

1429

**PSYKIATRISET HOITOSUHDEKESKUSTELUT JA  
PERUSTASON PSYKOTERAPIAOPETUS**

Erikoispsykologikoulutuksen liseniaattityö

Jarmo Kontunen

Ohjaaja: Jukka Aaltonen

Jyväskylän yliopisto

Psykologian laitos

25.11.1997

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO**  
Psykologian laitos  
PL 35  
40351 Jyväskylä

## **TIIVISTELMÄ**

**Jarmo Kontunen**

### **PSYKIATRISET HOITOSUHDEKESKUSTELUT JA PERUSTASON PSYKOTERAPIAOPETUS**

Valtaosa julkisen terveydenhuollon psykiatrisesta hoitosuhdetyöskentelystä on tällä hetkellä sellaisten työntekijöiden vastuulla, joilla ei ole psykoterapiakoulutusta. Toteutimme Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä (n. 110 000 asukasta) eri psykoterapiamuotojen opetusprojektin vuosina 1992 - 1997. Liitimme opetusprojektiin tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli kuvata hoitajien vuorovaikutustyötä perustason psykodynaamisen psykoterapian opetuksen (80 tuntia teoriaa ja 40 tuntia työnohjausta) alussa ja sen jälkeen. Hoitotapahtuman eri puolia kuvaavaan strukturoituun haastatteluun osallistui 26 hoitajaa. Heidän vastauksiaan tarkasteltiin sekä kvalitatiivisesti että kvantitatiivisesti. Tekstin sisältöanalyysissä käytettiin Atlas/ti ATK-ohjelmaa, jonka pohjalta voitiin muodostaa myös SPSS-ohjelman tilastolliseen käsittelyyn soveltuva havaintomatriisi. Haastatteluaineistosta nousi neljä perusorientaatiota: 1) konkreettisuuden ja vierauden, 2) hoidon ja hoivan, 3) kuntoutuksen sekä 4) vuorovaikutuksen orientaatiot. Hoitajien kuvaukset omista hoitokeskusteluistaan potilaiden kanssa olivat hoito- ja hoiva- sekä kuntoutusorientaation osalta lähes samanlaisia opetuksen alussa ja lopussa. Kuvaukset olivat erilaisia konkreettisuus- ja vieraus- sekä vuorovaikutusorientaatioissa: Etäinen kuuntelu, joka alussa nousi hoitajan toivottomuudesta ja avuttomuudesta, oli vähentynyt opetuksen jälkeen. Hoitosuhteen vuorovaikutuskuvaukset olivat lisääntyneet opetuksen jälkeen siten, että eläytyvä samaistuminen potilaan tilanteeseen oli tullut mahdollisemmaksi ja potilaan auttaminen nähtiin ennen kaikkea vuorovaikutukseen perustuvana prosessina. Tulokset viittaavat siihen, että opetuksen päävaikutus on reflektiivisen ajattelun lisääntyminen. Sillä voi olla ratkaiseva merkitys yhteistyösuhteen ja toivon ylläpitämisessä erityisesti vaikeitten psykiatristen häiriöiden hoidossa.

Avainsanat: Psykiatriset hoitosuhdekeskustelut, psykoterapiaopetus, psykoterapeuttiset taidot, psykodynaaminen psykoterapia, reflektiivinen ajattelu

## **ABSTRACT**

**Jarmo Kontunen**

### **PSYCHIATRIC DISCUSSIONS IN NURSE - PATIENT RELATIONSHIP AND THE BASIC-LEVEL EDUCATION IN PSYCHOTHERAPY**

The psychotherapeutic treatment in the public sector of medical care is mainly given by the nurses. So far the nurses have had inadequate possibilities to receive education in psychotherapy. We have carried out an educational project on the different forms of psychotherapy in Etelä-Savo Medical catchment (ca 110 000 inhabitants) during 1992-1997. We have connected to the education project a research study with the purpose of describing the interactional work of the nurses at the beginning of the basic-level psychodynamic psychotherapeutic education (80 hours of theory and 40 hours of supervision / two years) and after the education. 26 nurses participated in a structured interview which described the different aspects of the psychotherapeutic process. Their responses were examined both qualitatively and quantitatively. Atlas/ti software was used in the text interpretation. It was also possible to create statistical matrix which was analyzed by SPSS. Content analysis of the interview material brought out four basic orientations, which were 1) concreteness & alienness, 2) care & holding, 3) rehabilitation and 4) interaction. The nurses' descriptions of their own therapeutic discussions with the patients were in care & holding and rehabilitational orientation almost similar at the beginning and after the education. Descriptions differed in concreteness & alienness and interactional orientation: Distant listening, which became at the beginning of the nurse's hopelessness and helplessness, had diminished after the given education. Descriptions of interactions in the nurse-patient relationship had increased after the education e.g. so that empathic identification with the patient's situation had become more possible and the interactive meaning in assisting had become more obvious. This contributes to the increase of reflective thinking. The fact that the nurse pays attention to the interactional factors in the patient-nurse relationship and thinks more reflectively can have a decisive importance in the maintenance of cooperative relationship and gives hope in the treatment of severe psychiatric disorders.

**Key words:** Psychiatric discussions, psychotherapy education, psychotherapeutic skills psychodynamic psychotherapy, reflective thinking

Appendix 2: The Abstract and the Poster of this study was awarded the third prize (200 £) in London 12th - 16th October 1997 at the 12th international symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia

## JOHDANTO

Psykoterapian tarvetta suomalaisessa terveydenhuollossa on pohdittu järjestelmällisesti vuodesta 1977 lähtien (Lääkintöhallitus, 1979). Psykoterapiapalveluja koskevissa esityksissä (Mielenterveystyön komitean mietintö, 1984; Lääkintöhallitus, 1984, 1988; Pyllkkänen, Pöllänen & Upanne, 1995) on tuotu toistuvasti esille koulutuksen riittävän laajuuden, porrasteisuuden ja alueellisen laajentamisen tarve. Väestöstä noin 2 %:n on arvioitu tarvitsevan ensisijaisena hoitomuotona psykoterapiaa (Opetusministeriö, 1989). Keskusteluhoidon tarvetta aikuisväestössä ilmaisi Mini-Suomi-tutkimuksessa noin 3 % (Lehtinen, Joukamaa, Jyrkinen, Lahtela, Raitasalo, Maatela & Aromaa, 1991). Tarpeesta on kuitenkin arvioitu tyydytetyn varsinaisella psykoterapialla vasta murto-osa (Kontunen, Koponen & Ruuhonen, 1993).

Psykoterapian asiantuntijaryhmän määritelmän mukaisesti (Lääkintöhallitus, 1984) psykoterapia on psykologisen vuorovaikutusprosessin kautta tapahtuvaa, tietoista, ammatillista toimintaa, jossa riittävän psykoterapiakoulutuksen saanut työntekijä pyrkii poistamaan tai lievittämään hoidettavansa psyykkisiä häiriöitä tai ihmissuhdeongelmia menetelmin, jotka perustuvat riittävästi tutkittuihin psykologisiin teorioihin. Suomessa psykoterapeuttinimikettä voivat käyttää terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/94 2 §:n ja 7 §:n) ja asetuksen (564/94 1 §:n ja 2 §:n) mukaan vaativan erityistason (4-6 vuotta) ja erityistason (3 vuotta) psykoterapiakoulutuksen saaneet.

Skitsofreniaa ja muita vaikeita mielenterveyshäiriöitä hoidetaan pääasiassa terveydenhuollon julkisella sektorilla, jossa työntekijöillä ei yleensä ole varsinaista psykoterapiakoulutusta. Hoitajien mahdollisuudet hankkia erityistason psykoterapiakoulutusta ovat olleet hyvin rajalliset. He tarvitsevat kuitenkin työssään psykoterapeuttisia vuorovaikutustaitoja, joita he voisivat kehittää erityistason koulutusta suppeammassa opetuksessa. Perustason psykoterapeuttisten taitojen koulutukselle ei ole määritelty kriteerejä, vaikka Suomessa psykoterapian asiantuntijaryhmä on huomioinut sen psykoterapeuttisten valmiuksien opetuksen nimellä (Opetusministeriö, 1989). Perustasolla tapahtuvasta hoitosuhdetyöstä ja sen kehittämisestä on psykoterapioiden kannalta hyvin vähän empiiristä tietoa.

Empiirisen tutkimuksen ja psykoterapiakäytännön välillä on ollut kuilu. Psykoterapia on kehittynyt, kuten monet muutkin hoitomuodot kliinisen kokemuksen kautta, mi-

hin empiirinen tutkimus on vaikuttanut toistaiseksi hyvin vähän. Tämä tieteen ja käytännön jakaantuminen erilleen on havaittu lähes kaikessa muussakin hoidollisessa toiminnassa, eikä psykoterapia tee poikkeusta. Käytännön työntekijät ovat kuitenkin kiinnostuneempia empiirisistä tutkimuksista kuin tutkijat ovat olettaneet (Beutler, Williams, Wakefield & Entwistle, 1995).

Psykoterapian vaikuttavuudesta hoitomuotona on selvää empiiristä näyttöä sekä yksilön hyvinvoinnin (Bergin & Garfield, 1994; Beutler & Grago, 1991) että taloudellisen resurssoinnin (Gabbard, Lazar, Hornberger & Spiegel, 1997) kannalta. Ongelmat psykoterapian vaikuttavuuden arvioinnissa eivät enää ole yleisellä tasolla, vaan spesifeissä kysymyksissä, millainen psykoterapia auttaa parhaiten tietyissä häiriöissä ja sairauksissa. Tässä kysymyksenasettelussa on kaivattu vastauksia erityisesti pitkien, useimmiten psykodynaamisten psykoterapioiden ja erilaisten lyhyempien psykoterapioiden kustannus-hyötysuhteista (Olfson & Pincus, 1994). Toistaiseksi psykoterapian tuloksellisuustutkimukset ovat kuitenkin rajoittuneet lähes kokonaan lyhytkestoiisiin psykoterapioihin (Lindfors, Hannula, Aalberg, Kaarento, Kaipainen & Pylkkänen, 1995). Tähän puuttuvaan tietoon pyritään vastaamaan Suomessa käynnistyneessä psykoterapiaprojektissa vertaamalla prospektiivisesti pitkien psykoterapioiden tuloksellisuutta lyhytterapioihin (Hannula, 1997).

Puuttuvista pitkien psykoterapioiden prospektiivisistä tutkimuksista johtuen psykodynaamisen psykoterapian asema on ollut viime vuosina kiistanalainen. Tämä näkyy erityisesti skitsofrenian hoidossa. Esimerkiksi Mueser ja Bellak (1995) korostavat lyhyistä hoidoista tehtyjä kontrolloituja tutkimuksia, joiden perusteella he painottavat skitsofrenian hoidossa psykoedukatiivista perheterapiaa ja sosiaalisten taitojen opettamista. Psykodynaamisen psykoterapian käyttö rajoittuu yhdysvaltalaisessa skitsofrenian konsensuslausumassa stabiiliin jälkivaiheeseen, vaikkakin tukeva, ymmärtämiseen pyrkivä vuorovaikutussuhde katsotaan kuuluvaksi myös sairauden akuuttiin vaiheeseen (American Psychiatric Association, 1997). Skitsofrenian hoito on myös ollut hyvin lääkehoitopainotteista, jopa niin, että lääkkeetöntä hoitoa on Yhdysvalloissa pidetty hoitovirheenä. Viimeaikaiset kannanotot ja suositukset lääkkeettömien jaksojen ja kokeilujen käytöstä skitsofreniatutkimuksissa viittaavat kuitenkin ajattelun muutokseen (Carpenter, Schooler & Kane, 1997; Wyatt, 1997; Carpenter, 1997).

Suomalaisessa skitsofrenian tutkimuksessa on painotettu selvästi Yhdysvaltoja enemmän psykodynaamista psykoterapiaa, jota on integroitu perhekeskeiseen lähestymistapaan (Alanen, 1997; Alanen, Anttinen, Kokkola, Lehtinen, Ojanen, Pyykkänen & Rökköläinen, 1990). Suomalaisessa ja Yhdysvaltalaisessa painotuksessa on pitkälti kyse kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen eroista. Alasen (1994, 1997) kehittämässä skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon mallissa lähtökohtana ovat olleet tarkkoihin havainnoiteihin perustuvat kvalitatiiviset tutkimukset, joita esimerkiksi Mueser ja Bellak (1995) eivät ole ottaneet huomioon omassa yhteenvedossaan.

Psykodynaamista psykoterapiaa arvioitaessa ei ole myöskään huomioitu sitä, että terapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus voi olla erilaista häiriön tasosta riippuen. Tähkä (1994) on esittänyt psykoterapeuttisen hoidon vaihespesifin mallin, joka lähtee siitä, että terapeutin tehtävä on erilainen psykoottisen, rajatila- ja neuroottisen potilaan hoidossa. Psykoottiselle potilaalle terapeutin on tultava merkittäväksi objektiksi, rajatilapotilaalle toimittava objektina ja neuroottinen potilas taas vapautettava menneisyyden objektista. Tällöin hoidon auttavat tekijät ovat erilaisia esimerkiksi siten, että psykoottisen potilaan hoidossa keskeistä ei ole niinkään oivallus, vaan tyydytyskokemukset. Tyydytys ei kuitenkaan tarkoita konkreettista potilaan tarpeiden tyydyttämistä, joka johtaisi hänen aikuisen puolensa ohittamiseen. Se on ennemminkin potilaan herättämien ja vanhemmuuteen liittyvien vastatunteiden käyttöä hoitosuhteessa. Tähkä (1994) kutsuu näitä vastransferenssireaktioita täydentäviksi tunnereaktioiksi.

Työryhmätyöskentelyn kannalta eräs mielenkiintoinen näkökulma skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon mallissa (Alanen, 1994, 1997) on Aaltosen ja Rökköläisen (1994) esittämä ajatus "hoitoa ohjaavista jaetuista mielikuvista". Ne tarkoittavat eri tasoilla olevien potilaan oireiden, hänen objektisuhteidensa ja hoitohenkilökunnan ajatusten yhdistämistä yhteisesti jaettuun mielikuvaan, joka antaa hoitohenkilökunnalle symbolista tulkintaa käyttökelpoisemman lähtökohdan psykoottisen potilaan hoidossa. Yhteisesti jaettu mielikuva voi olla hyvin konkreettinenkin ja arkipäiväinen ja se tavoittaa jotain oleellista potilaan kokemusmaailmasta. Mielikuva syntyy yhteisesti toteutetussa keskusteluprosessissa kuten esimerkiksi hoitokokouksessa.

Aaltosen ja Rökköläisen (1994) yhteisen mielikuvan syntymisprosessi voidaan nähdä yhtenä tarkemmin määriteltynä reflektiivisen toiminnan muotona hoitoyhteisössä.

Reflektiivinen toiminta on oleellinen osa kaikkea psykoterapeuttista toimintaa. Se tarkoittaa terapeutin ja potilaan sisäistä ajatteluprosessia. Potilas kiinnittää huomion omiin ajatuksiinsa, kokemuksiinsa ja tunteisiinsa, jotka hän pyrkii pukemaan johonkin symboliseen muotoon, joka useimmiten on kielellinen ilmaus. Terapeutin tehtävänä on ottaa osaa tähän potilaan prosessiin ja auttaa häntä löytämään välineitä itseymmärryksen lisäämiseen (Leiman 1994). Reflektiivisen ajattelun kehittyminen on myös osa vuorovaikutustyötä tekevien terapeuttien ja hoitajien ammatillista kasvua (Skovholt & Rønnestad 1992; Rønnestad & Skovholt 1993).

Neufeldt, Karno ja Nelson (1996) ovat tehneet perustavan empiirisen työn määrittelykseen tarkasti työnohjauksen reflektiivisyyden sisällön. He haastattelivat viittä reflektiivisyyttä tutkinutta asiantuntijaa (Schön, Skovholt, Rønnestad, Copeland ja Holloway) ja analysoivat vastaukset kvalitatiivisin menetelmin (grounded theory). Tuloksena oli reflektiivisyyden vaiheittainen kuvaus: Lähtökohtana reflektiiviselle toiminnalle on ongelma, joka saa ymmälle tai epävarmaksi, kuinka edetä. Sen jälkeen työntekijän persoonallisuus, kognitiivinen kapasiteetti ja työyhteisön kulttuuriympäristö määrittelevät, kuinka pitkälle reflektiivinen toiminta voi edetä. Itse reflektiivinen prosessi sisältää huomion kiinnittämisen sekä omaan toimintaan, tunteisiin ja ajatuksiin että terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutukseen. Se on myös asettumista sellaiseen asemaan, jossa mitä tahansa toimintaa voi tutkia sen tarkoituksista käsin aktiivisesti kyselemällä, avoimesti ja kyeten sietämään haavoittuvuutta. Työnohjaaja tai terapeutti käyttää ymmärtämisen välineinä teoriaa, omaa henkilökohtaista ja ammatillista kokemustaan sekä tietoa siitä, mitkä ovat omat vastareaktiot istunnon aikana. Potilaille ja työnohjattavalle prosessi merkitsee perinpohjaista paneutumista asiaan. Koko reflektiivisyyden prosessi on paljon enemmän kuin oivallus tai uusi ajatus - se johtaa laajempialaisiin muutoksiin havaitsemisessa, toiminnassa ja kyvyssä antaa merkityksiä kokemuksille.

Reflektiivistä toimintaa sinänsä on käsitelty hyvin niukasti empiirisissä psykoterapiatutkimuksissa. Rennie (1992) on käyttänyt reflektion käsitettä kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiivistämällä potilaiden kokemukset terapiatunneista refleksiivisyyden ydinkategoriaan. Vaikka muissa empiirisissä tutkimuksissa ei ole käytetty reflektion käsitettä, voidaan monista empiirisistä tutkimuksista löytää viitteitä siihen. Esimerkiksi Najavits ja Strupp (1994) havaitsivat parempia tuloksia saavien psykodynaamisesti työskentele-

vien terapeuttien olleen sekä lämpimämpiä ja ymmärtävämpiä että arvioineensa tehneen enemmän virheitä. Tulos viittaa itsekriittisyyden rakentavaan merkitykseen.

Sillä, mitä terapeutti ajattelee mielessään on vaikutusta hoidon tulokseen. Tähän seikkaan on kiinnitetty huomiota empiirisesti kognitiivisissa terapioissa, joissa on katsottu omien tulkintojemme tapahtumista vaikuttavan suoraan käyttäytymiseemme (esim. Mahoney 1993). Nutt-Williams ja Hill (1996) testasivat tätä oletusta tutkimalla aloittelevien terapeuttien sisäistä puhetta. He havaitsivat, että kun koulutettavat terapeutit ajattelivat istunnossa kielteisesti itsestään, he tunsivat avuttomuutta ja havaitsivat myös potilaidensa reaktiot kielteisempinä. Heidän johtopäätöksensä oli, että terapeuttien on tärkeää olla tietoisia ja hallita havaintoihinsa liittyvää sisäistä puhetta.

Vaikka psykoterapian vaikuttavuudesta ja vuorovaikutusprosessista yleisesti on selvää empiiristä näyttöä, terapeutin koulutuksen vaikutusta hoidon tuloksiin on ollut hyvin vaikeaa osoittaa. Vastoin kliinistä kokemusta ensimmäisissä kokeellisissa tutkimuksissa ei näkynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terapeutin koulutuksen ja hoidon tuloksen välillä (Berman & Norton, 1985; Strupp & Hadley, 1979). Koulutusta tärkeämmiksi hoidon tulokseen vaikuttaviksi tekijöiksi ovat osoittautuneet yhä uudelleen niin sanotut yleiset terapeutit tekijät. Rogers esitti jo vuonna 1957 kuusi riittävää ja välttämätöntä ehtoa terapeuttille muutokselle, joista terapeutin ominaisuuksina nousivat esille ilman ehtoja oleva myönteinen asenne potilaaseen, empaattinen aito potilaan ymmärtäminen ja sen välittäminen potilaalle.

Uusimmassa koulutuksen vaikutuksia selvittävässä meta-analyysissä Stein ja Lambert (1995) päätyvät kuitenkin siihen, että parempi psykoterapiakoulutustaso on lievästi, mutta selvästi ja johdonmukaisesti yhteydessä hoidon tuloksellisuuteen. Erityisesti enemmän ja vähemmän koulutettujen terapeuttien ero tulee esille potilaiden tyytyväisyydessä ja potilaan psykologisissa muutosmittauksissa. Myös ulkopuolisten arvioitsijoiden käyttö on osoittanut eron enemmän koulutettujen terapeuttien hyväksi. - Lisäksi vähemmän koulutetuilla terapeuteilla on selvästi enemmän hoidon keskeytyksiä kuin enemmän koulutetuilla. Tämä tulos viittaa myös siihen, etteivät alle 10 - 15 kerran hoitajaksot, joita kokeellisissa tutkimuksissa on usein käytetty ole välttämättä adekvaatteja koulutuksen vaikuttavuuden osoittamiseksi. Ongelmana on myös ollut erilaisten terapioiden ja eri laatuisten koulutusten niputtaminen yhteen vain ajallisin perustein



(Beutler & Kendall, 1995).

Koulutuksen vaikuttavuustutkimuksia ovat osaltaan parantaneet manuaalipohjaiset dynaamiset lyhytterapiat, jotka ovat lisääntyneet voimakkaasti empiirisen tutkimuksen kohteina viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tarkemmin määritellyt ohjeistot terapialle lisäävät todennäköisyyttä, että terapeutit toimivat samoilla tavoilla (Binder & Strupp, 1993). Nämä tutkimukset ovat myös osoittaneet sen, miten koulutus- ja työnohjausprosessi on yhtä moniulotteista kuin terapiaprosessikin. Manuaaleihin pohjaavan koulutuksen vaikutuksesta on todettu, että se muuttaa kyllä terapeutin teknistä toimintaa ohjeiston suuntaisesti, mutta se voi johtaa myös odottamattomiin muutoksiin terapeutin suhteessa omaan toimintaansa ja potilaaseen: Henry, Strupp, Butler, Schacht ja Binder (1993) havaitsivat koulutuksen jälkeen terapeuttien tulleen kyllä älyllisesti herkemmiiksi ajankohtaisen vuorovaikutuksen merkitykselle, mutta samalla sellaiset vuorovaikutuksen puolet kuin hyväksyntä, tuki ja optimismi vähenivät ja autoritaarisuus ja defensiivisyys lisääntyivät.

Henryn ja kumppaneiden (1993) tulokset ovat yhdenmukaisia aiemmissä tutkimuksissa pääteltyihin koulutuksen prosessikuvauksiin: Binderin (1993) mukaan aloittelevat terapeutit käyvät koulutuksessa disorganisoitumisjakson, jota luonnehtii stereotyyppinen käyttäytyminen, jäykkä opettajan imitointi ja vähentynyt sensitiivisyys potilaan vuorovaikutustarpeille. Skovholt ja Rønnestad (1992) ovat tutkineet laadullisin menetelmin terapeuttien ja konsulttien kehitystä ja todenneet, että mallioppiminen ja imitaatio ovat alkuvaiheessa hyvin keskeisiä oppimistapoja. Rønnestad ja Skovholt (1993) ovat myös kiinnittäneet huomiota ahdistuksen merkitykseen terapeutin kehityksessä. Koulutuksen aikana ja sen jälkeen on siten jopa mahdollista, että hoidon tulokset heikkenevät tilapäisesti. Koulutuksessakin on ensiarvoisen tärkeää kiinnittää huomiota kouluttajan ja koulutettavien väliseen vuorovaikutukseen. Steinin ja Lambertin (1995) mukaan kouluttajan merkitys voi olla jopa tärkeämpi kuin ohjeiston tai tekniikan.

Tutkimukset viittaavat siihen, että terapeutin yhteistyösuhde, joka lähtee empaattisesta kuuntelemisesta, on ratkaisevin tekijä hoidon onnistumisessa (esim. Strupp 1996). Tällöin koulutuksessa tulisi painottaa perusvuorovaikutustaitoja sekä opiskelijoiden valinnassa, koulutustapahtumissa että työnohjauksissa (Binder, Strupp, Bongar, Lee, Messer & Peake 1993). Tämä johtopäätös pätee myös skitsofrenian hoidossa:

Frank ja Gunderson (1990) havaitsivat 143 ei-kroonistuneen potilaan ja 81 terapeutin hoitosuhteen muodostumisen hyvin vaativaksi tehtäväksi, joka onnistuessaan ensimmäisen puolen vuoden aikana oli yhteydessä vähäisempiin hoidon keskeytyksiin, lääkityksen säännöllisempään mutta samalla vähempään käyttöön ja parempiin hoidon tuloksiin.

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää hoitajien tapaa työskennellä hoitosuhteissaan ennen perustason psykodynaamista psykoterapiaopetusta ja sen jälkeen. Kysymys on koulutusprosessitutkimuksesta, jota esimerkiksi Vanderbilt II projektin tutkijat (Henry ym. 1993) pitivät yhtä tärkeänä kuin itse terapiaprosessin tutkimusta. Tutkimus käsitteli hoitajan hoitosuhteesta ilmaisemia ajatuksia, tunteita ja havaintoja erityisesti vaikeasti häiriytyneiden potilaiden hoidossa. Se on lähellä sitä tutkimusperinnettä, joka käsittelee toisaalta terapeutin käyttäytymistä hoitotilanteessa ja toisaalta terapiataitojen koulutusta ja vaikutusta terapeutin taitotasoon (vrt. Stein & Lambert, 1995).

Tutkimus pyrki 1) kuvaamaan perustason hoitotyötä tekevien orientaatioita psykoterapeuttisessa hoitosuhteessa ja 2) tutkimaan muuttuvatko perusorientaatiot psykodynaamisen psykoterapian perustaitojen opetuksen jälkeen.

## TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus on osa psykoterapeuttisten perustaitojen opetusprojektin seuranta Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. Opetusprojekti toteutettiin vuosina 1992 - 1997. Siihen osallistui opiskelijoina 85 hoitajaa 12 seminaariryhmässä. Neljässä ryhmässä opiskeltavien perustaitojen suuntaus oli psykodynaaminen psykoterapia, kolmessa ryhmässä perheterapia, kahdessa ryhmässä oppimisterapia sekä yhdessä ryhmässä dynaaminen ryhmäpsykoterapia, musiikkiterapia ja kuvataideterapia. Seminaariryhmien ohjaajina toimi 14 sairaanhoitopiirin työntekijää, jotka olivat saaneet koulutuksen kunkin opetettavaan terapiasuuntaukseen organisaation ulkopuolelta. Lisäksi koulutuksissa käytettiin 10 ulkopuolista luennoitsijaa.

### Osallistujat

Tutkimusjoukon muodosti 26 Etelä-Savon sairaanhoitopiirin hoitajaa, jotka aloittivat kaksivuotisen opiskelun neljässä psykodynaamisen psykoterapian seminaariryhmässä syksyllä 1993 ja päättivät sen keväällä 1995. Heistä naisia oli 21 ja miehiä 5. Erikois-sairaanhoitajan tai psykiatrisen hoitajan tutkinnon suorittaneita oli 20 ja mielenterveyshoitajiksi valmistuneita 6. Psykiatrisessa sairaalassa heistä työskenteli 17 ja psykiatrisessa avohoidossa 9 hoitajaa. Työkokemusta psykiatriasta heillä oli keskimäärin 13 vuotta. Yli puolella hoitajista ei ollut lainkaan tai oli ollut vain muutamia jatkokoulutuskursseja työssäoloaikanaan. Opiskelun aikana yhden hoitajan toimipiste vaihtui psykogeriatriselta osastolta pitkäaikaispotilaiden kuntoutuskotiin ja kahden hoitajan toimipiste toiselle osastolle sairaalan sisällä, joten muutokset hoitajien työympäristöissä olivat vähäiset alku- ja loppuhaastattelun välillä.

## **Opetus**

Psykodynaamiselta pohjalta lähtevien opetusryhmien opetuksen suunnittelusta vastasi psykiatrian erikoislääkäri, psykoanalyttikko Ritva Levä. Ryhmien ohjaajina toimivat hänen lisäksi psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti Auvo Mahlanen, psykologi Maija Alho ja erikoissairaanhoitajat Pirjo Hartonen, Laura Jämsä ja Sirpa Romo, joilla kaikilla oli suoritettuna Therapiea-säätiön psykoanalyttikkojen antama kolmivuotinen psykoterapiaopetus ja työnohjaus.

Kahdessa ryhmässä opiskelu painottui pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian perusteisiin ja kahdessa ryhmässä psykodynaamisen lyhyt- ja kriisiterapian perusteisiin. Opiskeluun sisältyi teoriaopintoja keskimäärin 80 tuntia joka toinen viikko koontuvissa seminaariryhmissä kahden vuoden aikana. Lisäksi opiskelijoilta edellytettiin kirjallisuuden itseopiskelua ja 40 tuntia psykoterapeuttisen työn työnohjausta sairaanhoitopiirin työnohjausluettelon hyväksytyltä työnohjaajakoulutuksen tai erityistason psykoterapiakoulutuksen käyneeltä henkilöltä. Opiskelijat hakivat koulutukseen ja heidät valittiin siihen opettajien suorittamien haastattelujen jälkeen. Yhtään hakijaa ei karsittu haastattelujen perusteella.

## **Tutkimushaastattelut ja tutkijan tausta**

Tutkimushaastattelut tapahtuivat opetuksen ulkopuolella. Haastattelin opiskelijoita ensimmäisen lukukauden aikana ja puoli vuotta opiskelun päättymisen jälkeen. Koko haastattelu kesti yhden hoitajan osalta noin 1 ½ tuntia ja siitä nauhoitettiin noin ½ tunnin osuus, jota käytin tässä tutkimuksessa. Toisella haastattelukerralla monet hoitajista mieltivät, etteivät muistaneet ensimmäisellä kerralla tehtyjä kysymyksiä, eivätkä siten olleet valmistautuneet ensimmäistä kertaa erityisemmin toiseen haastatteluun. Tutkijana en osallistunut opiskelijoiden opettamiseen.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, ettei tutkija katso vain ulkopuolelta havainnoitavaa todellisuutta, vaan että hän voi ymmärtää tutkimuskohdetta myös sisältäpäin.

Sisältöpäin ymmärtäminen ei kuitenkaan merkitse objektiivisuusvaatimuksesta luopumista. Sekä psykoterapiaan kohdistuvassa tutkimuksessa että psykoterapeuttisessa tilanteessa objektiivisuuden säilyttäminen merkitsee sitä, että tutkittava todellisuus ja tutkittavan ihmisen minuus on jotain muuta kuin tutkijan todellisuus ja minuus (Lehtonen 1994). Tässä tutkimuksessa tutkittavan todellisuuden ymmärtämisen ja erottamisen lähtökohtana oli toimintani sekä sairaalapsykologina että psykoterapeuttina psykiatrisessa avohoidossa ja minulla on erityistason psykodynaamisen psykoterapian koulutus sekä yksilö- että ryhmäpsykoterapiassa.

Koska tutkimuksessa oli kyse alku- ja loppuhaastattelun vertailusta, varmistin tekstiaineiston sisällön analyysin toisella psykologiarvioitsijalla, joka toimi psykiatrisessa avohoidossa ja jolla ei ollut erityistason psykoterapiakoulutusta. Hän tunsikin käytetyn koodausmenetelmän, muttei haastattelujen sisältöä ja esimerkiksi sitä, koskiko koodattava tekstiosio alku- vai loppuhaastattelua.

## **Tutkimusmenetelmät**

Tutkimusmenetelminä käytin lomakekyselyä taustatietojen hankintaan ja strukturoitua haastattelua hoitosuhdetyöskentelyn kuvaukseen. Hoitajien tapaa havainnoida omaa hoitosuhdetyötään tutkin siten, että hoitajat valmistautuivat haastatteluun keskittymällä yhteen meneillään olevaan tai viimeksi loppuneeseen hoitosuhteeseen. Haastattelussa tein yksitoista kysymystä heidän tavastaan kuunnella ja havainnoida potilasta ja vuorovaikutusta kyseisessä hoitosuhteessa. Kysymykset oli johdettu psykoanalyttisen työskentelyn peruskäsitteistä, kuten terapeuttisesta yhteistyösuhteesta, transferenssista, vastatransferenssista ja vastarinnasta (esim. Sandler, Dare & Holder 1988). Muotoilin kysymykset arkikielelle niin, etteivät ne edellyttäneet tietoa psykodynaamisesta tai muustakaan psykologisesta teoriasta. Kysymyksissä ei esiintynyt esimerkiksi sanoja transferenssi, katarssi tai vastarinta. Haastattelukysymykset olivat täsmälleen samanlaiset sekä alku- että loppuhaastattelussa (liite 1).

Näillä kysymyksillä oli mahdollista tavoittaa sitä sisäistä keskustelua, jonka merkitystä käyttäytymistä ohjaavana tekijänä on korostettu erityisesti kognitiivisessa

psykoterapiassa (Mahoney 1993) ja jota esimerkiksi Nutt-Williams ja Hill (1996) ovat tutkineet hoitotilanteesta tehtyjen nauhoitusten avulla. Hoitajan havaintojen tutkimiseen jälkikäteen tapahtuvassa haastattelussa päädyin siitä syystä, että suora havainnointi olisi todennäköisesti muuttanut vuorovaikutusta ja toisaalta taas kysely ei olisi tavoittanut ajatusten ja tunteiden moninaisuutta siinä määrin kuin haastattelu.

## **Haastatteluaineiston analyysi**

Nauhoitettu haastatteluaineisto purettiin tekstimuotoon, jota tuli 150 konekirjoitusluskaa. Lähestyin tekstiä ensimmäisessä vaiheessa ilman ennakkoon luotuja kategorioita. - Tavoitteena oli minimoida esiymmärryksen vaikutusta ja tavoittaa tekstin sisältöä mahdollisimman monipuolisesti siinä merkityksessä kuin esimerkiksi Strauss ja Corbin (1990) ovat esittäneet: Aineistosta ei niinkään testata olemassa olevaa teoriaa, vaan teoria nousee aineistosta. Analyysiprosessi alkaa avoimesta koodauksesta, jossa käytetään mahdollisimman pitkälle haastateltavien omia käsitteitä. Luin aineistoa kysymyskohtaisesti, mistä oli se etu, etten tutkijana tiennyt vastaajaa, eikä useimmissa tapauksissa sekään ohjanut ajattelua, millaista potilasta vastaus koski. Tarkempaa koodianalyysia varten siirsin tekstin Atlas/ti-analyysiohjelmalle (Muhr, 1994). Tämän ohjelman avulla tein sisältöanalyysin, jonka tavoitteena oli kuvata systemaattisesti kommunikaation sisältöä (Eskola 1971). Koodasin ensin avainsanoja, jotka kuvaisivat mahdollisimman hyvin vastausta tai vastauksen osaa. Tällä tavoin teksti tiivistyi toisessa vaiheessa 126 koodiin, jotka viittasivat 760 tekstikohtaan. Ensimmäisen asteen koodit olivat mahdollisimman lähellä perustekstiä esimerkiksi muotoa , "ajatteli omaa väsymistä potilaaseen", "tunsi äidillisiä tunteita" "painotti sopimusten kiinnipitämistä" tai "katsoi kuuntelemisen ja ymmärtämisen auttaneen potilasta"

Seuraavassa vaiheessa tarkastelin 126 ensimmäisen asteen koodia ja etsin niille yhteisiä nimittäjiä varmistamalla niiden luokat koko ajan myös alkuperäisestä tekstistä. Tällä tavoin 126 koodia supistuivat 16:een toisen asteen koodiin. Koodit olivat nyt abstraktisemmalla tasolla esimerkiksi muotoa "vierauden herättämiä vastatunteita", "auttamisen turvallisuuspainotus", "auttaminen selviytymään" ja "vuorovaikutukseen

suuntautunut kuuntelu". Tämän jälkeen etsin vielä yhteisiä nimittäjiä 16 toisen asteen koodille, mikä johti neljään perusolottuvuutta kuvaavaan luokkaan, jotka nimesin hoitosuhdekeskustelujen perusorientaatioiksi. Miles ja Huberman (1994) ovat nimittäneet kuvattua menettelytapaa faktoroinniksi.

Laadullisen faktoroinnin lisäksi laadin vielä vastausten lukumääriin perustuvan havaintomatriisin käyttäen muuttujina toisen asteen koodeja. Tämä mahdollisti perusorientaatioiden vertailun alku- ja loppuhaastattelujen välillä. Käytännössä tämä tekstiaineiston muunto kvantitatiiviseen muotoon oli mahdollista toteuttaa Atlas/ti-ohjelman SPSS-tiedostonmuodostustoiminnolla. Ohjelma tekee tilastollista käsittelyä varten tiedoston, jossa tekstiviitteet ovat havaintoja ja koodit muuttujia, jotka saavat joko arvon 0 tai 1. SPSS-ohjelman keräilytoiminnalla (aggregate) on sen jälkeen mahdollista muuttaa yksittäisiin havaintoihin perustuva aineisto tapauskohtaiseksi. Aineiston tilastollinen analyysi mahdollisti frekvenssien tarkastelun ja erojen tilastollisen testauksen alku- ja loppumittausten välillä parittaisella t-testillä.

## **Rinnakkaisarvioinnit**

Toinen arvioitsija tutustui koodausmenettelyyn ja kriteereihin esimerkkitehtävien avulla noin neljän tunnin ajan. Ensimmäisellä kooditasolla arvioitaviksi kohdiksi valittiin joka neljäs tekstiviite, joten rinnakkaisarvioitsija arvioi 190 760:stä tekstiviitteestä. Jokaisen yhdentoista kysymyksen ensimmäinen tekstiviite arvottiin yhden ja neljän väliltä. Yksimielisyys siitä, oliko valittu tekstiosio keskeisin koko vastauksen kannalta oli 95 %. Ensimmäisen asteen koodien luokista yksimielisyys oli 76 %. Yksimielisyys toisen asteen koodien luokista oli 73 % ja orientaatioiden luokista 94 %.

## **Haastateltujen hoitajien hoitosuhdetyön määrä**

Avohoidossa työskennelleillä hoitajilla oli hoitosuhteissaan samanaikaisesti keskimäärin 31 potilasta, vaihdellen yhdestä potilaasta aina 70 potilaaseen. Noin puolessa hoitosuhteista tapaamistiheys oli kerran viikossa ja puolet hoitosuhteista oli kestänyt yli vuoden. Hoitokeskustelu-aika oli avohoidossa keskimäärin 45 minuuttia. Sairaalaosastoilla hoitajilla oli omahoitajasuhteissaan samanaikaisesti kaksi potilasta. Akuuttiosastoilla potilaan keskimääräinen hoitoaika oli yksi kuukausi ja pitkäaikaisosastoilla yhdestä vuodesta useampaan vuoteen. Sairaalassa hoitajat varasivat potilaille keskusteluaikoja kahdesta kolmeen kertaan viikossa ja käyttivät kerralla aikaa keskimäärin 35 minuuttia. Näistä hoitosuhteista hoitajat valitsivat yhden parhaillaan menossa olevan hoitosuhteen tutkimushaastattelun kohteeksi.

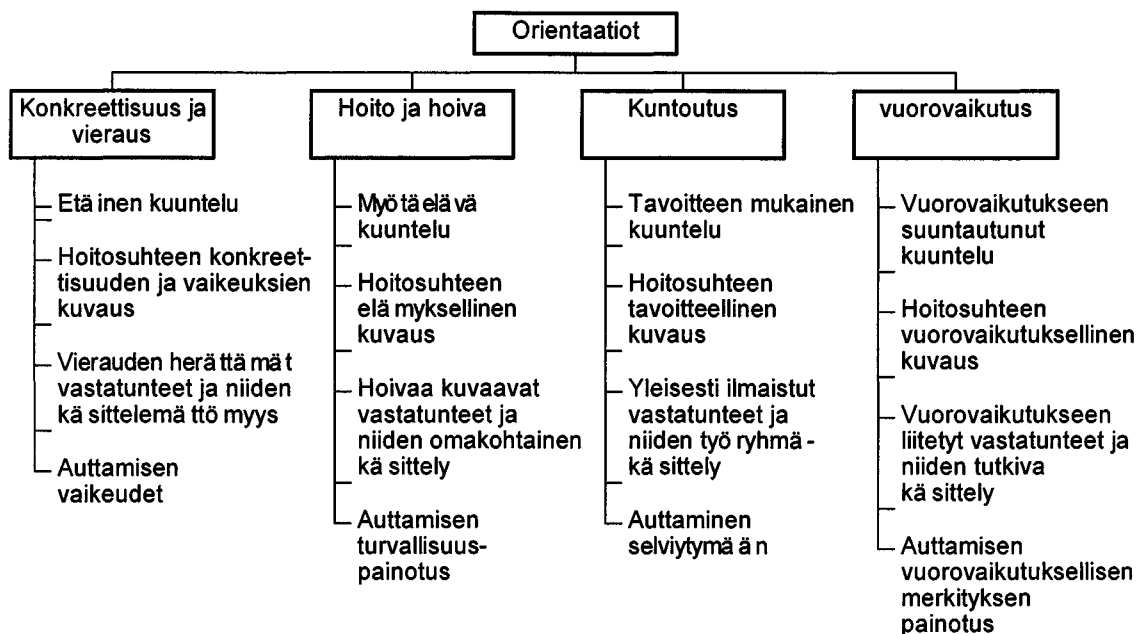
## **Hoitosuhteissa olleet potilaat**

Niistä potilaista, joiden hoitokeskusteluista hoitajat kertoivat tutkimuksessa, oli puolet naisia ja puolet miehiä. Iältään he olivat kahta lukuun ottamatta yli 20-vuotiaita ja alle 60-vuotiaita aikuisia keski-ikä ollessa 35 vuotta. Yli puolet heistä oli naimattomia. Alkuhaastattelussa hoitajan kuvaaman potilaan hoitosuhteessa oli ollut hoitotapaamiskertoja keskimäärin 12 ja loppuhaastattelussa 30 (mediaani). Puolella potilaista ei ollut aikaisempia sairaalahoitoja. Hoitajan kuvaamista potilaan ongelmista vajaa puolet oli arvioitavissa psykoottisiksi ajatushäiriöiksi, 1/3 mielialahäiriöiksi ja 1/5 itsetunto-ongelmiksi tai ihmissuhdeongelmiksi molemmilla haastattelukerroilla, joten tutkimuksen kohteena olleiden hoitokeskustelujen potilasmateriaali ei eronnut toisistaan.



## TULOKSET

Hoitajien kuvaukset itsestään, potilaasta ja hoitosuhteesta jakautuivat neljään hoitosuhdekeskustelujen perusorientaatiota kuvaavaan luokkaan. Nämä orientaatiot ovat hoitajien kuvauksista johdettuja ulottuvuuksia ja painotuseroja, joita yksittäisellä hoitajalla esiintyi enemmän tai vähemmän, muttei kenelläkään puhtaasti vain yhtä orientaatiota. Kuviossa 1 on esitetty orientaatiot ja niitä lähinnä kuvaavat toisen asteen koodit hierarkkisena mallina. Toisen asteen koodit (esimerkiksi etäinen kuuntelu) sisälsivät kolmesta seitsemään ensimmäisen asteen koodia, joita käsitellään tarkemmin seuraavissa kappaleissa. Yhteenlaskettujen ensimmäisen asteen koodien tekstiviitteiden lukumäärä vaihteli toisen asteen koodeissa 22:sta 88:aan. Hoitajien vastaukset on ryhmitelty kuvion orientaatioissa neljään osaan, jotka olivat kuuntelu, hoitosuhteen kuvaus, vastatunteet ja niiden käsittely sekä se, minkä merkityksen hoitaja antoi omalle auttamiselleen.



Kuvio 1. Hoitajien kuvausten perusorientaatiot ja niitä kuvaavat toisen asteen koodit

## Konkreettisuuden ja vierauden orientaatio

Kuunnellessaan potilasta hoitaja tunsi ajoittain toivottomuutta, avuttomuutta tai sääliä, jotka rajoittivat keskusteluyhteyttä. Samaistuminen potilaan elämäntilanteeseen tai tunteisiin oli hoitajalle joskus täysin mahdotonta lähinnä sen kokemuksen pohjalta, että potilas oli niin tyhjä ja ilmaisematon. Konkreettisuuden ja vierauden orientaatio sisälsi myös kuvauksia, jossa hoitajan kuuntelu oli hyvin etäistä väsymisestä tai turhautumisesta johtuen.

P114: vasty07.txt - 114:7 (47:50) Codes: [omaa väsymistä] [x6] <sup>1</sup>

*Kun hän siitä synnytyksestä puhui niin paljon, että en aina jaksanut sitä kuunnella tai että minä ajattelin niin, että voi ei tätä samaa aina. Se tuli minulle ajoittain mieleen, että tätä aina.*

Hoitosuhteen kuvauksissa painottui konkreettinen puoli hoidollisen yhteistyösuhteen jäädessä taka-alalle. Hoitaja koki potilaan pitävän häntä joko yhdentekeväenä kaikkien muiden ihmisten joukossa tai toisaalta ystävänä ja kaverina ilman hoidollista suhdetta. Yhteistyösuhteen kuvauksissa kontaktin vaikeudet tulivat esille esimerkiksi potilaan varauksellisuuden vuoksi. Osaan näistä yhteistyövaikeuksista hoitajat liittivät potilaan olon vastentahtoisessa hoidossa. Jotkut potilaat herättivät hoitajissa myös vahvoja turhautumisen, ärtyneisyyden, vihan tai säälin tunteita, joiden käsittelystä he eivät maininneet tai kertoivat joissakin tapauksissa ilmaisevansa ne suoraan potilaalle.

P146: vasty23.txt - 146:20 (104:110) Codes: [turhaut./ärtyim.] [y11]

*Aika ajoin minä tunnen kauheaa raivoa ja vihaa ja suuttumusta. No sanotaan, että hän jahkaa ja jahkaa, tekeekö hän niin vai eiks hän tee näin ja mitäs hän tekisi ja no pitäisköhän hänen tehdä vai eiks hänen nyt pitäisi niin, siis mulle tulee sellainen että voi helvetti, koeta jo päättää. Ja siis aika ajoin tulee sellainen, että ei jaksa.*

---

<sup>1</sup>Kaikissa lainauksissa on ensimmäisellä rivillä mainittu tiedoston paikka, tiedostonimi, tekstiviitteen paikannustiedot, ensimmäisen asteen koodilyhenne ja vastaajan tunnus.

Hyvin konkreettiselle asteelle jääneitä keskustelujä leimasi usein muuttumattomuuden tunne ja epätietoisuus, miten edetä hoitosuhteessa. Hoitajat kuvasivat usein potilaasta lähteviä yhteistyövaikeuksia kuten potilaan luottamisen ja ilmaisun vaikeuksia tai viittasivat sairauteen, joka estää menemästä keskusteluissa pitemmälle.

P149: vastrin.txt - 149:37 (344:350) Codes: [luottamisen vaikeus] [z31]

*Luottamuspula siinä kyllä oli alkuvaiheessa ja varmasti se ei nyt kokonaan hävinnyt koko aikana, että jotenkin tuli semmoinen tunne myös sitten kun hän niistä äänistä puhui ja yritettiin niin kuin päästä pitemmälle niitten sisältöön ja sävyyn ja tämmöisiin, niin jossain vaiheessa oli semmoinen tunne, että hänestä tuntuu, että jos niistä puhuu, niin tämä hoito ei lopu koskaan, parempi kun ne kieltää.*

## **Hoito- ja hoivaorientaatio**

Hoito- ja hoivaorientaatiossa hoitajan kuuntelu oli hyvin myötäelävää. Hoitaja ajatteli keskustelujen aikana potilaan tunnetilaa, läheisiä ihmissuhteita ja hänen kehitystään lapsuudesta tähän päivään. Hän tunsi huolta ja myötätuntoa potilasta kohtaan. Potilaan taholta hoitaja koki olevansa luotettava vanhempi-hahmo, jonka kuvan pohjalta yhteistyö potilaan kanssa sujui hyvin. Hoitosuhteeseen liittyi joskus myös hyvin voimakkaita äidillisiä tai isällisiä vastatunteita, joita hoitaja mietti itsekseen.

P115: hotunt.txt - 115:26 (218:226) Codes: [myötätuntoa] [z29]

*Ne tunteet oli hyvin semmoisia moninaisia, ehkä se, että hän on niin hauras, hän herätti minussa sellaisen suojelun halun aika pitkälle, sellaisen äidillisen tunteen ja tuli välillä sellainen tunne, että minä haluaisin niin kuin kantaa häntä ja ottaa niin kuin tällä tavalla semmoisen pienen linnunpojan syliin ja lohduttaa jotenkin ja viestittää sen, ne oli hyvin tällaisia, joittenkin ihmisten kohdalla tulee huomattavasti voimakkaammin semmoinen, aggressio on ehkä liian jyrkkä sana tai semmoinen, mutta hänen kohdallaan ne on hyvin tämmöisiä pehmeitä tunteita.*

Hoitajan samaistuminen potilaan tilanteeseen tapahtui hoito- ja hoivaorientaatiossa - siten, että hoitaja vertasi potilaan kokemuksia vastaaviin omiin kokemuksiinsa, joista hän sai ymmärtämystä potilaan tilanteeseen.

P117: hosam.txt - 117:15 (125:134) Codes: [vastaavuuden kautta] [y14]

*Hän puhui tuota siinä lapsestansa ja hänellä oli niin kuin huoli tän lapsen ujoudesta ja tuota et mulla niin kuin silleen oman tytön tilanteesta samaa kokemusta ja tuota, et mä ymmärsin niin kuin hänen hätänsä tai halun auttaa tätä ja tota mull oli niin kuin sillai hyvä tunne ittelläni, et mä pystyin niin kuin hänelle kertomaan sitten ihan kokemuksesta, että tämmöisessä tilanteessa lapsi voi muuttua täysin sitten ja niin kuin pystyin ehkä mielestäni sillä tavalla häntä lohduttamaan ja myöskin sit niin kuin antamaan neuvoa siihen, että miten niin kuin voi rohkaista ja auttaa siinä tilanteessa.*

Keskustelujen merkityksen hoitajat näkivät usein siinä, että potilas saa mahdollisuuden tulla kuulluksi ja purkaa omia huoliaan. Auttavat tekijät olivat luottamus, turvallisuus, hoitajan jaksaminen ja uskominen sekä sellaisen ihmisen läsnäolo, jolle voi puhua.

P152: vasty26.txt - 152:29 (159:163) Codes: [turvallisuutta] [z23]

*Hän on kuitenkin saanut turvallisuutta. Ja helpotusta siitä, että hän tietää että joku hoitaja on erikoisesti häntä varten. Ihan niin kuin hänen asioiden hoitaja niissä missä hän ei itse selviä ja tällainen tukija.*

## **Kuntoutusorientaatio**

Kuntoutusorientaatiossa hoitajan kuuntelu painottui sellaisiin puoliin potilaan kertomusta, joilla oli merkitystä hoidon tavoitteiden kannalta. Hoitaja ajatteli potilaan selviytymisedellytyksiä ja voimavaroja. Toisaalta hän myös saattoi miettiä omaa työskentelyään siltä kannalta, pystyykö auttamaan potilasta eteenpäin. Hoidon edistymistä ja omia

vastatunteitaan hoitaja käsitteli lähinnä työtovereiden kanssa tai työryhmäneuvotteluissa. Hoitajan tunteet ja samaistuminen liittyivät potilaan epävarmuuteen tai iloon hoidossa edistymisestä ja elämässä selviämisestä yleensäkin.

P113: hoajat.txt - 113:41 (109:116) Codes: [selviytymistä] [y12]

*Että ehkä hän pääsee näistä kohtauksista ja ehkä tässä on valoa näkyvissä, että se oli perjantaipäivä ja hänellä oli sitten maanantaina syntymäpäivät ja oltiin sovittu, mä oon töissä silloin ja lähetään käymään yhdessä juhlimassa syntymäpäivää, kaikki näytti valoisalta silloin ja Petri itse sanoi, että hän sai äidiltä kortin, että äiti toivoo, että hän paranee ja että kyllä hän itsekin koko aika uskoo, että hän tästä vielä selviää.*

Keskustelujen merkityksen ja hoidon auttavan tekijän hoitaja näki ensisijaisesti hoitajan antamassa tuessa, jonka avulla potilas selviää itsenäisemmin omassa elämässään. Kuntoutumisen esteinä hän saattoi nähdä potilaan lähiympäristön, josta ei löytynyt riittävää tukea. Auttavana tekijänä oli oikean diagnoosin löytyminen ja toiminnallisuus, joka perustui potilaan vahvuuksien tukemiseen. Hoitokeskustelujen kuvauksissa nousi esille muita puolia voimakkaammin hoitosuhteen realiteettiluonne ja sopimuksista kiinnipitäminen.

P153: eritapu.txt - 153:15 (100:109) Codes: [toiminnall./oikea dg] [y16]

*Liikunnallisuus on semmoinen, mikä meitä Mikon, et me on Mikon kanssa sitten yhdessä, mä oon aina pyrkinyt, että jos mulla vaan on vapaata osastolta, että voi, ettei on mitään, et minkä takia täytös osastolla olla, ollaan yhdessä lähdetty, ollaan pelattu paljon lentopalloa ja sählyä ja käyty ulkoilemassa ja tämmöistä, et siitä on löytyy niin kuin semmoinen ohjenuora tai jotenkin on mukava sen pelin tuoksinan jälkeen, et huh, huh, että olipas rankka peli. Et se on semmoinen vahva alue.*

P141: yhttsuh.txt - 141:25 (143:144) Codes [sopim. kiinnipitäen] [z25]

*Eikös se ole yhteistyötä, jos keskustellaan yhdessä ja ollaan ja kaikkiin toimintoihin lähdetään.*

## Vuorovaikutusorientaatio

Vuorovaikutusorientaatio näkyi siinä, miten hoitaja liitti omat ajatuksensa, tunteensa ja havaintonsa potilaasta hoitosuhteen vuorovaikutukseen. Hän pohti potilaan kertomuksen merkitystä syvemmillä tasolla pyrkien yhdistämään potilaan aikaisemmin kertomaa siihen, mitä hän kuvasi kyseisellä keskustelukerralla. Hoitaja saattoi myös miettiä kriittisesti omaa toimintaansa ja omia mahdollisuuksiaan tehden keskusteluista omia muistiinpanoja. Omia vastatunteitaan hän käsitteli ensisijaisesti työnohjauksessa. Samaistumalla potilaan tunteisiin ja tutkimalla niitä, hän pystyi tavoittamaan jotain selaista potilaan elämästä, jota hän ei muulla tavoin olisi löytänyt.

P115: hotunt.txt - 115:33 (48:54) Codes: [tunne vuorov.:sesta] [x7]

*No kyllä niitä tulikin eli just ehkä semmoista tietynlaista omaa avuttomuutta siinä tilanteessa ja ehkä semmosta avuttomuutta ja tietyllä tavalla semmosta et tuli semmoinen ajatus ja tunne, että hän ei niin kuin ehkä, hän kokee, ettei kukaan pysty häntä auttamaan ja jotenkin semmoinen tunne, että hän niin kuin haluaa jotenkin ehkä osoittaakin sen, että kukaan ei pysty, et ei on mitään hyvää.*

Hoitaja toi esille joskus myös selvästi transferenssin kautta tapahtuvan tarkasteluajatuksen liittäen myös oman vastatransferenssinsa hoitosuhteeseen. Samaistuminen tapahtui tässä orientaatiossa siten, että hoitaja koki kantavansa jotain niistä tunteista, joita potilas koki ja oli siirtänyt hänen koettavakseen. Hoidon realiteetti puolta edusti joskus selvästikin ilmaistu työliittoajatus. Samoin hoitosuhteen vastavuoroisuudesta mainittiin siten, että myös hoitaja itse koki oppivansa hoitosuhteesta.

P118: vasty09.txt - 118:7 (47:55) Codes: [sis.tunteen kantajana] [x9]

*Tavallaan sitten siinä oli sellaista transferenssia varmaan molemminpuolista ja minä joskus ajattelin itekin sitä ja oli työnohjauksessakin siitä puhetta, että miten paljon minun omasta elämästä siirtyi sitten siihen hoitosuhteeseen, koska hän oli just ainoa lapsi perheessä ja samaten mulla on suunnilleen samanikäinen vuotta nuorempi poika, joka on meidän perheen ainoa lapsi. Että väkisin siitä tai kyllä mi-*

*nä olen sitä mieltä että väkisin niinkö omastakin elämäntilanteesta tuli materiaalia siihen mukaan.*

P148: vasty24.txt - 148:41 (228:234) Codes: [tunt.käs.vuorov.] [z27]

*Selvitellä ja myöskin ne tunteet, että ne on siitä tapaamisesta lähtöisin. Jos joskus koen että on oikein uupunut jonkun tapaamisen jälkeen, että tekee mieli vaan lösähtää vähäksi aikaa tai on pakko hakea kahvia, niin tiedän että se on niin kuin siitä tapaamisesta, että hän niin kuin ryöppysi taas. Yritän selvittää mistä ne eli ne on minun omia tunteita, jotka lähtee siitä tapaamisesta.*

Keskustelujen merkityksen hoitaja näki ensisijaisesti mahdollisuutena tai alkuna potilaalle pohtia omia asioitaan. Mahdollisia yhteistyövaikeuksia hoitaja mielti potilaan tunteiden tunnistamisen vaikeutena, omina ammattitaidollisina rajoituksina ja hoitosuhteen vuorovaikutuksen ongelmina kuten esimerkiksi läheisyyden ja etäisyyden säätelynä. Hoitosuhteen erityisenä apuna hoitaja näki kuuntelemisen ja ymmärtämisen.

P152: vasty26.txt - 152:17 (92:97) Codes: [mahd./alun pohtia as.] [y13]

*Se ahdistus on vähentynyt ja vähenee aina niin kuin keskustelujen aikana että sitten kun tulee pitempi väli niin ahdistus kasvaa. Ja sillä tavalla minä olen yksi sellainen struktuuri siinä hänen elämässään, hän tietää että säännöllisesti käy. Että se kantaa sitten taas aina eteenpäin.*

## **Hoitajan kuvausten vertailu alku- ja loppuhaastattelujen välillä**

Hoitajien kuvaukset omista hoitokeskusteluistaan potilaiden kanssa olivat hoiva- ja kuntoutusorientaation osalta lähes samanlaisia opetuksen alussa ja lopussa, mutta kuvaukset olivat erilaisia konkreettisuus- ja vieraus- sekä vuorovaikutusorientaatioissa. Etäiseen kuunteluun sisältyvät kuvaukset olivat vähentyneet ( $p < .05$ ) opetuksen jälkeen kun taas vuorovaikutukseen suuntautunut kuuntelu ( $p < .05$ ), hoitosuhteen vuorovaikutuksellinen

kuvaus ( $p < .05$ ) ja auttamisen vuorovaikutuksellisen merkityksen painotus ( $p < .01$ ) olivat lisääntyneet opetuksen jälkeen. Kuvauskategorioiden keskiarvot ja hajonnat alku- ja loppuhaastatteluissa on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Hoitokeskustelujen kuvauskategorioiden keskiarvot ja hajonnat koulutuksen alkuvaiheessa ja ½ vuotta koulutuksen loppumisen jälkeen

Kuvauskategoriat	Alku- haastattelu		Loppu haastattelu		t
	X	SD	X	SD	
<b>Konkreettisuuden ja vierauden orientaatio</b>					
Etäinen kuuntelu	0.6	0.8	0.2	0.4	2.3*
Hoitosuhteen konkreett. ja vaikeuksien kuvaus	0.9	1.1	0.7	0.8	0.8
Vierauden herätt. vastatunt. ja käsittelemättömyys	0.8	0.6	1.0	0.8	-0.9
Auttamisen vaikeudet	0.7	0.6	0.5	0.5	1.6
<b>Hoito- ja hoiva-orientaatio</b>					
Myötäelävä kuuntelu	1.0	0.7	0.9	0.7	0.6
Hoitosuhteen elämyksellinen kuvaus	1.5	0.8	1.8	1.0	-1.3
Hoivaa kuvaavat vastatunteet ja omakoht. käsittely	1.2	0.9	1.0	0.7	0.6
Auttamisen turvallisuuspainotus	1.3	0.7	1.2	0.9	0.4
<b>Kuntoutusorientaatio</b>					
Tavoitteen mukainen kuuntelu	1.2	1.1	1.1	0.9	0.5
Hoitosuhteen tavoitteellinen kuvaus	0.7	0.6	0.7	0.7	0.2
Yleisesti ilmaistut vastatunt. ja työryhmäkäsittely	0.8	0.7	0.8	0.5	-0.5
Auttamisen selviytymisen painotus	0.6	0.6	0.4	0.5	1.3
<b>Vuorovaikutusorientaatio</b>					
Vuorovaikutukseen suuntautunut kuuntelu	0.8	1.0	1.2	1.1	-2.3*
Hoitosuhteen vuorovaikutuksellinen kuvaus	0.5	0.6	0.9	0.8	-2.4*
Vuorovaik. liitetyt vastatunt. ja tutkiva käsittely	0.8	0.9	1.1	0.8	-1.4
Auttamisen vuorovaik. merkityksen painotus	0.7	0.9	1.3	0.9	-3.0**

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$



Hoitajien alku- ja loppuhaastattelukuvausten yksityiskohtainen rinnakkainen sekä kuvausluokkien lukumääriin että tekstiin perustuva analyysi toi esille sen, että etäiseen kuunteluun liittyvät säälin, toivottomuuden ja avuttomuuden kokemukset olivat vähentyneet. Hoitajat kyllä kuvasivat edelleen monia vaikeuksia hoitosuhteissaan mutta he myös miettivät opetuksen jälkeen enemmän suhdettaan niihin. Kaikissa seuraavissa tekstiviitteissä ensimmäinen lainaus on alkuhaastattelusta ja toinen loppuhaastattelusta. Vastajana on kussakin vastausparissa sama hoitaja ja samaan kysymykseen annettu vastaus.

P115: hotunt.txt - 115:3 (44:45) Codes: [toivottom./avuttom.] [x6]

*En ois ehkä jaksanu, en ois jaksanu kuunnella, jos ei ois tarvinnu.*

P116: vasty08.txt - 116:4 (29:36) Codes: [tunt. selviytymisestä] [x6]

*No ehkä siinä tilanteessa ainakin jos tätä otetaan, että minä ajattelin näin, niin ehkä en ihan toivottomuutta tuntenut mutta semmoista että. No ehkä minä palautin sen mieleen, että eihän mulla olekaan tarkoitus, että minä saan häneltä pois niitä semmoisia vaan että hän pärjää täällä. Ehkä minä realisoin kuitenkin sitä sitten itselleni, että eihän tavoite olekaan siitä että hän lopettaa ne puhumiset vaan että hän selviytyy siellä kotona.*

Osalla hoitajista alkuhaastatteluvastauksen konkreettisuus ja etäistä kuuntelua kuvaava mahdottomuus samaistua potilaan tilanteeseen oli muuttunut loppuhaastatteluvastauksessa vuorovaikutusta huomioivaan suuntaan. Haastatteluissa tuli myös esille yleisinhimmillistymisen kokemus. Opiskelun jälkeen ei ollut enää niin selvää, mikä on terveyden ja sairauden raja, kun monet niistä ilmiöistä, joita oli opiskeltu, olivat havaittavissa myös omassa elämänpiirissä. Tätä kautta hoitaja saattoi eläytyä enemmän potilaan tilanteeseen ja kuulla tämän tunteita sisäisinä kokemuksina.

P117: hosam.txt - 117:33 (319:326) Codes: [ei samaist.mahd.] [z32]

*En kyllä ole tämmöistä havainnut, ehkä semmoisessa sanotaanko empaattisessa mielessä saatoin yrittää kuvitella millä tavalla hänen tämmöinen parisuhteen kat-*

*keaminen niin kuin vaikuttaisi, mutta että tietyllä tavalla me ollaan niin eri ikäisiä vielä, eri lähtökohdista riippuvaisia ja se, että hän on kuitenkin minuun ihastunut, niin täytyy pitää hänellekin selvänä se tietty raja, että tämä on suhde niin kuin hoitollinen, siinä määrin täytyy, sanotaako vaikka skarpata.*

P118: vasty09.txt - 118:25 (211:217) Codes: [sis.tunteen kantajana] [z32]

*Hän kertoi kokemuksistaan esimerkiksi lapsuudesta millä tavalla hän odotti kun tuli esimerkiksi koulusta kotiin, että onko isä humalassa, onko hän jo sammunut, jos hän on vielä hereillä, niin millä tavalla hän niin kuin reagoi. Tällaista tavallaan pienen lapsen niin kuin tunnemaailmaa, sitä ehkä pelkoa ja tietynlaista turvattu-  
muutta, niin hän kyllä hyvin pystyi viestittämään.*

Kun hoitajat toivat alkuhaastattelussa esille esimerkiksi sitä, että potilas näkee heidät valvovana hoitajana, niin loppuhaastattelussa he kuvasivat potilaan pitävän heitä enemmän samaistumiskohteena. Äidillisistä ja isällisistä tunteista oli loppuhaastattelussa vähemmän mainintoja, ja kun niitä oli, niissä viitattiin potilaan ominaisuuksiin, joista ne heräsivät. Myös työnohjauksesta ja työryhmän käytöstä oli loppuhaastattelussa alkuhaastattelua enemmän mainintoja. Loppuhaastatteluvastauksissa esiintyi alkuhaastattelua selvästi enemmän suoria viittauksia transferenssisuhteen ja vastarinnan tarkasteluun. Joissakin tapauksissa tämä tarkastelu ulottui koko hoitoyhteisöön.

P149: vastrin.txt - 149:1 (16:19) Codes: [lähisuhteiden rajoit.] [x1]

*perhe reagoi minun hoitosuhteeseen aika rajusti, että eronneet vanhemmat muutti yhteen ja kun oli tällainen epätietoinen ja rupes niin kuin nopeemmin käymään niin kuin ennekuin ne eivät tulleet sairaalaan kattomaan.*

P150: vasty25.txt - 150:1 (5:5) Codes: [vastarinta.vuorov.] [x1]

*Opin, mikä on kun potilas rupeaa ja testaa oikein, että se on verrannollinen siihen hylkäämiskokemukseen, mikä on ollut. Potilas splittaa tilanteen niin, että saa osaston omahoitajaa vastaan voimallisesti. Koin, että ainoa selviytymistie, koska se koko osasto oli yhtenäisesti mun hoitometodeja vastaan, mä koin sellaisen painostuk-*

*sen. Se oli jo itselle niin kuin sanotaan psyykkisesti hyvin vaikea tilanne... mun täytyi tehdä kartoitus, aggressiokartoitus ja samalla pitää näistä periaatteista ja tavoitteista ja menetelmistä tarkka selonteko osaston henkilökunnalle, että ne luottaa minun tekemiin hoitoratkaisuihin ja hoitopäätöksiin, kumminkaan osaston systeemiä tällaamatta. No se onnistui hirveän hyvin elikkä tietoisuuden myötä vastustus laski ja se jakaminen osaston henkilökunnan taholta laantui ja mä sain työskentelyrauhan... (sitten) tuli tämä uskonnollinen yhdyskunta, joka liittoutui vanhempien kanssa, jotka ei ollut sitä ennen kiinnostuneita lähes ollenkaan. Tuli sellainen tilanne, joka kulmineoitui keväällä, jolloin kirjeitä meni tämän uskonnollisen yhdyskunnan jäseniltä lääninlääkärille, läänin terveydenhoitajille, ilmeisesti lääkintöhallitukseen ja muualle. Ja se kulmineoitui sitten siihen, että mä olin niin kuin sen pahan ja kaiken juuri ja se oli voimallista ja sitten pitkällisen harkinnan jälkeen meidän piti, päädyimme sellaiseen tulokseen, että me pidetään yhteispalaveri... Elikkä oltiin haukuttavana ja se oli todella kova kokemus ja tällöin mä olin siinä tilanteessa, että mä katsoin eka kertaa, että perskele, että tällaisen ihmisen takia niin mä rupeen oman mieleni ja rauhani järkyttämään. Mä lopetan hoitosuhteen ja laitetaan ryhmähoitoon, jolloin sitten Y. O. (ylilääkäri) sanoi kahdenkeskisessä keskustelussa, joka meni työnohjauksen piiriin, niin sanoi, että jos sä nyt teet sen niin sä hylkää sen lopullisesti ja se on lopullinen niitti koko hoidolle. Mä pääsin siitä sitten kesälomalle, niin se jatkui sitten. Sellaista vastusta ei ole enää. Se oli niin voimallinen, että mä olin lähellä niin kuin tai oli aika, jos ei olisi ollut kesälomaa, niin mä olisin ollut puhki.*

Hoitosuhdekeskustelujen merkitystä hoitajat kuvasivat alkuhaastattelussa siten, että potilas tulee kuulluksi tai saa purkaa huoliaan hoitajalle, jolle tärkeää on jaksaminen ja uskominen. Loppuhaastattelussa taas korostui enemmän ajatus, että potilas saa mahdollisuuden tai alun pohtia omaa elämäntilannettaan ja hoitajan kuunteleminen ja ymmärtäminen on silloin keskeistä. Yhteistyösuhteen kuvauksissa painottuivat alkuhaastattelussa potilaan ominaisuudet kuten esimerkiksi luottamus ja motivaatio, kun taas loppuhaastattelussa tuli esille enemmän hoitosuhteen molemminpuolisuus.

P141: yhttsuh.txt - 141:7 (32:34) Codes: [sopim. kiinnipitäen] [x7]

*Kyllä hän on sillä tavalla yhteistyökykyinen, että ainakin näen, että hän tulee tunneille ja pitää kiinni näistä ajoista ja kaikki nää tällaiset asiat.*

P142: vasty21.txt - 142:8 (48:55) Codes: [vuorov.hoitosuhteessa] [x7]

*Keväästä lähtien pystynyt aika paljon esimerkiksi puhumaan myöskin omista tunteistaan niin kuin minua kohtaan ja tästä hoidosta. Mä luulen, että sillä tavalla me ollaan, että meillä on hyvä tällainen yhteistyösuhde ja tällainen työliitto, johon kumpikin on sitoutunut ja sitten mä luulen, että hän kuitenkin uskaltaa suhteessa minuun puhua myöskin miten hän minut kokee. Sillä tavalla mä koen, että mä olen häneen hyvin kontaktissa.*

## POHDINTA

Tulokset toivat esille neljä perusorientaatiota hoitosuhdekeskusteluista: 1) konkreettisuuden ja vierauden, 2) hoidon ja hoivan, 3) kuntoutuksen sekä 4) vuorovaikutuksen orientaatiot. Näiden orientaatioiden välillä tapahtui muutosta konkreettisuudesta ja vieraudesta vuorovaikutuksen suuntaan kahden vuoden perustason psykoterapiaopetuksen jälkeen. Etäinen kuuntelu, joka nousi esimerkiksi hoitajan toivottomuudesta ja avuttomuudesta oli vähentynyt opetuksen jälkeen. Samalla hoitosuhteen vuorovaikutuskuvaukset olivat lisääntyneet opetuksen jälkeen siten, että samaistuminen potilaan tilanteeseen oli tullut mahdollisemmaksi ja potilaan auttaminen nähtiin ennen kaikkea vuorovaikutukseen perustavana prosessina.

Tuloksia tulkittaessa on syytä muistaa, että hoitajien kuvauksista johdetut orientaatiot olivat hoitosuhdekeskusteluista tehtyjä tiivistyksiä, joita yhdellä hoitajalla esiintyi yleensä useampia. Kaikissa terapeuttisissa keskusteluissa on vaiheita jolloin konkreettisuus tai vierauden herättämät vastatunteet ovat enemmän esillä. Esimerkiksi potilaan tulo vastentahtoiseen hoitoon tai olo vastentahtoisessa hoidossa voi tehdä hoitosuhteen syntymisen hyvin vaikeaksi. Samoin myös hoivaan liittyvät ajatukset ja tunteet voivat vaihdella kuntoutukseen suuntautuneen ajattelun kanssa potilaan tilanteesta riippuen. Pelkästään hoitosuhteen vuorovaikutukseen liittyvät havainnot eivät myöskään yksin riitä kantamaan hoitosuhdetta eteenpäin. Joidenkin potilaiden hoidossa voi olla auttavinta, että hoitaja haluaa kantaa ja antaa hoivaa potilaalle. Hoidon eri orientaatioita voidaan tarkastella vaihespesifisesti, siten kuin Tähkä (1994) on esittänyt. Psykoottisen potilaan hoidon oleellisin tekijä on hoitajan tulo potilaalle merkittäväksi objektiksi symbolisen tarpeen tyydytyksen kautta. Hoito- ja hoivaorientaation merkitystä tässä tutkimuksessa lisäsi vielä se, että puolet hoitosuhteissa olleiden potilaiden ongelmista oli arvioitavissa psykoottistasoisiksi. Eri orientaatioista juuri hoito- ja hoivaorientaatioluokkaan tuli eniten tekstiviittauksia.

Sen lisäksi, että hoitajat kiinnittivät loppuhaastattelussa enemmän huomiota hoitosuhteen vuorovaikutukseen, he antoivat loppuhaastattelussa pitempiä vastauksia ja vastaukset olivat vähemmän konkreettisia. Nämä muutokset viittaavat reflektiivisen

ajattelun lisääntymiseen opetuksen jälkeen, jota esimerkiksi Rennie (1992) pitää olennaisimpana piirteenä psykoterapiassa ja joka erottaa psykoterapian arkikeskustelusta.

Toisella haastattelukerralla jotkut hoitajat toivat esille, ettei ollut enää niin selvää, mikä on tervettä ja mikä sairasta. Monet opiskelluista ilmiöistä olivat olleet tunnistettavissa itsessä ja omissa lähisuhteissa, joita seminaariryhmissä oli myös pohdittu. Myös tarve oireiden poistamiseen näytti vähentyneen esimerkiksi hoitotavoitteiden realisoimisen kautta. Nämä muutokset viittaavat mahdolliseen itsekriittisyyden lisääntymiseen, joka Najavitsin ja Struppin (1994) tutkimuksessa osoittautui yhdeksi parempia tuloksia saaneiden terapeuttien ominaisuudeksi.

Konkreettisuuden ja vierauden orientaation väheneminen toivottomuuden ja avuttomuuden kokemusten muodossa sekä vuorovaikutusorientaation lisääntyminen samaistumismahdollisuuksien muodossa voidaan nähdä samanaikaisina tapahtumina. Nutt-Williamsin ja Hillin (1996) tutkimuksessa terapeuttien kielteiset ajatukset itsestään olivat yhteydessä heidän avuttomuuden kokemuksiinsa ja kielteisempiin havaintoihin potilaiden reaktioista. Eli tunne paremmista tai realistisemmista auttamismahdollisuuksista voi johtaa myönteisempiin havaintoihin potilaasta ja sitä kautta suurempiin samaistumismahdollisuuksiin.

Opetuksen jälkeen ei näyttänyt tapahtuneen teoreettisen tiedon käyttöä ulkokohtaisen käsitteellisen hallinnan välineenä, mikä näkyi esimerkiksi siinä, ettei psykodynaamisen psykoterapian käsitteitä käytetty merkittävästi enemmän kuin alkuhaastattelussa, ja jos niitä käytettiin ne olivat hyvin perusteltuja. Potilaan tilanteen psykodynaamisen ymmärtämisen ei tarvitse olla symbolisen tulkinnan muodossa. Se voi olla esimerkiksi hyvinkin eri tasoilla olevien potilaan oireiden, hänen objektisuhteidensa ja hoitohenkilökunnan ajatusten yhdistämistä yhteisesti jaettuun mielikuvaan, jonka merkitystä Aaltonen ja Rökköläinen (1994) ovat tuoneet esille skitsofrenian hoidossa.

Hoitajien vastaukset viittasivat siihen, että hoitajat pystyivät opetuksen jälkeen kuulemaan enemmän psyykkisesti ristiriitaisia tilanteita. Hoitajat toivat esille tilanteita, joissa olivat olleet hyvin ymmällään esimerkiksi potilaan provosointien vuoksi. Työntekijä voi myös joutua ristiriitaan muun työyhteisön kanssa, jos hoidon luonne on reflektiivistä toimintaa painottava. Nämä havainnot liittyvät siihen, miten Neufeldt, Karno ja Nelson (1996) ovat kuvanneet reflektiivistä ajattelua: Lähtökohtana on ongelma, joka saa ym-

mälle ja epävarmaksi ja sen jälkeen esimerkiksi työyhteisö määrittelee, kuinka pitkälle reflektiivinen toiminta voi edetä. Kysymykseksi jää, kuinka pitkälle esimerkiksi pitkäaikaispsykiatrinen sairaalaosasto voi sietää ja sallia reflektiivistä toimintaa.

Reflektiivinen toiminta skitsofrenian hoidossa voi olla hyvin ongelmallista, jos hoidossa pyritään välttämään psykodynaamiselle psykoterapialle oleellista assosiativista työskentelyä. Yhdysvaltalaisessa skitsofrenian hoidossa näin saattaa tapahtua, kun suositellaan vain opetuksellisia hoitomuotoja, siten kuin Mueser ja Bellak (1995) ovat esittäneet. Suomalaisessa skitsofrenian hoidossa painotetaan selvästi enemmän psykodynaamista lähestymistapaa (Alanen, 1994, 1997), missä reflektiivisellä toiminnalla on suurempi osuus.

Vain hyvin strukturoitujen opetuksellisten hoitomuotojen suosittelu perustuu kvantitatiiviseen tutkimusperinteeseen. Reflektiivistä ajattelua painottavat lähestymistavat, kuten esimerkiksi jaetut mielikuvat hoitokokouksessa (Aaltonen & Räcköläinen 1994), perustuvat kvalitatiivisiin tutkimuksiin. Viime vuosina kvalitatiivisen tutkimuksen tulosten luotettavuuteen on kiinnitetty paljon huomiota: Kvalitatiivisen tutkimusaineiston tulee olla merkittävä ja riittävä, minkä lisäksi analyysin pitää olla kattava, arvioitavissa ja toistettavissa (Mäkelä 1990). Kysymys on tutkimuksen ja tulosten uskottavuudesta, joka edellyttää Stilesin (1993) mukaan tutkimusprosessin mahdollisimman tarkkaa kuvaamista. Se sisältää tutkijan oman orientaation, sisäisen prosessoinnin, aineistoon kytkeytymisen, sosiaalisen kontekstin, havaintojen ja tulkinnan vuorovaikutuksen sekä tulkinnan perustelujen esilletuomisen.

Tässä tutkimuksessa aineiston merkittävyys perustui siihen havaintoon, että valtaosa hoitosuhdetyöstä tapahtuu ilman psykoterapeuttista koulutusta eikä sitä ole tutkittu tarkemmin. Tekstianalyysi perustui Milesin ja Hubermanin (1994) esittämään faktorointiin, joka kuvattiin yksityiskohtaisesti ensimmäisen ja toisen asteen koodien sekä perusorientaatioiden ATK-pohjaisena käsittelyinä. Havaintojen ja tulkinnan vuorovaikutus pyrittiin varmistamaan koodien jatkuvalla vertailulla perustekstiviitteiden kanssa. Lisäksi arvioitavuutta ja toistettavuutta vahvistivat selvästi rinnakkaisarviointien korkeat yhdenmukaisuudet.

Haastateltujen 26 hoitajan määrä oli suuri laadullisen tutkimuksen kannalta. Se tarjosi kuitenkin mahdollisuuden tilastollisiin analyysihin, mikä osaltaan vahvisti laadullisten tulosten luotettavuutta. Pelkästään laadullisen tekstianalyysin käytöllä olisi ollut hyvin vaikeaa osoittaa muutoksia ja niiden suuntaa alku- ja loppuhaastattelujen välillä.

Tulosten yleistettävyyteen kaikkiin psykiatrian alalla työskenteleviin hoitajiin liittyy ongelmia. Tutkimusryhmässä havaittuja muutoksia ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollista verrata sellaiseen ryhmään, joka ei olisi saanut koulutusta tai olisi saanut jotain muuta koulutusta haastattelukertojen välillä. Tuloksista ei ole sen vuoksi mahdollista varmistaa sitä, mikä oli haastattelun vaikutus sinänsä ja mikä vaikutus oli opiskelijoiden yleisellä ammatillisella kehityksellä kyseisenä ajanjaksona. Opiskelijat olivat myös valikoituneita, koska he olivat itse ilmaisseet halunsa psykodynaamiselta pohjalta lähtevään opiskeluun. He olivat todennäköisesti jo alunperin vuorovaikutussuuntautuneempia kuin koko populaatio olisi ollut, millä saattoi havaittujen muutosten kannalta olla vähentävääkin merkitystä.

Hoitokeskusteluorientaatioissa havaittujen muutosten luotettavuuden kannalta myös sillä oli merkitystä, etteivät hoitajien työpaikat juurikaan olleet muuttuneet alku- ja loppuhaastattelun välillä. Myöskään potilaiden häiriötasoissa ei ollut suuria eroja alku- ja loppuhaastattelujen välillä. Yhdessä suhteessa hoitosuhteiden taustatekijät kuitenkin erosivat toisistaan eri haastattelukerroilla: loppuhaastattelussa käsitellyt hoitosuhteet olivat kestäneet selvästi kauemmin kuin alkuhaastattelussa. Sillä saattoi olla vaikutusta siihen, että vuorovaikutustekijät painottuivat loppuhaastattelussa enemmän. Hoitoaikojen pidentyminen oli ehkä myös itsessään tulos saadusta koulutuksesta: hoitajat halusivat ja mahdollisesti pystyivät jatkamaan hoitoja polikliinisesti sairaalahoidon päätyttyä. Sillä taas voi olla laajempikin merkitys siltä kannalta, että sairaalassa työskenteleviltä hoitajilta edellytetään yhä enemmän myös avohoidossa työskentelyn valmiuksia.

Itse haastattelutilanteeseen liittyi myös tekijöitä, jotka voivat selittää tuloksia. Tutuus, vähempi jännitys ja ensimmäisen kerran kysymysten mahdollinen muistaminen saattoivat lisätä kuvauksia vuorovaikutuksesta. Tätä oletusta ei kuitenkaan tukenut se, kun hoitajat hyvin usein kertoivat, etteivät muistaneet ensimmäisestä haastattelukerrasta juuri mitään. Erot olisivat saattaneet olla suurempiakin, jos alkuhaastattelu olisi tehty ennen opetuksen alkua, kun se nyt tapahtui ensimmäisen lukukauden aikana. Toisaalta



puoli vuotta opiskelun jälkeen tapahtunut haastattelu saattoi osua aikaan, jolloin oli tapahtunut jo uuden tiedon integroitumista entiseen, eikä useissa tutkimuksissa (ks. Binder 1993) todettua disorganisoitumisjaksoa enää ollut havaittavissa.

Tutkijan suhde tutkittaviin voi myös vaikuttaa tuloksiin. Olen saman organisaation työntekijä kuin tutkittavat. En ole kuitenkaan ollut suoraan päivittäisessä työssä tutkittavien kanssa. Vaikka hoitajat eivät myöskään tienneet, minkä oletusten pohjalta haastatteluissa toimin, on mahdollista, että oletukset ovat tulleet esille yleisellä tasolla psykodynaamisessa työssä suotavina asenteina, jota esimerkiksi huomion kiinnittäminen hoitosuhteen vuorovaikutukseen on. Useimmat tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat haastattelun yllättävän vaativana, mutta samalla myös haastavana. Kysymykset he kokivat keskeisiksi hoitosuhdetyöskentelyssä. Monet hoitajista hämmästyivät siitä, etteivät he olleet kiinnittäneet huomiota kysytyihin seikkoihin aiemmin. Muutamat haastateltavista kertoivat jääneensä miettimään haastattelun jälkeen omaa tapaansa työskennellä useiksi päiviksi. Haastattelu sinänsä toimi näin myös työnohjauksellisena interventiona.

Tutkimuksessa käytetyt analyysimetodit täsmentyivät tutkimusprosessin kuluessa. Oman subjektiivisen näkökulmani vaikutusta pyrin minimoimaan vastausten purkamisella osiin niin, etten pystynyt tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. Vertasin myös jatkuvasti koodeja tekstiviitteiden sisältöön ja käytin rinnakkaisarvioitsijaa. Näistä toimenpiteistä huolimatta olen voinut suuntautua etsimään "toivottuja tuloksia". Yksi ratkaisu tähän olisi ollut tarkemman kriteeristön laatiminen koodeille ja suorat tilanteesta tehdyt havainnot esimerkiksi siten kuin Nutt-Williams & Hill (1996) ja Holmqvist & Armelius (1996) ovat tehneet psykoterapiaa koskevissa tutkimuksissaan.

Tutkimuksen tulokset osoittivat muutoksia ryhmätasolla. Yksittäisten hoitajien kohdalla oli huomattavaa vaihtelua. Osalla oli havaittavissa huomattavia muutoksia, osalla taas muutoksia ei ollut havaittavissa. Osa oli paneutunut opiskeluun erittäin huolellisesti, osa taas koki opiskeluun paneutumisen hankalaksi omasta työ- tai elämäntilanteestaan johtuen tai ryhmän opiskeluilmapiiiristä johtuen. Näiden yhteyksien selvittäminen on yksi mahdollisista jatkotutkimuksen aiheista. Onko esimerkiksi se Steinin ja Lambertin (1995) johtopäätös, että kouluttajan merkitys psykoterapiaopetuksessa voi olla jopa tärkeämpi kuin ohjeiston tai terapiatekniikan, havaittavissa myös psykoterapian perusopetuksessa? Mikä merkitys mallioppimisella on psykoterapeuttisten taitojen opiskelun

alkuvaiheessa (vrt. Skovholt & Rønnestad 1992)? Yksi jatkotutkimusten mahdollisista aiheista on myös se, parantuvatko hoitajien keskusteluhoitojen tulokset joillakin potilasmuuttajakriteereillä perustason psykoterapiaopetuksen avulla.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyväksi osastojen ja avohoidon työryhmien työskentelyssä. Orientaatioita voidaan tietoisesti valita ja vaihtaa. Työryhmä voi yhdessä määritellä kunkin potilaan ja tietyn hoitovaiheen kannalta tarkoituksenmukaisimman orientaation. Myös yksittäisessä hoitokokouksessa ja työryhmäneuvottelussa näkökulmia voidaan vaihtaa sopimalla, mikä aika käytetään esimerkiksi kuntoutusorientaation mukaiseen keskusteluun ja mikä aika taas pohditaan potilaan ja omahoitajan tai muun työryhmän vuorovaikutusta. Tämän tutkimuksen tuloksien käsitteellinen jako voidaan siten nähdä yhtenä tarpeenmukaisen hoidon (Alanen 1997) lisäyksenä.

Tutkimuksen tulokset voivat myös auttaa perustason psykoterapia- ja hoitosuhdekoulutuksien suunnittelussa. Hoitajien koulutuksella ja hoitosuhdekeskustelujen kehittämällä on suuri merkitys laajalle joukolle potilaita. Keskeisintä koulutuksessa on hyvän yhteistyösuhteen edellytysten oppiminen. Potilaan ja terapeutin tai hoitajan välinen yhteistyösuhte antaa perustan kaikelle muullekin hoidolle ja kuntoutukselle, mikä johtopäätös voidaan tehdä esimerkiksi Krupnickin, Sotskyn, Elkinin, Watkinsin ja Pilkonisin (1996) toteuttamasta depression psykoterapeuttista ja lääkehoitoa koskevasta tutkimuksesta sekä Frankin ja Gundersonin (1990) skitsofrenian hoitoa ja kuntoutusta koskevasta tutkimuksesta.

Hyvä yhteistyösuhte ei synny ilman eläytyvää samaistumista ja hoitosuhteen vuorovaikutuksen huomioimista, jota voidaan tämän tutkimuksen mukaan lisätä perustason psykoterapiaopetuksella. Vuorovaikutuksen huomioinnilla ja reflektiivisellä ajattelulla hoitajan on mahdollista kestää paremmin potilaan herättämää ahdistusta ja toivotonmuutta. Koulutuksen avulla hoitaja voi myös paremmin toimia potilaan dissosioituneiden ajatusten säiliönä, minkä avulla potilas oppii kestämään ja käsittelemään paremmin omia mielensisältöjään.

## LÄHTEET

- Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1994) The Shared Image Guiding the Treatment Process. A Precondition for Integration of the Treatment of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 97-102.
- Alanen, Y. O. (1997) *Schizophrenia - its Origins and Need-adapted Treatment*. London: Karnac Books.
- Alanen, Y. O. (1994) An Attempt to Integrate the Individual-Psychological and Interactional Concepts of the Origins of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, (suppl. 23), 56-61.
- Alanen, Y. O.; Anttinen, E.; Kokkola, A.; Lehtinen, K.; Ojanen, M.; Pylkkänen, K. & Rökköläinen, V. (1990) Treatment and Rehabilitation of Schizophrenic Psychoses, The Finnish Treatment Model. *Nordic Journal of Psychiatry*, 44, (suppl. 22), 1-65.
- American Psychiatric Association (1997) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154:4, Supplement.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) 564/94. Helsinki: Suomen säädöskokoelma
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994) Overview, Trends, and Future Issues. In Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4.th ed.), pp. 821-830. New York: Wiley.
- Berman, J. S. & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401-407.
- Beutler, L. E. & Crago, M. (1991) Introduction to psychotherapy research. In Beutler, L. E. & Crago, M. (eds) *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies*. Washington: American Psychological Association.
- Beutler, L. E. & Kendall, P. C. (1995) Introduction to the special section: the case for training in the provision of psychological therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 179-181.
- Beutler, L. E.; Williams, R. E.; Wakefield, P. J.; Entwistle, S. R. (1995) Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50, 984-994.
- Binder, J. L. (1993) Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical Psychology Review*, 13, 301-318.
- Binder, J.L. & Strupp, H.H. (1993) Recommendations for improving psychotherapy training based on experiences with manual-guided training and research: an introduction. *Psychotherapy*, 30, 571-572.

- Binder, J. L.; Strupp, H. H.; Bongar, B.; Lee, S. S.; Messer, S.; & Peake, T. H. (1993) Recommendations for improving psychotherapy training based on experiences with manual-guided training and research: epilogue. *Psychotherapy*, 30, 599-600.
- Carpenter, W. T., Jr (1997) The Risk of Medication-Free Research. *Schizophrenia Bulletin*, 23 (1), 11-18.
- Carpenter, W. T., Jr; Schooler, N. R. & Kane J. M., (1997) The Rationale and Ethics of Medication-Free Research in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 54, 401-407.
- Eskola, A. (1971) *Sosiologian tutkimusmenetelmät 2*. Porvoo: WSOY.
- Frank, A. F. & Gunderson, J. G. (1990) The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. Relationship to Course and Outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
- Gabbard, G.; Lazar, S., Hornberger, J. & Spiegel D. (1997) The Economic Impact of Psychotherapy: A Review. *American Journal of Psychiatry*, 154, (2), 147-155.
- Hannula, J. (1997) Vaikuttavuuden arviointi psykoterapiaprojektissa. Seminaariesitelmä 17.1.1997 HYKS:n psykiatrian klinikalla.
- Henry, W., Strupp, H., Butler, S., Schacht, T., Binder, J. (1993) Effects of Training in Time-Limited Psychotherapy: Changes in Therapist Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 434-440.
- Holmqvist, R. & Armelius, B-O. (1996) Sources of Therapists' Countertransference Feelings. *Psychotherapy Research*, 6, (2), 70-78.
- Kontunen, J., Koponen, H., Ruohonen, P. (1993) Psykoterapiapalvelujen kehittämistarpeet Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. *Suomen lääkäri-lehti*, 48, 187-191.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J., Pilkonis, P. A. (1996) The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) 559/94. Helsinki: Suomen säädöskoelma
- Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, T., Lahtela, K., Raitasalo, R., Maatela, J., Aromaa, A. (1991) *Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt*. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:33.
- Lehtonen, J. (1994) *Mielen kellareissa: Tieteidenvälisiä tutkimusretkiä*. Helsinki: Yliopistopaino

Leiman, M. (1994) The development of cognitive-analytic therapy. *International Journal of Short Term Psychotherapy*, 9, 67-81.

Lindfors, O.; Hannula, J.; Aalberg, V.; Kaarento, K.; Kaipainen, M. & Pylkkänen K., (1995) Assessment of the effectiveness of Psychotherapy. *Psychiatria Fennica*, 26, 150-164.

Lääkintöhallitus (1979) Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö nro 10, Psykoterapia. Helsinki.

Lääkintöhallitus (1984) Psykoterapian kehittäminen julkisessa terveydenhuollossa. Ohjekirje 4/84.

Lääkintöhallitus (1988) Psykoterapia lääkinnällisenä kuntoutuksena. Lääkintöhallituksen julkaisuja, nro 117. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Mahoney, M. J. (1993) Theoretical Developments in the Cognitive Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 187-193.

Mielenterveystyön komitean mietintö (1984) Komiteamietintö 1984:17. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Miles, M. B. & Huberman M. A. (1994) *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Mueser, K. T. & Bellak, A. S. (1995) *Psychotherapy for Schizophrenia*. In Hirsch, S. R. & Weinberger, D. R. (eds.) *Schizophrenia*. Cambridge: Blackwell Science

Muhr, T. (1994) *Atlas/ti Computer Aided text interpretation & theory building - Release 1.1 E. 2nd edition*. Berlin

Mäkelä, K. (1990) *Kvalitatiivisen analyysin arviointipreusteet*. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus.

Najavits, L. M. & Strupp, H. H. (1994) Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114-123.

Neufeldt, S. A., Karno, M. P. & Nelson M. L. (1996) A Qualitative Study of Experts' Conceptualization of Supervisee Reflectivity. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 3-9.

Nutt-Williams, E. & Hill, C. E. (1996) The relationship between self-talk and therapy process variables for novice therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 170-177.

Olfson, M., Pincus, H. A. (1994) Outpatient psychotherapy in the United States II: Patterns of utilization. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1289-1294.

- Opetusministeriö (1989) Psykoterapiakoulutustoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 44. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Pyökkänen, K., Pöllänen, R., Upanne, M. (toim.) (1995) Psykoterapia Suomessa. Stakes. Oppaita 29.
- Rennie, D. L. (1992) Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: the unfolding of reflexivity. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (eds.), *Psychotherapy process research* (pp. 211-233). Newbury Park: Sage Publications.
- Rogers, C. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rönnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (1993) Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling & Development*, 71, 396-405.
- Sandler, J., Dare, C. & Holder A. (1988) *The Patient and the Analyst. The Basic of the Psychoanalytic Process*. London: Karnac Books.
- Skovholt, T. M. & Rönnestad, M. H. (1992) Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling & Development*, 70, 505-515.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995) Graduate training in psychotherapy: are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Stiles, W. B. (1993) Quality Control in Qualitative Research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: Sage
- Strupp, H. H., Hadley, S.W. (1979) Specific versus nonspecific factors in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Strupp, H. H. (1996) Some salient lessons from research and practice. *Psychotherapy*, 33, 135-138.
- Tähkä, V. (1994) *Mind and its Treatment. A Psychoanalytic Approach*. Madison, Connecticut: International Universities Press.
- Wyatt, R. J. (1997) Research in Schizophrenia and the Discontinuation of Antipsychotic Medications. *Schizophrenia Bulletin*, 23 (1), 3-9.

Liite 1.

## Haastattelutiedostojen sisältöalueet ja haastattelukysymykset

P113: hoajat.txt ja P114: vasty07.txt: Hoitajan ajatukset potilasta kuunnellessa  
Mitä ajattelit sen tunnin aikana kuunnellessasi potilasta?

P115: hotunt.txt ja P116: vasty08.txt: Hoitajan tunteet potilasta kuunnellessa  
Mitä tunsit kuunnellessasi häntä?

P117: hosam.txt ja P118: vasty09.txt: Hoitajan samaistuminen  
Saatoitko jossain kohdin kokea mahdolliseksi tuntea samoin kuin potilas ehkä tunsi?

P139: realsuh.txt ja P140: vasty20.txt: Hoitajan käsitys reaalisuhteesta  
Millaisena koit potilaan nähneen sinut?

P141: yhttsuh.txt ja P142: vasty21.txt: Hoitajan käsitys yhteistyösuhteesta  
Miten koit potilaan olleen yhteistyössä kanssasi?

P143: transuh.txt ja P144: vasty22.txt: Hoitajan käsitys transferenssisuhteesta  
Miten muuten koit potilaan nähneen sinut kuin ammattiroolissasi?

P145: vastunt.txt ja P146: vasty23.txt: Hoitajan vastatunteet  
Mitä tunteita koit potilasta kohtaan?

P147: vastkäs.txt ja P148: vasty24.txt: Hoitajan vastatunteiden käsittely  
Miten käsittelit näitä tunteita?

P149: vastrin.txt ja P150: vasty25.txt: Vastarinnan kuvaus  
Minkälaisia esteitä koit olevan potilaan työskentelyssä ja miten ne ilmenivät?

P151: kesanti.txt ja P152: vasty26.txt: Keskustelujen annin kuvaus  
Mitä ajattelet potilaan saaneen keskusteluista?

P153: eritapu.txt ja P154: vasty27.txt: Yhteistyöannin kuvaus  
Minkä ajattelet yhteistyössänne erityisesti auttaneen?



**Etelä-Savo Hospital District**  
**Moision sairaala**  
**Department of Psychiatry, Finland**



**University of Jyväskylä**  
**Department of Psychology, Finland**

## HOW DOES THE PSYCHOTHERAPEUTIC EDUCATION AFFECT NURSES' ORIENTATIONS IN THE DISCUSSIONS WITH PATIENTS?

A study on nurse-patient discussions

### THE MAIN EFFECT OF PSYCHOTHERAPEUTIC EDUCATION IS THE INCREASE OF REFLECTIVE THINKING

Reflective thinking means an internal process of attention and thought. Attention is directed to the therapist's own actions, emotions and thoughts in the therapy session. At the same time the therapist is open to all the thoughts and phantasies the patient presents. This is possible when the therapist tolerates vulnerability and has sources for understanding, that is, ability to integrate theoretical knowledge, professional experience and the experience of the self.

According to our study psychotherapeutic education contributes to the increase of reflective thinking. This happens via the changes of orientations from concreteness and alienness to interaction.

### BACKGROUND OF THE STUDY – THE NEED FOR PSYCHOTHERAPEUTIC EDUCATION IN NURSE-PATIENT DISCUSSIONS

The psychotherapeutic treatment of schizophrenia and other psychoses is mainly given in the public sector of medical care, where the therapeutic discussions are performed by nurses. So far nurses have had inadequate opportunities to receive education in psychotherapy. So we need psychotherapy education directed at nurses.

That is why we carried out an educational project during 1992-1997 in an psychiatric catchment area of 110 000 inhabitants. An evaluation focusing in changes in therapeutic discussions was conducted in the beginning and after the first courses of psychodynamic education.

### METHODS

**Participants:**  
 26 nurses (21 women and 5 men)  
 (17 in psychiatric hospital, 9 in outpatient clinic)

**Education:**  
 Psychodynamic psychotherapy in basic level (80 h theory seminars, 40 h supervision / two years  
 The main teacher was psychoanalyst and the other 5 teachers had psychodynamic psychotherapy education

**Interviews:**  
 Structured interview (1 1/2 hours) at the beginning and after the education were recorded and transcribed

**Measures:**  
 Nurses' responses were examined both qualitatively and quantitatively.  
 Affect's coherence was used in the text interpretation.  
 The coding was checked by another psychologist, who was blind to the time of answer.  
 The Agreement of the coding was 73%.  
 The statistical matrix was analyzed by SPSS to evaluate the answers between the first and second interview (t-test).

### RESULTS: CHANGES IN ORIENTATIONS BETWEEN THE FIRST AND SECOND INTERVIEW

Categories	Mean scores		
	In the beginning	After	p
<b>Concreteness and alienness</b>			
Distant listening	0.62	0.23	.030
Countertransference evoked by alienness	0.81	0.96	n.s.
Difficulties in assisting	0.73	0.54	n.s.
<b>Care and holding</b>			
Emphatic listening	1.00	0.88	n.s.
Countertransference describing care and holding	1.19	1.04	n.s.
Safety emphasis in assisting	1.27	1.19	n.s.
<b>Rehabilitation</b>			
Target oriented listening	1.19	1.08	n.s.
Countertransference expressed in general terms	0.77	0.85	n.s.
Assisting to cope with	0.58	0.38	n.s.
<b>Interaction</b>			
Interaction-oriented listening	0.81	1.19	.030
Countertransference connected with interaction	0.81	1.08	n.s.
Importance of interaction	0.65	1.31	.007

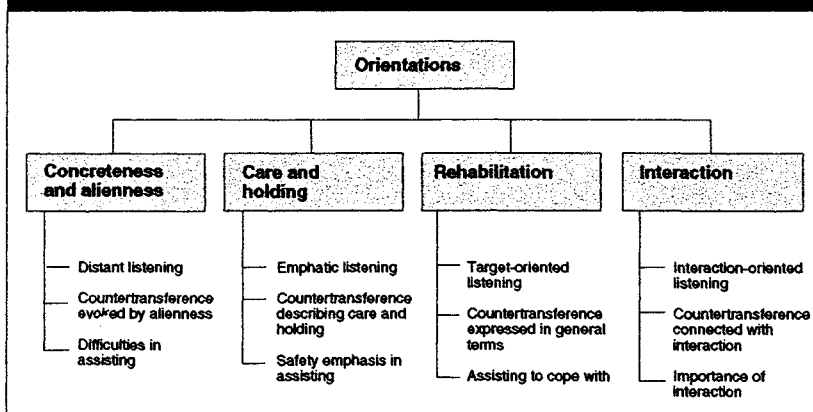
### CONCLUSIONS

The results indicate that basic-level education in psychodynamic psychotherapy diminishes distant listening (e.g. hopelessness and helplessness) and increases interaction-oriented listening and the understanding of significance of interaction. This contributes to the increase of reflective thinking. The fact that the nurse pays attention to the interactional factors in the patient-nurse relationship and thinks more reflectively can have a decisive importance in the maintenance of cooperative relationship and gives hope in the treatment of severe psychiatric disorders.

### References:

Frost, A. F., & Gantman, J. G. (1995) The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia: Relationship to Causes and Outcomes. *Annals of Current Psychiatry*, 47, 223-226.  
 Murr, T. (1984) *Althusser's Concept of Ideology and Theory Building* - Helsinki 11 E. Uusi's manual. Bohn.  
 Neuhoff, S. A., Kame, M. P., & Nelson M. L. (1989) A Qualitative Study of Experts' Conceptualization of Supervisee Reflectivity. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 3-8.

### RESULTS: FOUR BASIC ORIENTATIONS



### Authors:

**Jarmo Kontunen, M.A., Chief psychologist,**  
 Etelä-Savo medical catchment,  
 Department of Psychiatry, Mikkeli, Finland

**Jukka Aaltonen, M.D., PhD., Professor,**  
 University of Jyväskylä,  
 Department of Psychology, Jyväskylä, Finland

**Hannu Koponen, M.D., PhD., Chief Physician,**  
 Etelä-Savo medical catchment,  
 Department of Psychiatry, Mikkeli, Finland





Etelä-Savo Hospital District  
Moision sairaala  
Department of Psychiatry, Finland



University of Jyväskylä  
Department of Psychology, Finland

# **HOW DOES THE PSYCHOTHERAPEUTIC EDUCATION AFFECT NURSES' ORIENTATIONS IN THE DISCUSSIONS WITH PATIENTS?**

**A study on nurse-patient discussions**

## **Authors:**

**Jarmo Kontunen, M.A., Chief psychologist,**  
*Etelä-Savo medical catchment,  
Department of Psychiatry, Mikkeli, Finland*

**Jukka Aaltonen, M.D., PhD., Professor,**  
*University of Jyväskylä,  
Department of Psychology, Jyväskylä, Finland*

**Hannu Koponen, M.D., PhD., Chief Physician,**  
*Etelä-Savo medical catchment,  
Department of Psychiatry, Mikkeli, Finland*

*October 1997*

# **THE MAIN EFFECT OF PSYCHOTHERAPEUTIC EDUCATION IS THE INCREASE OF REFLECTIVE THINKING**

Reflective thinking means an internal process of attention and thought. Attention is directed to the therapist's own actions, emotions and thoughts in the therapy session. At the same time the therapist is open to all the thoughts and phantasies the patient presents. This is possible when the therapist tolerates vulnerability and has sources for understanding, that is, ability to integrate theoretical knowledge, professional experience and the experience of the self.

According to our study psychotherapeutic education contributes to the increase of reflective thinking. This happens via the changes of orientations from concreteness and alienness to interaction.

## **BACKGROUND OF THE STUDY – THE NEED FOR PSYCHOTHERAPEUTIC EDUCATION IN NURSE-PATIENT DISCUSSIONS**

The psychotherapeutic treatment of schizophrenia and other psychoses is mainly given in the public sector of medical care, where the therapeutic discussions are performed by nurses. So far nurses have had inadequate opportunities to receive education in psychotherapy. So we need psychotherapy education directed at nurses.

That is why we carried out an educational project during 1992-1997 in an psychiatric catchment area of 110 000 inhabitants. An evaluation focusing in changes in therapeutic discussions was conducted in the beginning and after the first courses of psychodynamic education.

## **METHODS**

### **Participants:**

26 nurses (21 women and 5 men)  
(17 in psychiatric hospital, 9 in outpatient clinic)

### **Education:**

Psychodynamic psychotherapy in basic level (80 h theory seminars, 40 h supervision / two years)  
The main teacher was psychoanalyst and the other 5 teachers had psychodynamic psychotherapy education

### **Interviews:**

Structured interview (1 1/2 hours) at the beginning and after the education were recorded and transcribed

### **Measures:**

Nurses' responses were examined both qualitatively and quantitatively.

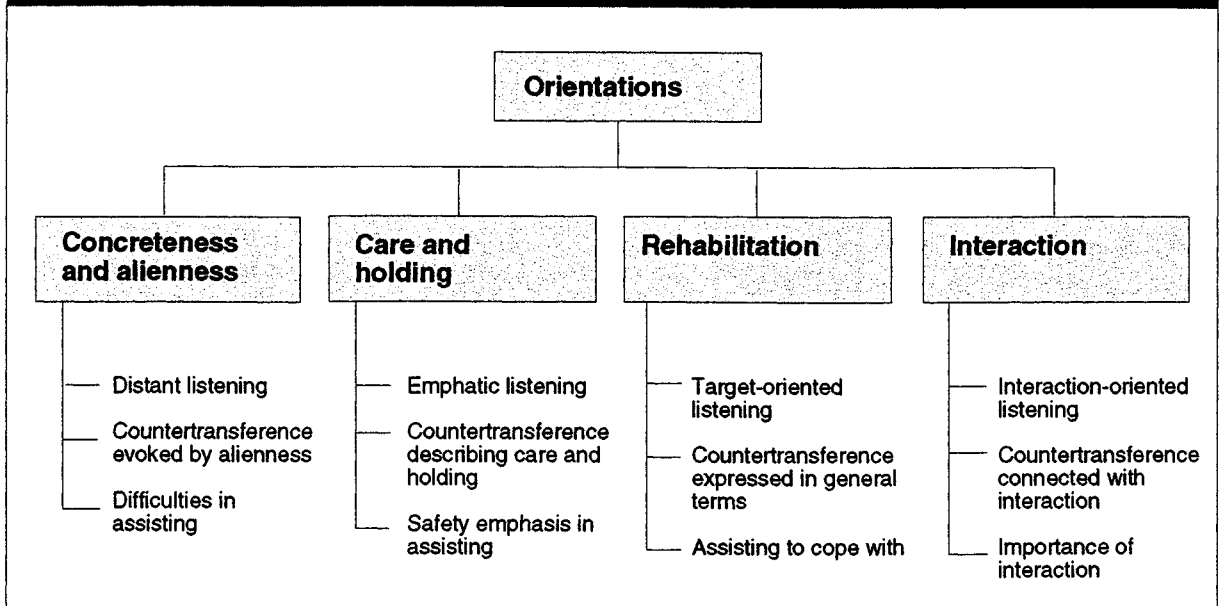
Atlas/ti software was used in the text interpretation

The Coding was checked by another psychologist, who was blind to the time of answer.

The Agreement of the coding was 73 %.

The statistical matrix was analyzed by SPSS to evaluate the answers between the first and second interview (t-test).

## RESULTS: FOUR BASIC ORIENTATIONS



## RESULTS: CHANGES IN ORIENTATIONS BETWEEN THE FIRST AND SECOND INTERVIEW

Categories	Mean scores		
	In the beginning	After	p
<b>Concreteness and alienness</b>			
Distant listening	0.62	0.23	.030
Countertransference evoked by alienness	0.81	0.96	n.s.
Difficulties in assisting	0.73	0.54	n.s.
<b>Care and holding</b>			
Emphatic listening	1.00	0.88	n.s.
Countertransference describing care and holding	1.19	1.04	n.s.
Safety emphasis in assisting	1.27	1.19	n.s.
<b>Rehabilitation</b>			
Target oriented listening	1.19	1.08	n.s.
Countertransference expressed in general terms	0.77	0.85	n.s.
Assisting to cope with	0.58	0.38	n.s.
<b>Interaction</b>			
Interaction-oriented listening	0.81	1.19	.030
Countertransference connected with interaction	0.81	1.08	n.s.
Importance of interaction	0.65	1.31	.007

## CONCLUSIONS

The results indicate that basic-level education in psychodynamic psychotherapy diminishes distant listening (e.g. hopelessness and helplessness) and increases interaction-oriented listening and the understanding of significance of interaction.

This contributes to the increase of reflective thinking. The fact that the nurse pays attention to the interactional factors in the patient-nurse relationship and thinks more reflectively can have a decisive importance in the maintenance of cooperative relationship and gives hope in the treatment of severe psychiatric disorders.

## References:

- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990) The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. Relationship to Course and Outcome. Archives of General Psychiatry, 47, 228-236.
- Muhr, T. (1994) Atlas/ti Computer Aided text interpretation & theory building - Release 1.1 E. User's manual. Berlin.
- Neufeldt, S. A., Karno, M. P., & Nelson M. L. (1996) A Qualitative Study of Experts' Conceptualization of Supervisee Reflectivity. Journal of Counseling Psychology, 43, 3-9.

London 12th-16th October 1997

# Building Bridges

The Psychotherapies  
and psychosis

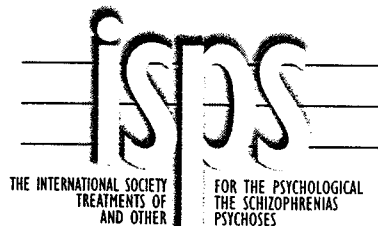
symposium for the  
of Schizophrenia

# FINAL

# PROGRAMME



International Conference  
Supported by The Royal College of Psychiatrists,  
The British Psychological Society,  
and many other British Mental Health Organisations



*The Queen Elizabeth II Conference Centre,  
Westminster, London, U.K.*

## **Psychiatric discussions in nurse - patient relationship and the basic-level education in psychotherapy**

Jarmo Kontunen, Jukka Aaltonen and Hannu Koponen

Etelä-Savo Medical District and Jyväskylä University

Mikkeli and Jyväskylä

Finland

The treatment of schizophrenia and other psychoses is mainly given in the public sector of medical care, where the responsibility of doctor - patient relationships is to a great extent borne by the nurses. So far the nurses have had inadequate possibilities to receive education in psychotherapy. We have carried out an educational project on the different forms of psychotherapy in Etelä-Savo Medical District (ca 110 000 inhabitants) during 1992-1997. More than 90 nurses in 12 seminar groups have participated in this education. We have connected to the education project a research study with the purpose of describing the interactional work of the nurses before the basic-level dynamic psychotherapeutic education (80 hours of theory and on average 30 hours of supervision / two years) and after the education. 26 nurses participated in a structured interview which described the different aspects of the psychotherapeutic process. Their responses were examined both qualitatively and quantitatively. Content analysis of the interview material brought out four basic orientations, which are presented in the following figure.

The nurses' descriptions of their own therapeutic discussions with the patients were almost similar at the beginning and at the end of education in care and holding and rehabilitational orientation, but they separated in concreteness and alienness and interactional orientation. Distant listening, which became an example of the nurse's hopelessness and helplessness, had diminished after the given education. At the same time descriptions of interactions in the nurse-patient relationship had increased after the education e.g. so that identification with the patient's situation had become more possible and the nurse's countertransference feelings were more often connected with the interaction that had happened between the patient and the nurse. The results indicate that basic level psychodynamic education increases observations made about interaction in the patient-nurse relationship. The fact that the nurse pays attention to the interactional factors in the patient-nurse relationship can have a decisive importance in the maintenance of cooperative relationship and hope in the treatment of severe psychiatric disorders.

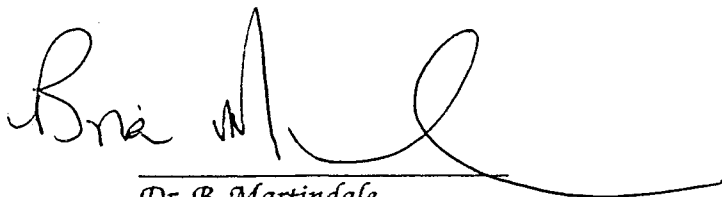
# *ISPS '97*

*London 12 -16th October*

*Options Eurocongress has the greatest pleasure in awarding*

*J. Kontunen*

*3rd Prize  
Poster Category*



*Dr. B. Martindale  
Chairman Scientific Committee  
ISPS '97*



*Mary Mc Dermott Roe  
General Manager  
Options Eurocongress*