa, melko rikastakin, metaforaa: mielikuva kuoresta ja purskahtelevista tunteista tuntui kuvaavan jäykkää dominoivaa ääntä ja osin hallitsemattomanakin näyttäytyntä ei-dominoivaa ääntä (3a). Aiempaan pommi-vertauskuvaan nähden ”purskahteleva” tunnekokemus näyttäytyi nyt vähemmän pelottavana: Samin tunteet näyttäytyivät kielteisinä, mutta kokemukseen ei liittynyt akuuttia psyykkistä ahdinkoa (APVS3). Terapeutti vastasi sanallistamalla muistona olevan kokemuksen ja tunnekokemuksen erillisyyttä ja validoi dominoivan äänen kantaa pohtiessaan tunnekokemuksen herättämää pelkoa. Sami myöntyi tulkintaan, muttei pystynyt syventämään tätä ongelmanmäärittelyä tai lapsuudenkokemusten vaikutusta.

Seuraavissa istunnoissa käsittelyssä olivat muun muassa Samin kuolemanpelkoon, mielen ja ruumiin yhteyteen sekä terapiaprosessiin liittyvät asiat. Istunnosta 23 alkaen ongelmallinen kokemus alkoi olla APVS3-tasolle ominaisesti työstettävämmässä muodossa ja järki- ja tunneäänien vastakkaisuus (3c) näkyi taas selkeämmin. Istunnon katkelmassa 44 Samin kerronta osoitti jo viitteitä APVS4-tasosta, kun Sami tunnisti terapeutin edellisellä istunnolla ehdottaman tulkinnan Samin kokemasta surusta kuolemanpelkoon liittyen. Sami pohti: ”Pelkällä havainnolla, että se suru on mun sisällä, (...) sen tiedostamisella oli jo hirveen iso jotenki vapauttava vaikutus”. Samin pohdinnat osoittivat refleksiivisyyden lisääntymistä ja havainnoivan position luomista tunnekokemuksiinsa. Hän oli saavuttanut etäisyyttä kokemuksiinsa siinä määrin, että kykeni havainnoimaan niitä, ja oli

samalla niissä osallinen niin, että kykeni tunnistamaan ne omikseen ilman akuuttia psyykkistä ahdinkoa. Surun sisäiseksi tunnekokemukseksi tunnistaminen oli Samille vapauttavaa ja osoitti dominoivan äänen orastavaa hyväksyvämpää suhtautumista ei-dominoivaa tunne-ääntä kohtaan (4b). Samin tunteet olivat sekä myönteisiä että kielteisiä.

3.3. Loppuvaihe (istunnot 32-33)

Häivähdyksiä Samin uudentalaisesta ymmärryksestä, lisääntyneestä joustavuudesta ja hyväksynnästä (APVS4) suhteessa ruumiillisiin reaktioihinsa ja tunnekokemuksiinsa näkyi myös istunnolla 32. Viimeisellä istunnolla (katkelmat 57-59) Sami saavutti terapeutin avustuksella äänen assimilaatiossa selkeästi APVS4-tason. Ongelmallisen kokemuksen muotoutuminen ymmärrykseen asti vaikutti jääneen Samilta vielä itsenäisesti saavuttamatta: hän kuvasi asioiden käsittelytahdin terapian ulkopuolella olleen verkkaisempi ja itseen liittyvissä havainnoissa olleen ”toteavuutta”. Tämä viittaa ongelmallisen kokemuksen käsittelyn liikkuneen APVS3-tason tuntumassa. Myös istunnolla Samin ongelmallista kokemusta käsiteltiin pitkälti ongelmanmäärittelyn (APVS3) näkökulmasta käsin – alkupuolen ulkoistamisena esille tulleiden ei-toivottujen ajatusten lisäksi. Terapeutti konfrontoi tätä välttelyä muistuttamalla Samin muuttuneesta suhtautumisesta sekä palauttamalla Samia kokemusten, kuten istunnollakin heränneiden ruumiillisten reaktioiden, äärelle. Sami sanallistaa vaikeuttaan pohtimalla ruumiillisten tuntemusten käsittelyn olleen terapiassa hänelle hyvin ”jännä paikka”.

Terapiaprosessin viimeisessä katkelmassa Sami toi esiin arjessa havaitsemiaan yhteyksiä ”tunteiden myllerryksen” ja ruumiillisten reaktioiden, kuten vatsavaivojen, välillä. Terapeutti sanallisti yhteyttä ja Sami tuntui saavuttavan tietynlaisen oivalluksen suhteessa ongelmalliseen kokemukseensa (APVS4), mitä seuraava katkelmaote kuvastaa:

Istunto 33, katkelma 59

T: Tulee niinku mielelle semmosia niinku voimakkaitakin kokemuksia, tai et jollaki tavalla et huomaa, että ruumis reagoi niissä sitten (S: Niin.) aika helposti.

S: Joo, kyllä (T: Mm.) Että. (tauko) Onkohan se sitten niinkun onks se sitten toi jotenkin tullu mulle sellaseks tavaks reagoida, muuttuuko se jotenki, en tiedä (T: Mm.) sitä. Mutta tolleen mä aattelin niistä, että.

T: (...) Säkin niistä sun lapsuuden (S: Mm.) kokemuksista puhunu, mitkä on (S: Mm.) ollu osa niinku varmasti aika aika pelottavia (S: Mm.) ja semmosia niinku ehkä mille ei oo ollu ehkä välttämättä sanojakaan siinä vaiheessa. Että et sillonhan voi aika niinku lapsenkin niinku tavassa niinku aika kokonaisvaltasesti kokee, että et et. (S: Joo.) Et voiko sitten jotenki ajatella, että et semmosis tilanteissa jotka niinku tulee jotenki sillä tavalla lähelle itteesä, niin (S: Niin.) helposti voi jotenki niinku ensiks ikään ku ruumiilla reagoida ennen ku jotenki sitten ikään ku rauhottuu miettimään mielessään, että mitä tää tarkoittaa, et se niinku se reaktio on sillä tavalla aika välitön. (...) Että niinku ruumis onki ensimmäisenä se, joka reagoi ennen kun ikään ku sitten oma mieli tulee perässä. (...)

S: Joo. (tauko) No. (tauko) Hmm. Sopii! (molemmat nauravat)

Katkelma jatkui niin, että Sami myönsi terapeutin ajatuksissa olevan perää ja lavensi ajatusta hiljattain lukemaansa ekopsykologian kirjallisuuteen. Siihen liittyen hän toi esiin ajatuksen kehon viisaudesta ja tavasta varastoida muistoja ja tunteita. Terapeutti toi puheenaiheen yleiseltä tasolta helpommin lähestyttäviin kokemuksiin:

T: Monethan kertoo, et ku et jos ahdistuu tai (S: Mm.) jännittää että miten maha voi mennä sekasin (S: Mm.) et sille on niinkun (S: Mm.) ikään kun mieli ei pysy sen semmosen (S: Mm.) asian kanssa vaikka perässä (S: Niin.) et ensin tulee ikään kun se ruumis, joka

S: Joo. Tajuaa sen tavallaan niinku sen (T: Niin.) nopeemmin. (T: Mm.) Joo. (tauko) Niin, kyllä se on vaan, niinku kyllä se musta todellaki voi olla niin, että.

T: (...) Puhuit siitä niinku, ää, ruumiin ja mielen yhteydestä (...) että, miten sä oot huomannu sen, että et sun ruumis ehkä ilmottaa sulle ensin, että (S: Mm.) pitääks sun pysähtyä miettimään nyt (naurahtaen) jotakin (S: (naurahtaen) Niin, kyllä.) asiaa. Et et sit niinku, et jotenkin kuulostaa siltä et sä oot jotenkin niinkun herkistynyt kuuntelemaan ittees jotenkin enemmän tai sitä että (S: Niin.) mistähän kaikesta on kyse. Tai mitähän se ruumis sulle kertoo.

S: (...) Ainaki toistaseks meen vielä vähä silleen jälki (T: Mm.) -junassa, et mulle tulee niinku todellaki ekaks se reaktio. (...) Saattaa olla et siinä menee niinku paljo aikaa ennen kun löytää sen yhteyden, et hei voisiko tää olla sitä (T: Mm.) tai tätä tai tuota. (...) Joka tapauksessa niin silleen uskon, että jostain tällasesta ne ruumiin viestit tulee.

Samin dominoivan äänen kanta oli pehmentynyt ja suhtautumisessa näkyi levollisuutta, joustavuutta ja hyväksyntää, kun Sami mietti, olivatko ruumiilliset reaktiot tulleet hänelle tavaksi reagoida vai muuttuisiko reagointitapa. Tämä kertoi APVS4-tason mukaisesta uudenlaisesta suhtautumisesta ongelmalliseen kokemukseen, eri äänien olemassaolon hyväksymisestä (4b) ja askeleesta kohti ratkaisematta jääneen asian hyväksymistä (4c). Terapeutti validoi Samin tunteiden vietävissä –äänien puolta tuomalla esiin lapsuudenkokemusten pelottavuutta. Samalla terapeutti sanallisti ruumiillisen reagoinnin mahdollista syntymekanismia. Näin terapeutti vaikutti validoivan myös dominoivaa ääntä, jonka ”työkaluina” fyysiset reaktiot näyttäytyivät etenkin aikaisemmin. Terapeutti sanallisti merkityssiltaa äänten välille: ruumiilliset reaktiot voisivat toimia vihjeenä mielelle siitä, että olisi hyvä pysähtyä tunnekokemuksen äärelle. Sami tunnusteli ajatusta ja naurahtaen totesi sen ”sopivan”. Samin kirjallisuuteen liittyvän pohdinnan jälkeen terapeutti palasi tämän psykosomaattiseen reagointiin psykoedukaationkin keinoin sekä ehdottaen reagoinnin käyttämistä itsetuntemuksen apuvälineenä ruumiin ilmoittaessa pysähtymisen ja itsetutkiskelun tarpeesta. Näin terapeutti tuntui tarjoavan uudelleenmuotoilua Samin ongelmallisesta kokemuksesta. Hän myös antoi Samille myönteistä palautetta itsen kuunteluun herkistymisestä vahvistaen näin positiivista muutosta. Sami jatkoi terapeutin ajatusta ja sanallisti vielä itse ruumiillisen reaktion hyödyn ikään kuin hyväksyen siten uudelleenmuotoilun. Sami ja terapeutti tuntuivat olevan yhteisymmärryksessä ja lähikehityksen vyöhykkeellä: uudenlaisena näkökulmana oli, että ruumiillinen reaktio voisi toimia äänten välisenä merkityssiltana, ikään kuin viestintuojana, sen sijaan että se oli äkillinen, pelottava, tunnistamaton reaktio, joka pitäisi saada hallintaan.

4. POHDINTA

Tässä laadullisessa tapaustutkimuksessa tarkasteltiin psykosomaattisesti oireilevan yksilöpsykoterapia-asiakkaan terapeuttista muutosprosessia. Kyseessä oli itseään tai etenkin tunteitaan alun perin niukasti ilmaiseva asiakas, joka saavutti terapian kuluessa rikkaamman tavan kuvata itseään ja kokemuksiaan. Tätä vähittäistä kielellisen rikastuminen prosessia kuvataan assimilaatioanalyysin äänimallin avulla. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin terapeutin toimia ongelmallisen kokemuksen assimilaation mahdollistamiseksi.

Asiakkaan, Samin, negatiiviset tunteet näyttäytyivät usein ruumiillisina kokemuksina ja hänen ongelmallisena kokemuksenaan kuvautui tunnekokemuksen tavoittamisen vaikeudet. Tämä muodostuikin tutkimuksessa assimilaatiomallin mukaiseksi teemaksi ja äänimallin mukaisiksi ääniksi muodostuivat dominoiva ylianalysoiva järkiääni ja ei-dominoivaksi tunteen vietävissä –ääni eli tunneääni. Samin ongelmallisen kokemuksen assimilaatioprosessi eteni APVS1-tasolta APVS4-tasolle ja se tuntui jakaantuvan kolmeen vaiheeseen. Vaiheet etenivät pitkittyneestä alkuvaiheesta ”tunteiden vietävissä” olemisen kautta työstämisvaiheeseen ja lopulta uudenlaisen suhtautumistavan ja merkityssillan muodostumiseen. Terapeutin keinoina äänten assimilaation mahdollistamisessa näyttäytyivät etenkin äänten kokemusten sanallistaminen, validointi ja konfrontointi, Samin itsehavainnoinnin rohkaiseminen ja tukeminen sekä uudenlaisen näkökulman hakeminen. Suuri osa näistä keinoista oli käytössä pitkin terapiaa, viimeisen painottuessa terapian loppuvaiheeseen.

Samin ongelmallisen kokemuksen assimilaatio saavutti terapiassa lopulta APVS4-tason, joten terapiaa voidaan siten pitää tuloksellisena (ks. Detert ym., 2006). Ongelmallinen kokemus tuli esiin APVS1-tason hallinnan menettämisen pelkona kolmannessa istunnossa, joka oli terapiaprosessin ensimmäinen äänen kanssa tallennettu istunto. Ei-dominoiva ääni sai seuraavissa istunnoissa vähitellen enemmän tilaa terapeutin validoidessa tämän kantaa Samin lapsuudenkokemusten rankkuutta esiintuomalla, ja äänten assimilaatio eteni APVS2-tasolle, orastavaan tietoisuuteen. Assimilaatiossa näkyi kuitenkin runsas vaihtelu ongelmalliseen kokemukseen liittyvien välttely- ja torjuntapyrkimysten ja orastavan tietoisuuden välillä suunnilleen terapian puoliväliin asti. Terapian alkuvaihe näyttäytyi siten pitkittyneeltä. Sami toi terapian alkupuolella esiin ruumiillisen reagoititapansa ja näihin reaktioihin liittyvän jännittyneisyyden. Terapeutti pyrki sanallistamaan Samin kokemuksia, tuomaan esiin dominoivalle äänelle ominaisia piirteitä ja ei-dominoivan äänen validoinnin lisäksi konfrontoimaan dominoivaa ääntä. Lisäksi terapeutti rohkaisi Samia melko voimakkaastikin tunnekokemuksensa aidompaan havainnointiin. Terapian alkupuoliskolla itsehavainnointi oli Samille vielä hyvin haastavaa. Terapeutin konfrontaatioiden ja sanallistamisten

avulla Samin tietoisuus ongelmallisesta kokemuksestaan kuitenkin lisääntyi – voimakkaiden negatiivisten tunteiden kautta. Terapian ensimmäisen puolikkaan loppupuolella dominoivan ja ei-dominoivan äänen eriytyminen alkoi mahdollistua terapeutin toimien tukena.

Istunnolla 16, juuri ennen kesälomataukoa, Sami pääsikin assimilaatioprosessissa selkeästi ongelmanmäärittämisen (APVS3) tasolle. Samin refleksiivisyys lisääntyi, hän kykeni tarkastelemaan etenkin dominoivalle äänelle tyypillisiä ominaisuuksia, näkemään paremmin tunnekokemusten merkitystä ja sanallistamaan ongelmallista kokemustaan. APVS-taso laski kuitenkin äkillisesti Samin ongelmallisen kokemuksen, terapiataukoon liittyvän negatiivisen tunteen, noustessa istunnolla pintaan voimakkaina ruumiillisina kokemuksina. Sami tunnisti lopulta tunteen peloksi terapeutin sanallistamisen myötä. Terapian puoliväli näyttäytyikin aikana, jossa ongelmallinen kokemus oli selkeämmin Samin tietoisuudessa ja negatiiviset tunteet olivat – APVS2-tasolle ominaisesti – voimakkaita. Tässä kohtaa tuntui tapahtuvan muutos, joka mahdollisti vähittäistä ongelmallisen kokemuksen työstämistä enemmän käsiteltävään tai havainnoitavaan muotoon, esimerkiksi metaforien avulla. Pääosin Samin äänen assimilaatio liikkui vielä kesätauon jälkeenkin istuntoon 23 asti pitkälti AVPS-tasoilla 1 ja 2. Sami hyötyi terapeutin sanallistamisesta hetkissä, joissa tunnekokemuksen tavoittaminen oli vaikeaa. Terapeutti jatkoi dominoivan äänen konfrontointia tilanteissa, joissa Samin ongelmallinen kokemus laski APVS-tasoille 1 ja 2. Toisaalta hän myös validoi dominoivan äänen puolta antamalla ymmärrystä suojautumisen tarpeelle. Istunnosta 23 alkaen ongelmallinen kokemus alkoi olla APVS3-tasolle ominaisesti työstettävämmässä muodossa ja järki- ja tunneäänien vastakkaisuus näkyi taas selkeämmin. Samin ongelmallisen kokemuksen assimilaatiossa oli kuitenkin viimeiseen istuntoon asti piirteitä myös matalammista APVS-tasoista.

Viimeisellä istunnolla Sami pääsi terapeutin avustuksella selkeästi äänen assimilaatiossa APVS4-tasolle ja merkityssillan rakentuminen äänen välille mahdollistui. Tätä ennenkin äänen assimilaatiossa oli ollut nähtävillä häivähdyksiä APVS4-tason hyväksyvämmästä suhtautumisesta ja joustavuuden lisääntymisestä. Istunnolla Sami lähestyi ongelmallista kokemusta pääosin ongelmanmäärittelyä käsin, vaikka turvautuikin pariin otteeseen ongelmallisen kokemuksen ulkoistamiseen (APVS1). Terapeutti konfrontoi tätä välttelyä, sanallistaen yhteyttä ruumiillisten reaktioiden ja tunteiden välillä. Hän tarjosi Samille uudenlaista näkökulmaa ruumiillisiin reaktioihin. Merkityssilta muodostuikin äänen välille Samin pystyessä tarkastelemaan ruumiillista reaktiota uudella tavalla: reaktio voisi toimia kuin tiedonvälittäjänä dominoivan ja ei-dominoivan äänen välillä ja mahdollistaa siten äänen yhteistyön. Kokemusten tarkastelu voisi mahdollistua äänen yhteistoiminnassa, yhdessä havainnoiden. Hallitsemattomina näyttäytyneet tunteet ja ruumiilliset kokemukset tuntuivat saaneen käsiteltävämmän muodon.

Terapeutin responsiivisuuden ja sensitiivisyyden on todettu vaikuttavan asiakkaan assimilaatioprosessiin (Penttinen, Wahlström, & Hartikainen, 2017). Tämä tuli näkyväksi myös Samin terapiassa, sillä hänen kohdallaan haasteena oli usein joko tunnekokemuksen liiallinen etäännyttäminen tai tunteen valtaan joutuminen. Molemmissa tapauksissa aito itsehavainnointi tuntui estyvän. Tällöin terapeuttien interventioiden oikea ajoitus vaati terapeutin toimien oikeanlaista rytmittämistä, responsiivisuutta ja sensitiivisyyttä. Ajoittain terapeutin toimet esimerkiksi itsehavainnointiin rohkaisemiseksi saattoivat olla Samin senhetkisiin kykyihin nähden ennenaikaisia (esim. istunto 13). Sekä dominoivan että ei-dominoivan äänen näkökulman huomioiminen on todettu tärkeäksi onnistuneelle assimilaatiolle (Brinegar ym., 2006; Osatuke ym., 2007). Samin terapiassa terapeutin responsiivisuus ja sensitiivisyys tuntuivatkin liittyvän myös siihen, kuinka hän eri tilanteissa ääniä huomioi. Yhtenä näkyvänä terapeutin keinona assimilaation mahdollistamisessa oli dominoivan äänen konfrontaatio, jolla hän usein tuli myös puolustaneeksi ei-dominoivaa ääntä. Kuitenkin tarvittaessa terapeutti myös validoi dominoivaa ääntä (esim. istunto 19), antaen samalla tilaa aiheen käsittelyyn Samille sopivassa tahdissa.

Terapeuttien interventioiden oikea-aikainen kohdistaminen liittyy kiinteästi myös Leimanin ja Stilesin (2001) käsitteeseen terapeuttisesta lähikehityksen vyöhykkeestä. Leimanin (2012) teoretisointi terapeuttisessa yhteistoiminnassa saavutetusta korkeammasta APVS-tasosta saa tukea tästä tutkimuksesta: Samin ongelmallisen kokemuksen käsittely eteni hetkissä, joissa työskentely tapahtui terapeuttisella lähikehityksen vyöhykkeellä, Samin psyykkiset edellytykset, valmiudet ja sietokyky huomioiden. Tästä esimerkkinä on viimeinen katkelma (59), missä Sami jatkoi terapeutin ajatusta ja kokemuksen uudelleenmuotoilua äänen saavuttaessa yhteisymmärryksen. Yhdessä Sami ja terapeutti tavoittivat siis jotain sellaista, mitä Sami ei yksin vielä olisi tavoittanut. Lähikehityksen vyöhyke jäi myös ajoittain terapiassa saavuttamatta: esimerkiksi terapeutin pohdinnat Samin tunnekokemuksen tavoittamisen vaikeuksien syntymekanismeista eivät tuntuneet osuvan Samin lähikehityksen vyöhykkeelle, eikä Sami juuri syventänyt näitä tulkintoja (esim. istunto 21). Samin äänen assimilaatiossa oli viimeiselläkin istunnolla nähtävillä APVS1-tason tunnusmerkkejä, vaikka hän saavuttikin lopulta assimilaatiossa APVS4-tason terapeutin avustuksella. Torjuntaan ja välttelyyn palaaminen tuntui olevan Samille vielä jossain määrin ominaista, mutta terapeutin interventioilla oli terapian loppua kohti jo selvästi suurempi ja nopeampi vaikutus assimilaatitasoon. Vaikuttikin siltä, että Samin lähikehityksen vyöhyke laajeni terapian kuluessa. Leiman ja Stiles (2001) ovat katsoneet asiakkaan kyvyn käyttää hyväksi terapeutin interventioita voivan riippua heidän lähikehityksen vyöhykkeestään. Tämän tutkimuksen perusteella näyttäisikin siltä, että Samin kyky hyötyä terapeutin toimista lisääntyi terapian aikana.

Samin suhtautuminen aluksi pitkälti ruumiillisina reaktioina näyttäytyneisiin negatiivisiin tunnekokemuksiin muutti terapian aikana muotoaan: ruumiillisista kokemuksista ja tunnekokemuksista tuli jotain, mitä voitiin yhdessä havainnoida ja mistä voitiin keskustella. Sanallistaminen ja oman kokemuksen aidon tarkastelun tukeminen nousivatkin tässä terapiassa tärkeiksi terapeuttisiksi keinoksi. Tutkimus antaa siten tukea Leimanin (2012) esittämille ajatuksille psykoterapioiden yhteisestä kaksoisprosessista, jossa keskeisinä tekijöinä ovat asiakkaan ilmaisun virittäminen sekä itsehavainnoinnin kehittäminen. Esimerkiksi terapeutin tapa sanallistaa Samin kokemuksia voidaan nähdä tällaisena ilmaisun jäsentämisenä. Samoin olennaiseksi tekijäksi Samin terapiaprosessissa tuntui nousevan havainnoivan position kehittäminen suhteessa itseensä, kokemuksiinsa ja havainnointitapaansa. Terapeutti toi terapian aikana esiin esimerkiksi Samin dominoivalle äänelle ominaisina näyttäytyneitä piirteitä ja Sami tulikin vähitellen tietoisemmaksi tämän ”järkiäänensä” puolista. Tämä voidaan nähdä Leimanin kuvaamana metapositiona, josta Samin ja terapeutin oli mahdollista havainnoida jäykkänä ja ylianalyttisenakin näyttäytyneitä dominoivaa ääntä. Samoin kasvoi myös Samin tietoisuus ongelmallisen kokemuksesta ja uudenlaisen suhteen luominen omiin kokemuksiin mahdollistui.

Havainnoivaa positiota rakennettiin pitkin terapiaa. Itsehavainnoinnin epäonnistuesssa Samin kohdalla näkyväksi tuli dominoivalle äänelle ominainen ylianalysointi ja siten tietynlainen ”ylitarkkailu”. Tällainen tarkkailu – havainnoinnin sijaan – tuli esiin esimerkiksi Samin tavassa pyrkiä sanomaan asioita, joita arveli terapeutin haluavan kuulla. Tämän voidaan ajatella estävän neutraalimmasta näkökulmasta tapahtuvan itsehavainnoinnin. Tunnekokemuksen tavoittaminen oli Samille haastavaa ja hän tuntuikin havainnoivaa positiota rakentaessaan tavoittavan itsehavainnoinnin ensin tarkastelemalla itseään suhteessa terapeuttiin. Tämä näkyi esimerkiksi Samin tunnistaessa terapeutin ”pehmeiden” helpottavan Samia olemaan aidompi ja kontrolloivan vähemmän (istunto 16) sekä Samin alkaessa kiinnittää huomiota dominoivalle äänelle tyyppillisenä näyttäytyneeseen etäännyttävään tyyliinsä terapeutin olemuksesta tekemiensä tulkintojen perusteella (istunto 18). Voidaan ajatella, että tämän havaitsijaposition saavuttaminen tapahtui ensin havainnoimalla suhdetta - yhteistoiminnassa ja lähikehityksen vyöhykkeellä terapeutin kanssa.

Samin äänten assimilaatio ei edennyt suoraviivaisesti, vaan APVS-tasojen laskuja oli useita pitkin terapiaa, mikä on todettu olevan tyyppillistä myös onnistuneelle terapialle (esim. Detert ym., 2006). Assimilaatiotutkimuksessa (esim. Honos-Webb, Surko ym., 1999; Stiles, 2005) esittelyistä useista epätasaista etenemistä assimilaatiojatkumolla aiheuttavista tekijöistä Samin kohdalla vaikuttivat todennäköisesti ainakin jo mainittu ajoittainen lähikehityksen ulkopuolella työskentely, äänten mahdollinen monisäikeisyys tai erilaiset ”aläänet” sekä elämäntapahtumat. On mahdollista, että osa Samin negatiivisista tunnekokemuksista, niin kutsutuista tunneäänien säikeistä, oli toisia helpommin

assimiloitavissa osaksi kokemusmaailmaa, mikä näkyi vaihteluina APVS-tasossa. Emotionaaliset tapahtumat, kuten tieto lapsen odottamisesta tai työhön liittyvät pettymykset saattoivat osaltaan vaikuttaa assimilaatioprosessiin APVS-tasoa ajoittain laskien, kuten myös terapian taukoon ja lopettamiseen liittyvät ajatukset ja tunteet.

Assimilaation äänimalliin liittyen Osatuke on eri kokoonpanoilla (Osatuke ym., 2006; Osatuke & Stiles, 2006) kuvannut eri äänillä olevan erilaisia tunnistettavia piirteitä ilmaisussaan. Tämä näkyi myös Samin äänen kohdalla. Dominoivalle äänelle ominaisena näyttäytyi vuolas ja jopa monotoninen puhevirta, kun taas ei-dominoivan ääneen puhuessa ilmaisu oli pohtivampaa, hitaampaa ja taukoja oli enemmän.

Ruumiilliset reaktiot ja negatiiviset tunteet aiheuttivat Samissa pelkoa ja ahdistusta etenkin terapian alkuvaiheessa ja vielä viimeiselläkin istunnolla hän toi esiin aiheen käsittelyyn liittyvää jännittyneisyyttä. Samin kokemuksessa tunteiden hallitsemattomuudesta onkin nähtävillä yhtymäkohtia esimerkiksi McDougallin (2000) esittämien näkemysten kanssa. McDougallin joihinkin psykosomaattisesti oireileviin asiakkaisiin liittämät näkemykset ”valtoimenaan tulvivista” tunteista tuntuukin kuvaavan Samin ei-dominoivan äänen sisältöä hyvin. Samin kuvauksissa tunnekokemukset näyttäytyivät pitkään voimakkaina ja hallitsemattomina: hän puhui esimerkiksi ”tunteen vietävissä” olemisesta ja voimakkaasta negatiivisesta tunteesta ”pommina”. Lisäksi McDougallin käsitteellistys ruumiilliseen oirehdintaan liittyvästä kielellisen väylän ohittamisesta ja psyykkisen työn estymisestä tuntuvat sopivan Samin problematiikkaan. Terapeuttisen työskentelyn mahdollistaman kielellisenkin rikastumisen myötä Sami sai joustavuutta suhteessa ongelmalliseen kokemukseensa. Tämä tapahtui kuitenkin verkkaisesti ja toistuvasti aiemmille APVS-tasoille palaten. Assimilaatiojatkumon ensimmäisten vaiheiden ja niiden puitteissa tapahtuvien hienoistenkin muutosten merkitys on huomattu aikaisemmassa asiakkaiden ruumiilliseen kokemisen tapaan liittyvässä tutkimuksessa (Reid & Osatuke, 2006). Samin terapian alkuvaihe näyttäytyi pitkittyneeltä. Onkin mahdollista, että terapian alkuvaihe on erityisen merkityksellinen nimenomaan tämänkaltaiselle, osin kielellisen väylän sivuuttavalle problematiikalle, missä ruumiillisen kokemisen tapa korostuu. Terapian alkuvaiheen pitkittyminen voikin olla nimenomaan kyseisen problematiikan erityispiirre. Tällöin terapian alkutyöskentely voi vaatia terapeutilta erityistä huomiota, kuten riittävän vähittäisiä, suuntaavia interventioita. Samin tapauksessa herää ajatus siitä, olisiko Sami hyötynyt ilmaisun virittämisessä esimerkiksi toiminnallisilla menetelmillä.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on olennaista huomioida tutkimuksen luonne laadullisena tapaustutkimuksena: havainnot eivät ole sellaisenaan yleistettävissä koskemaan muita tapauksia. Yksi tapa, jolla tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään, oli tutkijan mahdollisimman syvällinen perehtyminen teoriaan, aineistoon sekä tutkimusmenetelmään. Assimilaatiomalli oli

tutkimuksen toteuttajalle entuudestaan tuttu aiemmasta harjoitustutkimuksesta, jonka aikana analyysimenetelmän käyttöä harjoiteltiin yhdessä ohjausryhmän ja sen ohjaajan kanssa. Kuten aiemmassa tutkimuksessa, tämänkin tutkimuksen tekeminen aloitettiin ohjausryhmässä ja haastavista tai ristiriitaisilta tuntuneista katkelmista ja niiden analysoinnista käytiin keskustelua sekä tutkielman ohjaajien että ohjausryhmän henkilöiden kanssa. Tukea tutkimukselle antoi lisäksi tutkimuksen terapeuttiosallistujan terapiakoulutukseen liittyvä lopputyö etenkin esitietojen osalta. On otettava huomioon, että käytettävissä ollut lopputyö – vaikkakin eri näkökulmasta tehtynä - on voinut osaltaan vaikuttaa tutkijan vaikutelmiin asiakkaasta ja hänen terapiaprosessistaan ja siten tässä tutkimuksessa tehtyihin tulkintoihin. Lopputyöhön tutustumisen voidaan kuitenkin nähdä myös lisänneen tutkijan ymmärrystä asiakasosallistujan kokemusmaailmasta.

Luotettavuuden ja toistettavuuden lisäämiseksi tutkimuksen toteuttamista ja tulkintaprosessia on pyritty kuvaamaan riittäväällä tarkkuudella. Tähän pyrittiin kuvaamalla analyysin vaiheita mahdollisimman tarkasti, sekä avaamalla ja perustelemalla aineistosta tehtyjä päätelmiä tulos- ja pohdintaosioissa mahdollisimman kattavasti. Havainnot on pyritty sitomaan teoreettiseen taustaan. Osatuke ja Stiles (2011) korostavat tutkimuskohteen, psykoterapeuttisen muutoksen, subjektiivisuutta assimilaatiotutkimuksessa sekä assimilaatiotutkimuksen tulkinnallista luonnetta. Tämä onkin otettava huomioon tämän tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa: on mahdollista, että toinen tutkija olisi päätenyt erilaisiin tulkintoihin, teemoitteluihin, äänten ja tekstikatkelmien valintaan ja APVS-tasojen määrittämiseen. Useamman itsenäisen arvioitsijan on katsottu lisäävän assimilaatiotasojen määrittämisen luotettavuutta, sillä se mahdollistaa analyysien yhdenmukaisuuden tarkastelun (esim. Honos-Webb ym., 2003). Tämän tutkimuksen luotettavuutta olisikin voinut parantaa käyttämällä vertaisarvioijia APVS-tasojen määrittämisessä.

Aineistosta puuttui useampia terapiaistuntoja, mikä hankaloitti osaltaan prosessitutkimuksen tekemistä. Etenkin kahden ensimmäisen istunnon osalta ääniraidan puuttuminen vaikeutti kokonaiskuvan saamista asiakkaan tilanteesta ja hänen omasta tavastaan sanallistaa vaikeuksiaan.

Tutkimuksen teossa on pyritty noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita niin tutkittavien suostumuksen, aineiston käsittelyn kuin tunnistetietojen häivyttämisen osalta. Tutkimuseettisenä ratkaisuna terapeutin julkaisematon lopputyö jätetään tässä tutkimuksessa nimeämättä anonyymiteetin turvaamiseksi.

Tämä tapaustutkimus antaa tietoa yksittäisestä tapauksesta ja ruumiillisesti oirehtivien asiakkaiden terapeuttisesta muutoksesta tarvitaankin lisää tutkimusta. Intensiivisillä tapaustutkimuksilla, esimerkiksi assimilaatiomallia käyttäen, voitaisiin saada arvokasta lisätietoa psykosomaattiselle oirehdinnalle ominaisista muutostekijöistä. Tässä tutkimuksessa yhtenä terapian erityispiirteenä näyttäytyi pitkittynyt terapian alkuvaihe. Jatkossa olisikin tärkeää tutkia, liittykö

terapian alkuvaiheen pitkittyminen spesifisti juuri psykosomaattisesti oirehtivien henkilöiden hoitoon. Samoin kiinnostavaa olisi tutkia erilaisten ilmaisukeinojen hyödyntämistä puhutun rinnalla silloin, kun asiakkaan ruumiillinen kokemisen tapa korostuu kielellisen kustannuksella. Voisiko tällainen toiminnallisempi ilmaisun virittäminen vauhdittaa ongelmallisen kokemuksen saattamista työstettävämpään muotoon? Jatkotutkimuksessakin huomiota olisi tärkeää kiinnittää terapeutin toimiin ja asiakkaan ja terapeutin yhteistoimintaan.

Näkökulma psykosomaattisesti reagoivien henkilöiden toistuvaan selittämättömään ruumiilliseen oirehdintaan on tärkeää ulottaa yksilön kokemuksen lisäksi laajemmalle: selittämätön oirehdinta ja lukuisat vaihtuvat hoitokontaktit tuovat yksilötason psyykkisen kärsimyksen lisäksi selvää kuormitusta terveydenhuoltojärjestelmälle. Tämä tutkimus antaa tukea terapeutin lähestymistavan käyttämiselle selittämättömän ruumiillisen oirehinnan hoidossa.

LÄHTEET

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008) *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Andersen N. L., Eplöv L. F., Andersen, J. T., Hjorthøj C. R., & Birket-Smith M. (2013). Health care use by patients with somatoform disorders: a register-based follow-up study. *Psychosomatics*, 54(2), 132–141.

Barsky, A. J, Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 62(8), 903–910.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Brinegar, M. G., Salvi, L. M., & Stiles, W. B. (2008). The case of Lisa and the assimilation model: The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research*, 18(6), 657-666.

Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of counseling psychology*, 53(2), 165-180.

Caro Gabalda, I. (2005). A micro-analysis of the assimilation process in the Linguistic Therapy of Evaluation. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 113–148.

Caro Gabalda, I. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16(4), 436-452.

Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research*, 23(1), 35-53.

Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2018). Assimilation setbacks as switching strands: A theoretical and methodological conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48. Online first: doi.org/10.1007/s10879-018-9385-z (noudettu 31.3.2018).

Detert, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16(4), 393-407.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Henry, H. M., Stiles, W. B., & Biran, M. W. (2005). Loss and mourning in immigration: Using the assimilation model to assess continuing bonds with native culture. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 109–119.

Honos-Webb, L., Lani, J., & Stiles, W. B. (1999). Discovering markers of assimilation states: The fear-of-losing-control marker. *Journal of clinical psychology*, 55(12), 1441-1452.

Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). A reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23-33.

Honos-Webb, L., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counseling Psychology*, 50(2), 189- 198.

Honos-Webb, L., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., & Goldman, R. (1998). An assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8(3), 264-286.

Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychotherapy*, 46(4), 448-460.

Humphreys, C. L., Rubin, J. S., Knudson, R. M., & Stiles, W. B. (2005). The assimilation of anger in a case of dissociative identity disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 121–132.

Joukamaa, M. (2017). Somaattisin oirein ilmenevät häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Marttinen, M. Henriksson, & T. Patronen (toim.), *Psykiatria*, 12. painos (s. 385-402). Helsinki: Duodecim.

Joukamaa, M., & Mattila, A. (2017). Psykosomatiikka ja konsultaatiopsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Marttinen, M. Henriksson, & T. Patronen (toim.), *Psykiatria*, 12. painos (s. 606-618).

Karlsson, H., & Koponen, S. (1995). Somatisointi kliinisenä ongelmana. *Duodecim*, 111(18), 1791-1797.

Knobloch, L. M., Enders, L. M., Stiles, W. B., & Silberschatz, G. (2001). Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: An assimilation analysis. *Psychotherapy*, 38(1), 31-39.

Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H., Van Broeckhuysen-Kloth, S. A., Bühring, M. E., & Geenen, R. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 12-19.

Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 881-888.

Laitila, A. & Aaltonen, J. (1998). Application of the assimilation model in the context of family therapy: A case study. *Contemporary Family Therapy*, 20(3), 277-290.

Leiman M. (2004). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim*, 120(22), 2645-2653.

Leiman, M. (2012). Psykoterapioiden yhteinen perusprosessi. Teoksessa P. L. Lahti-Nuutila, & S. Eronen (toim.), *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita* (s.71-90). Helsinki: Edita.

Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy research*, 11(3), 311-330.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, *145*(11), 1358-1368.

McDougall, J. (2000). *Ruumiin näyttämöt: Psykoanalyttinen näkökulma psykosomaattiseen sairastamiseen*. Pieksämäki: Therapie-säätiö.

McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.

Osatuke, K., Humpreys, C. L., Glick, M. L., Graff-Reed, R. L., McKenzie Mack, L. T., & Stiles, W. B. (2005). Vocal Manifestations of internal multiplicity: Mary's voices. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *78*, 21–44.

Osatuke, K., Mosher, J. K., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(2), 153-164.

Osatuke, K., & Stiles, W. B. (2006). Problematic internal voices on clients with borderline features: An elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*(4), 287-319.

Osatuke, K., & Stiles, W. B. (2011). Numbers in assimilation research. *Theory and Psychology*, *21*(2), 200-219.

Penttinen, H., Wahlström, J., & Hartikainen, K. (2017). Assimilation, reflexivity, and therapist responsiveness in group psychotherapy for social phobia: A case study. *Psychotherapy Research*, *27*(6), 710-723.

Penttinen, H., & Wahlström, J. (2013). Progress in assimilation of problematic experience in group therapy for social phobia: A subgroup analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*(2), 123-132.

Reid, M., & Osatuke, K. (2006). Acknowledging problematic voices: Processes occurring at early stages of conflict assimilation in patients with functional somatic disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *79*, 539–555.

Rudkin, A., Llewelyn, S., Hardy, G., Stiles, W. B., & Barkham, M. (2007). Therapist and client processes affecting assimilation and outcome in brief psychotherapy, *Psychotherapy Research, 17*(5), 613-621.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolo, G., & Procacci, M. (2007). Understanding minds: Different functions or different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 17*, 106-119.

Stiles, W. B. (2005). Extending the assimilation of problematic experiences scale: Commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly, 18*(2), 85-93.

Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research, 21*(4), 367-384.

Stiles, W. B., & Angus, L. (2001). Qualitative research on client's assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychologische Beiträge, 43*(3), 112-127.

Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*(3), 411-430.

Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. A. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy, 28*(2), 195-206.

Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wahlström, J. (2012). Psykoterapian tulos ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa P. L. Lahti-Nuutila, & S. Eronen (toim.), *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita* (s. 35-70). Helsinki: Edita.

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