

**VUOROVAIKUTUS ITSEÄÄN VAHINGOITTAVIEN POTILaidEN
MANUALISOIDUSSA TERAPIASSA**

Hannamari Heino ja Sanna-Riikka Nygrén

Pro gradu – tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Psykologian laitos

Syksy 2009

TIIVISTELMÄ

Vuorovaikutus itseään vahingoittavien potilaiden manualisoidussa terapiassa

Tekijät: Hannamari Heino ja Sanna-Riikka Nygrén

Ohjaaja: Jarl Wahlström

Psykologian pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos

Syksy 2009

54 sivua, 3 liitettä

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää manualisoinnin toteutumista ja vuorovaikutusta itseään vahingoittavien potilaiden neljän kerran terapiassa. Aineisto on osa Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella toteutettavaa Central Finland Self-Harm (CFSH) -tutkimusta. Aineisto koostui viidestä helmikuun 2008 ja huhtikuun 2009 välillä videoidusta terapiasuhteesta. Manualisoinnin toteutumisen lisäksi tarkasteltiin terapiainterventiolle tyypillisiä vuorovaikutuksen piirteitä, vuorovaikutuksen yhtenäisyyksiä ja eroja eri terapiasuhteissa sekä vuorovaikutuksen muutosta terapian edetessä. Jokaiselle terapiasuhteelle muodostettiin myös yksilöllinen vuorovaikutusrakenne.

Vuorovaikutusta tutkittiin Psychotherapy Process Q-Set -menetelmällä, joka mahdollisti vuorovaikutuksen analyysin tilastollisin menetelmin. Manuaalin mukaisten elementtien läsnäolo taulukoitiin, ja interventiolle tyypillisiä vuorovaikutuspiirteitä tarkasteltiin PQS-väittämien keskiarvojen avulla. Vuorovaikutuksen yhtenäisyyttä, eroja ja muutosta terapian edetessä analysoitiin Kruskalin-Wallisin ei-parametrisellä testillä.

Tulokset osoittivat, että annetut terapiat noudattivat manuaalia hyvin. Vuorovaikutuksessa havaittiin yhtenäisyyksiä ja eroja yhtä paljon. Tilastollisesti merkitseviä eroja oli 50 vuorovaikutusväittämässä 100:sta. Eroja oli terapeuttia, terapeutin käyttämää tekniikkaa, keskustelunaiheita ja potilasta koskevissa PQS-väittämässä. Yhtenäisyyksissä painoutuivat terapeuttiin ja terapeutin käyttämään tekniikkaan liittyvät väittämät.

Avainsanat: vuorovaikutus, itseä vahingoittava käyttäytyminen, Psychotherapy Process Q-Set

ABSTRACT

Patient-therapist interaction in manualised treatment for self-injurious

Authors: Hannamari Heino and Sanna-Riikka Nygrén

Supervisor: Jarl Wahlström

Master's Thesis in psychology

University of Jyväskylä, Department of Psychology

Autumn 2009

54 pages, 3 appendices

The aim of this study was to examine patient-therapist interaction and the therapist adherence to the treatment manual in the therapy for self-injuring patients. The research data used in this study is part of the Central Finland Self-Harm (CFSH) study being conducted at the Department of Psychology of the University of Jyväskylä. The data consisted of five four-session treatment processes, which were recorded on videotapes between February 2008 and April 2009. A further aim of this thesis was to study the similarities and differences of the interaction between different patient-therapist dyads, and find out whether the interaction changes when the therapy proceeds

Interaction was studied with the Psychotherapy Process Q-Set (PQS), which enables the description of the therapist-patient interaction in a form suitable for quantitative comparison and analysis. The manualised elements found in each dyad were collected into a table, and analyzed qualitatively. The most characteristic interaction traits were studied using Q-item means. The similarities and differences between the dyads and changes in the interaction patterns were analyzed with the nonparametric test of Kruskal-Wallis.

The results showed that the therapist adherence to the treatment manual was good. In the interaction there were as many differences as similarities between the patient-therapist dyads. 50 of the 100 Q-items significantly differentiated between the dyads. There were differences in items describing the therapist stance, therapist techniques, themes of discussion, and patient characteristics. Similarities in the interaction were found regarding therapist stance and therapist techniques.

Key words: Patient-therapist interaction, Self-injurious behavior, Psychotherapy Process Q-Set.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
1.1. Itseä vahingoittava käyttäytyminen	6
1.2. Itsensä vahingoittamisen funktiot	7
1.3. Itseä vahingoittavan käyttäytymisen esiintyminen	8
1.4. Terapeuttinen vuorovaikutus ja vuorovaikutusrakenne	10
1.5. Vuorovaikutuksellisuus itseä vahingoittavien terapeuttisessa hoidossa	11
1.6. Itseä vahingoittavien potilaiden hoito	13
1.7. Manualisoitu hoito	16
1.8. Tutkimuskysymykset	17
2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	18
2.1. Tutkittavat	18
2.2. Terapeutit	19
2.3. Manualisoitu hoito CFSH –tutkimuksessa	20
2.4. Tutkimusmenetelmät	20
2.5. Aineiston analysointi	23
3 TULOKSET	25
3.1. Terapiaintervention toteutuminen manuaalin mukaan	25
3.2. Interventiolle tyypilliset vuorovaikutuspiirteet	27
3.3. Vuorovaikutus terapisuhteissa	29
3.3.1 Vuorovaikutuksen yhtenäisyys terapisuhteissa	29
3.3.2. Vuorovaikutuksen erot terapisuhteissa	31
3.3.3. Terapisuhteiden vuorovaikutusrakenne	34
3.3.4. Vuorovaikutuksen muutos	35
4 POHDINTA.....	36
4.1. Manualisoinnin elementit terapiassa	36
4.2. Vuorovaikutuksen yhtenäisyydet ja erot	37
4.3. Tutkimuksen ja tutkimusmenetelmien arviointi	39
4.4. Jatkotutkimustarpeet	41
4.5. Johtopäätökset	42
LÄHTEET	43

LIITTEET

1 JOHDANTO

Tutkimusten mukaan itseä vahingoittava käyttäytyminen on yleistynyt viime vuosina, ja siitä on tullut psykiatriassa usein kohdattu haaste (Hawton ym., 2002; Hirvonen, Kontunen, Amnell, & Laukkanen, 2004; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Muehlenkamp, 2006; Prinstein, 2008). Itsensä vahingoittaminen on vakava ongelma, sillä pahimmassa tapauksessa se voi johtaa kuolemaan (Muehlenkamp, 2006; Prinstein, 2008; Stanley, Gameraff, Michalsen, & Mann, 2001). Se kuormittaa yksilön lisäksi myös terveydenhuoltoa aiheuttaen merkittäviä kustannuksia. Itseä vahingoittavan käyttäytymisen ymmärtäminen on erityisen haasteellista, sillä itseä vahingoittavat ovat diagnostisesti heterogeeninen ryhmä ja ongelman taustalla vaikuttavat monimutkaiset tekijät (Briere & Gil, 1998; Hume & Platt 2007; Nock & Prinstein, 2004; Prinstein, 2008). Tutkimustietoa itseä vahingoittavasta käyttäytymisestä, sen funktioista ja tehokkaista hoitomuodoista on olemassa vain vähän.

Itseä vahingoittaville potilaille soveltuvien tehokkaiden hoitomuotojen kartoittaminen on tärkeää mahdollisimman hyvän hoidon takaamiseksi (Bosman & van Meijel, 2008; Hirvonen ym., 2004; Klonsky ym., 2003; Kool, van Meijel & Bosman, 2009; Prinstein, 2008). Hoitoja manualisoimalla voidaan kokeellisin tutkimuksin selvittää, millaiset terapiainterventiot ovat tehokkaita itseä vahingoittaville (Wilson, 1998). Tutkimuksessa on tärkeää kiinnittää huomiota myös potilaan ja terapeutin välisen vuorovaikutuksen erityispiirteisiin, sillä itseä vahingoittavien on todettu hyötyvän tietynlaisista, muista potilasryhmistä eroavista lähestymistavoista hoitosuhteessa (Nafisi & Stanley, 2007). Itseä vahingoittavia pidetään myös yhtenä haastavimmista ja hoitoresistenteimmistä potilasryhmistä (Favazza, 1996). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa manualisoinnin toteutumista ja vuorovaikutusta itseä vahingoittavien potilaiden lyhytterapeuttisessa hoidossa, kun hoitomuotona käytetään hyväksymis- ja omistautumis- sekä ratkaisukeskeisen terapian menetelmiä.

1.1. Itseä vahingoittava käyttäytyminen

Itseä vahingoittavasta käyttäytymisestä ei ole olemassa yhtä vakiintunutta ja yhtenäistä määritelmää. Englanninkielisessä kirjallisuudessa siitä käytetään useita eri nimityksiä kuten self-harm, self-injury, self-mutilation ja parasuicide (Claes & Vandereycken, 2007; Herpertz, 1995; Klonsky, 2007; Sidley, 1998). Toisinaan näitä termejä käytetään toistensa synonyymeina, ja toisinaan taas määritelmien kattavuudessa on vaihtelua, ja niillä viitataan vakavuudeltaan eriasteiseen ja – tyyppiseen itsensä vahingoittamiseen. Vakiintuneiden termien puuttuminen vaikeuttaa eri tutkimusten vertailua ja kliinistä työtä.

Vaikka yhtenäistä termistöä ja määritelmää ei itseä vahingoittavasta käyttäytymisestä kirjallisuudesta löydykään, on ilmiötä useimmiten tarkasteltu laajuudeltaan kolmelta eri tasolta. Suppeimmillaan itsensä vahingoittaminen määritellään tarkoitukselliseksi oman kehon tai kudoksen pinnalliseksi vaurioittamiseksi ilman kuoleman aikomusta (Claes & Vandereycken, 2007; Klonsky, 2007). Kapean määrittelyn kannattajat pitävät tärkeänä erityisesti itsemurha-aikomusten sulkemisen itseä vahingoittavan käyttäytymisen ulkopuolelle, sillä niiden taustalla ajatellaan olevan erilaiset motiivit ja tavoitteet (Claes & Vandereycken, 2007; Klonsky, 2007; Muehlenkamp, 2005; Suyemoto, 1998). Tähän määrittelyyn liitetään usein myös maininta sosiaalisesti ei-hyväksytystä käyttäytymisestä (Claes & Vandereycken, 2007; Prinstein, 2008; Suyemoto, 1998).

Hieman laajempi määrittely sisältää myös epäsuoran itsensä vahingoittamisen, jolla viitataan muun muassa vahingollisiin syömis- ja juomistapoihin sekä lääkkeiden väärinkäyttöön (Claes & Vandereycken, 2007; Hume & Platt, 2007; Kool ym., 2009), jotka voivat ainakin vahingossa johtaa kuolemaan. Omaksi ryhmäkseen erotellaan monesti myös vakava-asteisempi suora itsensä vahingoittaminen kuten kastratio tai kehon osien amputointi (Briere & Gil, 1998; Claes & Vandereycken, 2007).

Laajimmillaan itseä vahingoittavaan käyttäytymiseen luetaan kuuluvaksi myös itsemurhakäyttäytyminen. Tällöin itseä vahingoittavalla käyttäytymisellä

nähdään yleensä olevan kaksi muotoa: itsemurhaan pyrkivä itsensä vahingoittaminen (suicidal self-injury) ja itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhan aikomusta (non-suicidal self-injury) (Brown, Comtois, & Linehan 2002; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Prinstein, 2008). Itsemurhariskin huomioiminen itseä vahingoittavilla on tärkeää, vaikka kaikilla itseä vahingoittavilla ei olekaan suisidaalisia ajatuksia. On arvioitu, että noin 55 – 85 prosenttia itseä vahingoittavista on yrittänyt itsemurhaa vähintään kerran (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock ym., 2006; Stanley ym., 2001). Itsensä vahingoittaminen saattaa johtaa kuolemaan myös vahingossa (Muehlenkamp, 2005; Prinstein, 2008; Stanley ym., 2001). Jotkin tutkimussuuntaukset kyseenalaistavat myös itsemurhariskin kaksijakoista kyllä tai ei – luokittelua, sillä henkilö ei välttämättä ole varma aikomuksestaan kuolla (Linehan, 1986; Muehlenkamp, 2005; Prinstein, 2008; Stanley ym., 2001). Esimerkiksi Linehanin (1986) mukaan itseä vahingoittavaa käytöstä tulisikin tarkastella kuolemanriskin jatkumolla riippumatta siitä, onko aikomusta kuolla.

Itseä vahingoittavan käyttäytymisen tutkimuksessa ja kliinisessä työssä on tärkeää ymmärtää, että itsensä vahingoittamisen ilmenemismuotoja on useita (Prinstein, 2008). Tässä tutkimuksessa itseä vahingoittavaa käyttäytymistä tarkastellaan laajimmasta näkökulmasta, joka sisältää jaottelun itsemurhaan pyrkivään itsensä vahingoittamiseen ja ilman kuolemantoiveita toteutettuun itsensä vahingoittamiseen. Tämä mahdollistaa itsemurhariskin huomioimisen yleistämättä kuitenkaan itsemurha-aikomuksia kuuluvaksi kaikkeen itsensä vahingoittamiseen. Tässä tutkimuksessa termejä itsensä vahingoittaminen ja itseä vahingoittava käyttäytyminen käytetään synonyymisesti.

1.2. Itsensä vahingoittamisen funktiot

Itseä vahingoittavien hoidon kannalta on olennaista ymmärtää myös se, millaisia tarkoituksia käyttäytyminen kullakin potilaalla palvelee eli millaisia funktioita sillä on (Klonsky, 2007; Nock, 2008). Tutkimusten mukaan kaikkein tyypillisin on tunteidensäätelyfunktio eli pyrkimys säädellä ja ainakin

hetkellisesti vapautua negatiivisista tunteista kuten vihasta tai ahdistuneisuudesta (Klonsky ym., 2003; Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, 2008; Nock & Prinstein, 2004; Stanley ym., 2001; Walsh, 2007). Itseä vahingoittavalla käyttäytymisellä henkilö voi myös pyrkiä luomaan tunteita, jotta voisi tuntea edes jotakin vastakohtana täydelliselle tunteettomuudelle. Toiseksi useimmin raportoitu syy itseä vahingoittavaan käyttäytymiseen on itseen kohdistuva viha ja itsensä rankaiseminen. Joidenkin tutkimusten mukaan merkittäviä ovat myös sosiaaliset ja interpersoonalliset funktiot, jolloin itseä vahingoittamalla voidaan pyrkiä esimerkiksi viestimään omaa pahaa oloa tai luomaan rajoja itsen ja ympäristön välille (Brown ym., 2002; Klonsky, 2007; Nock & Prinstein, 2004; Prinstein, 2008; Walsh, 2007). Monesti itsensä vahingoittamisen taustalla on useita edellä mainituista funktioista (Klonsky, 2007). Itsensä vahingoittamisen ja itsemurhan yhteyttä on tutkittu melko vähän, mutta usein ollaan sitä mieltä, että niiden taustalla vaikuttavat ainakin jossain määrin erilaiset funktiot ja motivaatiotekijät (Brown ym., 2002; Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson, & Boergers., 2001; Muehlenkamp, 2005; Nock ym., 2006; Prinstein, 2008; Stanley ym., 2002; Walsh, 2006).

1.3. Itseä vahingoittavan käyttäytymisen esiintyminen

Itseä vahingoittavan käyttäytymisen esiintymistä normaaliväestön piirissä on tutkittu vain vähän, mutta arvioiden mukaan noin 4 prosenttia normaalipopulaatiosta on vahingoittanut itseään (ei sisällä itsemurhia) (Briere & Gil, 1998; Klonsky ym., 2003; Muehlenkamp, 2005). Psykiatrisen hoidon piiriin kuuluvien keskuudessa itsensä vahingoittaminen on selvästi yleisempää. Aikuisten potilaiden osalta noin 20 prosentin on arvioitu vahingoittaneen itseään ja nuorten tutkimuksesta riippuen noin 40 – 80 prosentin (Briere & Gil, 1998; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock & Prinstein, 2004). Suomessa Laukkasen, Rissasen, Kylmän ja Tolmusen (2008) tutkimuksessa 13 – 18 -vuotiaista nuorista 11,5 prosenttia raportoi viillelleen itseään. Itsemurhaan päätyy maailmanlaajuisesti keskimäärin 0,016 prosenttia väestöstä (WHO, Suicide prevention program). Suomessa vuonna 2006 itsemurhan teki 1061

ihmistä, joista kaksi kolmasosaa oli miehiä. Itsemurha on kolmen yleisimmän kuolinsyyn joukossa 15 - 44 -vuotiaiden ikäryhmässä. Itsemurhaan päätyneistä yli 90 prosentilla on psyykkisiä sairauksia.

Itseä vahingoittava käyttäytyminen alkaa tyypillisesti noin 13 – 14 -vuotiaana (Briere & Gil, 1998; Nock ym., 2006). Useimmiten itsensä vahingoittamista tapahtuu vain kerran tai muutamia kertoja. Kroonisia itseään vahingoittajia on vähemmistö (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock ym., 2006). Itsensä vahingoittamisen on arvioitu kestävän keskimäärin 10 – 15 vuotta, mutta se voi jatkua pidempäänkin (Simeon & Favazza, 2001). Tyypillisin itsensä vahingoittamisen muoto on ihon viiltely, jota tutkimusten mukaan tekee noin 70 prosenttia itseä vahingoittavista (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Muita usein esiintyviä muotoja ovat oman kehon lyöminen, hakkaaminen ja polttaminen. Suurin osa itseä vahingoittavista on käyttänyt useampia kuin yhtä tapaa.

Itseä vahingoittavien sukupuolesta on olemassa jonkin verran ristiriitaista tutkimustietoa. Etenkin aiemmin sitä on pidetty enemmän naisten ongelmana, mutta uusimmissa tutkimuksissa on todettu esiintyvän yhtä lailla miehillä kuin naisilla (Briere & Gil, 1998; Klonsky ym., 2003; Muehlenkamp, 2005). Muehlenkamp ja Klonsky (2007) viittaavat tutkimuksiin, joiden mukaan sukupuolten välillä saattaa olla eroja kuitenkin siinä, miten itseä vahingoitetaan. Naisten on raportoitu käyttävän enemmän viiltelyä, kun miehille taas tyypillisempää on polttaminen tai itsensä hakkaaminen.

Itseä vahingoittavat voivat kärsiä erilaisista psyykkisistä sairauksista, mutta sitä voi esiintyä myös ilman muita psyykkisiä sairauksia (Klonsky ym., 2003; Nock ym., 2006; Prinstein, 2008). Tyypillisimmin itsensä vahingoittaminen on liitetty rajatilaiseen persoonallisuushäiriöön (Guertin ym., 2001; Klonsky ym., 2003; Muehlenkamp, 2005; Suyemoto, 1998). Itseä vahingoittavilla on tutkimuksissa raportoitu myös masennusta, ahdistusta, syömishäiriöitä, skitsofreniaa ja päihteiden väärinkäyttöä (Guertin ym., 2001; Klonsky ym., 2003; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp, 2005; Nock ym., 2006).

1.4. Terapeuttinen vuorovaikutus ja vuorovaikutusrakenne

Psykoterapeuttisen työn keskeinen kysymys on vuorovaikutuksen merkityksen arviointi terapeuttisessa tapahtumassa (Tiuraniemi, 1993). Psykoterapian tarkasteleminen vuorovaikutustapahtumana edellyttää sitä, että kiinnitetään huomiota sekä potilaan että terapeutin toimintaan ja ominaisuuksiin (Ablon & Jones, 2002; Cahill ym., 2008; Tiuraniemi, 1993). Myös terapian kontekstilla, kuten käytetyllä terapiamuodolla on vaikutusta syntyvän vuorovaikutuksen luonteeseen (Cahill ym., 2008). Terapeuttisia hoitoja tutkittaessa on usein keskitytty vain terapeutin interventioiden ja tekniikoiden tutkimiseen (Ablon & Jones 1999, 2002), mutta terapiassa tapahtuvan muutoksen ymmärtämiseksi on tärkeää huomioida myös laajempi, vuorovaikutuksellinen konteksti, jossa interventiot tapahtuvat. Potilas ja terapeutti vaikuttavat toinen toisiinsa sekä muodostuvan terapeuttisen suhteen luonteeseen (Ablon & Jones, 2002; Cahill ym., 2008; Hill, 2005; Price & Jones, 1998). Hillin (2005) mukaan terapeutin käyttämät tekniikat, potilaan ominaisuudet ja terapeuttisen suhteen luonne ovat kaikki sidoksissa toinen toisiinsa eikä niitä ole mielekästä tarkastella toisistaan irrallisina.

Terapeutin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen vastavuoroisuutta tarkastellaan Enrico E. Jonesin (2000) vuorovaikutusrakenne-teoriassa. Vuorovaikutusrakenteella tarkoitetaan potilaan ja terapeutin tapaa olla keskenään vuorovaikutuksessa tavoilla, jotka toistuvat ja jotka muodostavat olennaisen osan terapeuttista toimintaa. Potilaan ominaisuuksien ja käyttäytymisen ajatellaan vaikuttavan syntyvään suhteeseen yhtä lailla kuin terapeutin interventioiden. Terapeuttisessa suhteessa voi olla useampia vuorovaikutusrakenteita, mutta usein yksi rakenne on dominoiva.

Vuorovaikutusrakenne heijastaa sekä potilaan että terapeutin psyykkistä rakennetta, ja se muuttuu hitaasti (Jones, 2000). Koska käsite on kehitetty psykoanalyttisen suuntauksen piirissä, vuorovaikutuksen ajatellaan olevan ilmentymä potilaan ja terapeutin välisestä transferenssi-vastatransferenssi-ilmiöstä. Vuorovaikutusrakenne tulee näkyväksi potilaan ja terapeutin käyttäytymisessä sekä tunnekokemuksissa. Terapeuttisen toiminnan kannalta

on olennaista, miten hyvin sekä terapeutti että potilas tunnistavat ja ymmärtävät vuorovaikutuksen toistuvia piirteitä.

Vuorovaikutusrakenteella on merkittävä rooli myös terapioiden, joissa vuorovaikutuksen tulkinta (ts. transferenssin ja vastatransferenssin tulkinta) ei ole keskeinen osa terapeutista toimintaa (Jones, 2000). Tällöin terapeuttisessa toiminnassa nousevat usein keskeisiksi tukevat, supportiiviset prosessit. Supportiivisessa prosessissa voi olla kyse esimerkiksi korjaavan emotionaalisen kokemuksen tarjoamisesta tai terapeutin tavasta reagoida uudella, potilaan odotuksista poikkeavalla tavalla. Muita supportiivisia tekniikoita ovat muun muassa neuvot, rohkaisut sekä se, että terapeutti jättää haastamatta potilaan näkökulmia. Supportiivisten interventioiden käyttö on hyödyllistä esimerkiksi juuri itseä vahingoittavien potilaiden kohdalla.

Ablon ja Jones (2002) ovat tutkimuksissaan havainneet, että potilaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus voi olla hyvin samankaltaista myös eri terapiamuotojen välillä. Tähän vaikuttivat sekä potilaaseen että terapeuttiin liittyvät tekijät. Potilaiden osallistuminen terapiaprosessiin ja terapeuttien suhtautuminen potilaisiin olivat hyvin samankaltaisia vertailuissa terapiamuodoissa. Muissa tutkimuksissa on puolestaan todettu, että tietyille terapiamuodoille ominaiset tekniikat eivät ole täysin merkityksettömiä, mutta niiden vaikuttavuus on sidoksissa terapeutin suhteen toimivuuteen (Ahn & Wampold, 2001; Hill, 2005; Wampold, 2001). Lisäksi terapian tuloksellisuustutkimuksissa on saatu näyttöä sille, että terapeutin ja potilaan ominaisuudet ennustavat terapian tuloksellisuutta paremmin kuin erilaiset terapiatekniikat tai terapiamuodot (Ablon & Jones, 1998, 2002; Crits-Christoph ym., 1991; Wampold, 2001)

1.5. Vuorovaikutuksellisuus itseä vahingoittavien terapeutisessa hoidossa

Itseä vahingoittavien potilaiden hoidossa hyvän, luottamuksellisen terapeutin suhteen luominen on avainasemassa (Kool ym., 2009; Nafisi & Stanley, 2007). Positiivinen suhde tarjoaa kontekstin, jossa muutos voi

tapahtua, ja potilas löytää vaihtoehtoisia toimintatapoja itsensä vahingoittamiselle. Keskeistä on tasapainottelu potilaan luottamuksen ja integriteetin kunnioituksen sekä potilaiden turvallisuuden takaamisen välillä (Samuelsson, 2000).

Hyvän terapeutin suhteen kehittymisen kannalta on olennaista huomioida se, että itseä vahingoittavien potilaiden saattaa olla vaikeaa kertoa huolistaan ja tunteistaan avoimesti terapeuteille, sillä he pelkäävät usein tulevansa kritisoiduiksi, hylätyiksi tai tuomituiksi (Nafisi & Stanley, 2007). Bosman ja van Meijel (2008) viittaavat tutkimuksiin, joissa vuorovaikutuksen ongelmaksi ovat nousseet myös potilaiden ja hoitohenkilökunnan erilaiset tulkinnat siitä, mikä luo potilaille turvallisuuden tunnetta. Itsensä vahingoittamisessa on usein kyse tunteiden säätelystä, ja käyttäytyminen luo potilaalle kontrollin, turvallisuuden sekä autonomian tunnetta (Bosman & van Meijel, 2008; Stanley ym., 2001; Suyemoto, 1998). Hoitava henkilö taas saattaa suhtautua käyttäytymiseen irrationaalisena, pikimmiten lopetettavana ja osoituksena kontrollin puutteesta (Bosman & van Meijel, 2008). Näin ollen yhteisen kielen ja ymmärryksen löytyminen voi olla vaikeaa.

Hoitosuhteessa tulisikin luoda yhteistä ymmärrystä itsensä vahingoittamisesta (Bosman & van Meijel, 2008). Se on mahdollista saavuttaa avoimessa dialogissa yhteisen kielen avulla, joka luo potilaille tilaa ilmaista tunteitaan, kokemuksiaan ja ratkaisujaan omin sanoin antaen niille omia merkityksiä (Bosman & van Meijel, 2008; Suyemoto 1998). Bosman ja van Meijel (2008) viittaavat tutkimuksiin, joiden mukaan potilaat ovat kokeneet parhaina sellaisen vuorovaikutuksen, joka lisää toivoa, itseluottamusta ja itsetuntoa. Potilaat ovat kokeneet tärkeäksi myös sen, että he voivat osallistua omaan hoitoonsa ja että terapeutit osoittavat välittämistä.

Terapeutin toiminnassa keskeisessä asemassa ovat potilaan tukeminen, rohkaiseminen ja validoiminen (Kool ym., 2009; Nafisi & Stanley, 2007). Validoimisen avulla potilasta tuetaan, uskotaan hänen tuntemuksensa todellisiksi ja annetaan niille oikeutus. Tärkeää on myös lisätä potilaan omaa kykyä validoida kokemuksiaan ja tuntemuksiaan. Konfrontoinnin käyttäminen

itseä vahingoittavien terapiassa ei ole rakentavaa, sillä se saattaa luoda hylkäämisen ja hyväksymättömyyden tunnetta sekä vahvistaa potilaan kritiikin pelkoa. Terapeutin toiminnassa tärkeiksi on havaittu myös potilaan rohkaisu positiivisen minäkuvan luomiseen ja vaihtoehtoisten keinojen tarjoaminen tunteiden hallintaan (Kool ym., 2009). Ylipäätään terapeutin hyväksyvä, kunnioittava ja suppotiivinen asenne on keskeinen itseä vahingoittavien onnistuneessa hoidossa (Kool ym., 2009; Perseius, Öjehagen, Ekdal, Åsberg & Samuelsson, 2003). Terapeutissa itseä vahingoittava käyttäytyminen saattaa aiheuttaa esimerkiksi pelkoa ja inhoa sekä turhautumisen ja tehottomuuden tunteita (Nafisi & Stanley, 2007; Suyemoto, 1998; Nock, Teper, & Hollander, 2007). Tämä voi vaikeuttaa myötätuntoista suhtautumista potilaaseen ja tätä kautta vaikuttaa myös vuorovaikutukseen kielteisesti.

1.6. Itseä vahingoittavien potilaiden hoito

Itseä vahingoittavien potilaiden hoidosta on olemassa vain vähän tutkimustietoa ja tulokset ovat ristiriitaisia. Tehokkaimmiksi hoitomuodoiksi ovat osoittautuneet kognitiivisiin käyttäytymisterapioihin kuuluva ratkaisukeskeinen terapia (Hawton ym., 1998; Muehlenkamp, 2006; Townsend ym., 2001) ja dialektinen käyttäytymisterapia (Evans ym., 1999; Hawton ym., 1998; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Muehlenkamp, 2006). Hawtonin ym. (1998) meta-analyysissä, jossa tarkasteltiin itseä vahingoittavien ja itsemurhaa yrittäneiden hoitoa, todettiin myös päivystyksellisen hoidon (emergency care) vähentäneen itseä vahingoittavaa käyttäytymistä. Lääkehoidon vaikutuksista itseä vahingoittavaan käyttäytymiseen on ristiriitaista tietoa, mutta useimmissa tutkimuksissa siitä ei ole havaittu olevan hyötyä.

Tutkimusten puutteena on usein annettujen interventioiden niin epätarkka kuvailu, että interventioita ei voida vertailla keskenään eikä myöskään tunnistaa, mitkä elementit interventiossa vaikuttavat (Muehlenkamp, 2006; WHO, Health Evidence Network, 2004). Yleinen ongelma itseä vahingoittavien hoidon tutkimuksessa on myös otoskokojen pienuus. Lisäksi

tutkimusten vertailuun ja yleistettävyyteen vaikuttaa se, että toisissa tutkimuksissa mukana ovat vain itseä tarkoituksellisesti vahingoittaneet kun taas toisissa tutkimuksissa mukana ovat myös itsemurhaa yrittäneet. Seuraavassa tarkastellaan kahta tehokkaimmaksi todettua hoitomuotoa, ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa ja dialektista käyttäytymisterapiaa, joista erityisesti ensin mainitun elementtejä hyödynnetään tässä tutkimuksessa käytetyssä hoitointerventiossa. Lisäksi käsitellään lyhyesti hyväksymis- ja omistautumisterapiaa, koska myös sen tekniikoita sovelletaan tutkimuksemme hoitointerventiossa.

Ratkaisukeskeisessä terapiassa ajatellaan epäsovivien selviytymiskeinojen johtuvan heikoista ongelmanratkaisutaidoista (D’Zurilla & Nezu, 2001). Terapian tavoitteena on auttaa asiakasta tunnistamaan ja ratkaisemaan ongelmiaan sekä opettaa heille yleisiä selviytymis- ja ongelmanratkaisutaitoja. Ratkaisukeskeisessä terapiassa korostetaan vahvan terapeutin suhteen muodostamisen tärkeyttä, jolloin taitojen harjoittelu tapahtuu yhteistyöprosessina terapeutin ja potilaan välillä (Muehlenkamp, 2006). Useissa tutkimuksissa ratkaisukeskeisen terapian on todettu vähentäneen itseä vahingoittavaa käyttäytymistä lyhyellä aikavälillä, mutta seurantamittauksissa tulokset eivät ole säilyneet tai eivät ole olleet tilastollisesti merkitseviä kontrolliryhmään verrattuna.

Dialektinen käyttäytymisterapia on erityisesti epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon kehitetty hoitomuoto (Linehan, 1993) ja juuri näille potilaille itsensä tarkoituksellinen vahingoittaminen on tyypillistä. Dialektinen käyttäytymisterapia pohjautuu oppimisteoriaan, kognitiivis-behavioraalisiin interventioihin, ongelmanratkaisuun, taitojen harjoitteluun sekä zenbuddhismiin (Kåver, Nilsonne, 2002). Tutkimusten mukaan dialektinen käyttäytymisterapia vähensi merkittävästi itseä vahingoittavaa käyttäytymistä (Evans ym., 1999; Koons ym., 2001; Linehan ym., 1991; Muehlenkamp, 2006) ja useissa tutkimuksissa tulokset säilyivät 6 kuukauden seurantamittauksessa (Koons ym., 2001; Linehan ym., 1991; Verheul ym., 2003). 12 kuukauden seurannassa ero ei enää ollut merkitsevää kontrolliryhmään verrattuna (Linehan, 1993; Verheul ym., 2003).

Keskeisin vaikuttava elementti dialektisessa käyttäytymisterapiassa on empaattinen ja hyvä potilas-terapeutissuhde (Muehlenkamp, 2006). Tärkeää on myös potilaan itsetietoisuuden ja selviytymiskeinojen korostaminen, potilaan rohkaiseminen muutokseen sekä hyväksyvän asenteen osoittaminen potilasta kohtaan. Linehanin ja Shearinin (1992) tutkimuksen mukaan tietoisuustaito- sekä dialektiset tekniikat ovat tehokkaimpia itseä vahingoittavan käyttäytymisen vähentämisessä. Lisäksi itsensä vahingoittaminen väheni merkittävästi, kun potilaat olivat arvioineet terapeutit hoivaaviksi, ohjaaviksi sekä autonomiaa tarjoaviksi. Myös Perseiusin ym. (2003) tutkimuksessa sekä potilaat että terapeutit kokivat terapian vaikuttaviksi elementeiksi ymmärtävän ja kunnioittavan potilas-terapeutti suhteen, validioinnin käyttämisen sekä kognitiivis-behavioraalisten taitojen omaksumisen.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia kuuluu uusiin, kolmannen aallon kognitiivis-behavioraalisiin terapioihin (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2005). Siinä sovellettavia keskeisiä prosesseja ovat hyväksyntä, kielellisen kontrollin heikentäminen, yhteys nykyhetkeen, minän näkeminen tilana tai paikkana, arvot sekä omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan (Hayes ym., 2005; Lappalainen ym., 2004; Powers, Zum Vörde Sive Vörding, & Emmelkamp, 2009). Terapian tavoitteena on lisätä potilaan psykologista joustavuutta.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian tuloksellisuudesta itseä vahingoittavien potilaiden hoidossa on vain vähän tutkimustietoa. Powersin ym. (2009) meta-analyysissä tarkasteltiin 18 hyväksymis- ja omistautumisterapiaa koskevaa tutkimusta. Meta-analyysissä todetaan tämän hoitomuodon olevan tehokkaampi kontrolliryhmiin verrattuna useiden häiriöiden hoitamisessa, mutta ero ei ollut merkitsevä verrattaessa tavanmukaista hoitoa saaneisiin. Gratzin ja Gundersonin (2006) tutkimuksessa epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville naisille tarjottiin ryhmäinterventio, joka sisälsi myös hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä. Enemmistö potilaista (83 prosenttia) saavutti normatiivisen tason tunteiden säätelyn ja välttämiskäyttäytymisen osalta. Lisäksi interventiolla oli positiivisia

vaikutuksia itsensä vahingoittamiseen, epävakaan persoonallisuushäiriön erityisiin oireisiin sekä masennuksen, ahdistuneisuuden ja stressin oireisiin. Sekä potilaat että terapeutit antoivat positiivista palautetta erityisesti arvotyöskentelystä ja arvojen mukaisten tekojen tekemisestä.

1.7. Manualisoitu hoito

Manualisoidulla hoidolla on tärkeä rooli terapian tuloksellisuuden tutkimisessa erityisesti kontrolloiduissa kliinisissä koeasetelmissä (Crits-Cristoph, 1997; Fishman, 2000; Wilson, 1996; Najavits, Weiss, Shaw, & Dierberger, 2000). Niiden avulla pyritään takaamaan potilaille mahdollisimman tasalaatuista hoitoa ja kontrolloimaan muun muassa terapeutista johtuvaa vaihtelua terapiatyöskentelyssä (Najavits, 2000; Wilson, 1998). Tarkasti manualisoituja hoitoja on myös helpompi opettaa uusille terapeuteille (Wilson, 1996) ja joidenkin tutkimusten mukaan niiden on todettu olevan kustannustehokkaita (Tyrer ym., 2003). Manualisoituja hoitoja on myös kritisoitu (Ablon & Jones, 1998; Lambert & Barley, 2001; Wampold, 2001; Wampold & Ahn, 2001). Kritisoijat ovat sitä mieltä, että manualisoitujen hoitojen tulokset eivät välttämättä selity manualisoiduilla terapiatekniikoilla, vaan eri terapiasuuntauksille yhteisillä tekijöillä kuten terapeuttiseen yhteistyösuhteen laadulla ja terapeutin sekä potilaan ominaisuuksiin liittyvillä tekijöillä.

Itseä vahingoittavien manualisoidusta hoidosta on olemassa hyvin vähän tietoa, ja tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia manualisoidun hoidon vaikuttavuudesta (Evans, 1999; Slee, Spinhoven, Garnefski, & Arensman, 2008; Tyrer ym., 2003; Weinberg, Gunderson, Hennen, & Cutter, 2006). Esimerkiksi Weinbergin ym. (2006) tutkimuksessa manualisoidun kognitiivisen lyhytterapian todettiin vähentäneen itseä vahingoittavaa käyttäytymistä merkittävästi enemmän kuin tavanmukaisen hoidon. Tyrerin ym. (2003) tutkimuksessa puolestaan manualisoidun kognitiivisen lyhytterapian ei todettu olevan tavanomaista hoitoa tehokkaampaa itseä vahingoittavan käyttäytymisen vähentämisessä. Manualisoitu hoito todettiin kuitenkin tavanomaista hoitoa paremmaksi, kun tuloksellisuuden ohella huomioitiin kustannustehokkuus.

1.8. Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen päätavoitteena oli tarkastella vuorovaikutusta itseä vahingoittavien manualisoidussa hoidossa. Ensimmäiseksi tutkittiin, toteutuuko itseä vahingoittaville potilaille annettu hoitointerventio manuaalin mukaisesti ja tarkasteltiin interventiolle tyypillisiä vuorovaikutuspiirteitä. Tavallisesti kontrolloiduissa manualisoiduissa tutkimusasetelmissä oletuksena on, että potilaissa tapahtuva positiivinen muutos on seurausta manuaalissa kuvattujen interventioiden käyttämisestä (Ablon & Marci, 2004; Crits-Cristoph, 1997; Schwalsiz, 2001; Wilson, 1996). Joidenkin tutkimusten mukaan hoitoprosessissa manualisointia merkittävämpänä vaikuttavana tekijänä ovat kuitenkin eri hoitomuodoille yhteiset prosessit kuten terapeutin ja potilaan välinen suhde (Ablon & Jones, 1998, 2002; Ablon, Levy, & Katzenstein 2006; Lambert & Barley, 2001; Swift & Callahan, 2009; Wampold, 2001), minkä vuoksi vuorovaikutuksen tarkastelu manualisoiduissa hoidossa on tärkeää. Toiseksi tutkittiinkin vuorovaikutuksen yhtenäisyyksiä ja eroja terapisuhteiden välillä sekä tarkasteltiin, muuttuuko vuorovaikutus terapian edetessä, kun hoito on manualisoitu. Lisäksi tarkasteltiin kullekin terapisuhteelle ominaista vuorovaikutusrakennetta.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1. Tutkittavat

Tämä tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella tehtävää Central Finland Self-Harm -projektia (CFSH), jossa tutkitaan itseä vahingoittavia potilaita ja heidän hoitoaan. CFSH-tutkimuksen aineisto on kerätty Keski-Suomen keskussairaalan ensiapuun päätyneistä itseään tarkoituksellisesti vahingoittaneista potilaista. Aineiston keruu aloitettiin vuoden 2008 alussa ja se päättyi maaliskuussa 2009. Sairaalan psykiatrian henkilökunta antoi kaikille ensiapuun saapuneille, itseä vahingoittaneille potilaille tiedotteen CFSH-tutkimuksesta. Tutkimuksen kautta tarjoutuneesta terapiainterventiosta kiinnostuneet potilaat ottivat itse yhteyttä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen psykoterapian opetus- ja tutkimuslinikkaan. Tutkimukseen pääsyn edellytyksenä oli, että potilas oli vahingoittanut itseään vähintään kerran, asui Keski-Suomessa ja osasi suomea. CFSH-tutkimukseen valittiin kaikki ilmoittautuneet potilaat, joita oli yhteensä 16. Ilmoittautuneet satunnaistettiin koe- ja kontrolliryhmiin siten, että koeryhmässä oli 9 ja kontrolliryhmässä 7 potilasta. Koeryhmän potilaat osallistuivat terapiainterventioon, joka muodostui neljästä 45 minuutin terapiaistunnosta. Terapia oli potilaille maksuton. Kontrolliryhmä sai tavanmukaisen hoidon Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto rajattiin niihin koeryhmän potilaisiin, jotka olivat osallistuneet kaikkiin neljään terapiaistuntoon kesäkuuhun 2009 mennessä ja joiden terapiaistunnot oli taltioitu videonauhalle. Viisi tutkittavaa täytti nämä kriteerit. Tutkittavat olivat iältään 20-, 21-, 32-, 45- ja 50-vuotiaita naisia. Neljä heistä oli naimattomia ja yksi eronnut. Neljä tutkittavista asui yksin ja yksi ystävänsä kanssa. Koulutuksena yhdellä tutkittavalla oli peruskoulu ja neljällä oli ylioppilastutkinto. Kahdella oli lisäksi korkeakoulututkinto. Tutkimushetkellä yksi tutkittavista kävi työssä, kaksi oli eläkkeellä, yksi sairauslomalla ja yksi työtön. Tutkittavien tulotaso vaihteli 400 euron ja 1000 euron välillä.

Tähän tutkimukseen kerätty näyte ei täysin vastaa perusjoukkoa eli kaikkia Keski-Suomessa itseä vahingoittaneita henkilöitä. Ensinnäkin sairaalan ensiapuun päätyy vain pahiten itseään vahingoittaneet. Suurella osalla itseä vahingoittaneista vammat eivät vaadi sairaalahoitoa (Hirvonen ym., 2004). Toiseksi näytteeseen päätyneillä potilailla saattoi olla keskimääräistä korkeampi motivaatio saada apua ongelmaansa, sillä tutkimukseen osallistuminen vaati potilaan omaa aktiivista toimintaa. Kolmanneksi näytteeseen valikoitiin vain ne potilaat, jotka olivat käyneet läpi koko neljän kerran terapiaintervention. Myös näillä henkilöillä saattoi motivaatio olla korkeampi kuin hoidon keskeyttäneillä. Lisäksi kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat naisia. Itseä vahingoittavien sukupuolesta on ristiriitaista tutkimustietoa. Joidenkin tutkimusten mukaan enemmistö on naisia ja toisten mukaan taas miehet vahingoittavat itseään yhtä lailla kuin naiset (Briere & Gil, 1998; Klonsky ym., 2003; Muehlenkamp, 2005).

2.2. Terapeutit

Terapeutteina tutkimuksessa toimivat Jyväskylän yliopiston loppuvaiheen psykologian opiskelijat, joista kolme oli naisia ja yksi mies. Opiskelijaterapeutit saivat 36 tuntia opetusta tutkimuksessa käytetystä manualisoidusta terapiasta. Opettajana toimi koulutettu psykoterapeutti. Lisäksi opiskelijat saivat 8 tuntia yksilötyönohjausta potilasta kohden. Opiskelijat saivat myös ottaa yhteyttä koulutettuun psykoterapeuttiin tarvittaessa. Useimmat opiskelijaterapeutit tekivät terapeutista työtä ensimmäistä kertaa, minkä vuoksi riittävän tuen takaaminen oli hyvin merkityksellistä. Itseä vahingoittavat ovat hämmennystä herättävä potilasryhmä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä ja tutkimusten mukaan psykiatrian henkilökuntakin tuntee usein avuttomuutta näiden potilaiden kanssa (Hirvonen ym., 2004).

2.3. Manualisoitu hoito CFSH – tutkimuksessa

CFSH-tutkimuksessa käytetty manualisoitu hoitointerventio muodostui ratkaisukeskeisen lyhytterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmistä. Keskeinen koko interventiota kuvaava elementti oli terapeutin asenne, jonka tuli olla positiivinen ja kunnioittava. Jokaisessa istunnossa tuli käyttää tietoisuusharjoituksia ja useimmissa myös metaforia. Lisäksi joka istunnolle oli manualisoitu muita harjoituksia, joista joidenkin kohdalla terapeutti sai valita kahdesta harjoituksesta potilaan tilanteeseen paremmin sopivan. Manuaalin mukaan potilaan arvoista ja arvojen mukaisista teoista tuli keskustella kaikilla terapiaistunnoilla. Lisäksi jokaisessa istunnossa viimeistä istuntoa lukuun ottamatta tuli antaa kotitehtävä, joka tuli purkaa seuraavalla kerralla. Hoitointerventio on kuvattu yksityiskohtaisesti liitteessä 1.

2.4. Tutkimusmenetelmät

Itseä vahingoittavien potilaiden terapiaistuntojen videotallennukset tehtiin helmikuun 2008 ja huhtikuun 2009 välillä. Tätä ennen potilaiden soveltuvuus CFSH-tutkimukseen oli varmistettu alkuhaastattelussa, jossa koulutettu psykoterapeutti teki potilaille laajan tilannekartoituksen ja keräsi tarvittavat taustatiedot. Lisäksi potilaille kerrottiin tutkimuksesta tarkemmin ja pyydettiin suostumus terapiaistuntojen videotallentointiin. Alkuhaastattelun jälkeen potilaille arvottiin opiskelijaterapeutit, jotka ottivat yhteyttä potilaisiin ja sopivat ensimmäisen terapiaistunnon ajankohdan.

Tämän tutkimuksen aineistona olleet videotallenteet katsottiin kesäkuussa 2009. Viidestä terapiasuhteesta oli nauhoitettuna yhteensä 20 istuntoa. Istunnot jaettiin tämän tutkimuksen tekijöiden kesken siten, että tutkijat katsoivat ensin yhdessä neljä istuntoa eli yhden terapiasuhteen kaikki istunnot. Näistä tutkijat arvioivat ensin yhdessä kaksi istuntoa mahdollisimman samankaltaisen arviointityylin saavuttamiseksi. Sitten tutkijat tekivät omat arvionsa kahdesta muusta yhdessä katsotusta terapiaistunnosta, jotta voitiin laskea arvioitsijoiden

väläinen reliabilitetti (inter-rater reliability). Tämän jälkeen kumpikin tutkija katsoi ja arvioi yksin 8 terapiaistuntoa eli kaksi terapiasuhdetta.

Terapioiden toteutumista manuaalin mukaan arvioitiin merkitsemällä ylös kussakin istunnossa käytetyt tai mahdollisesti puuttuvat manualisoinnin elementit. Tätä varten manualisoidusta terapiasta oli tehty lomake, johon oli listattu kaikki manuaalin mukaiset terapian elementit (liite 2). Jokaisesta terapiasuhteesta täytettiin kyseinen lomake, ja lomakkeiden tiedot koottiin yhdeksi taulukoksi aineiston analysointia varten (liite 3).

Terapiaistuntojen vuorovaikutuksen yhtenäisyyksiä ja eroja sekä vuorovaikutusrakennetta arvioitiin Enrico E. Jonesin (2000) kehittämän Psychotherapy Process Q-Set (PQS) -menetelmän avulla. PQS mahdollistaa terapeutin prosessin kuvailun standardoidusti. Sen avulla terapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus muutetaan normaalijakaumaa noudattavaksi aineistoksi, jota voidaan tarkastella ja analysoida kvantitatiivisten menetelmien avulla. Havaintoyksikkönä on terapiaistunto.

PQS-menetelmä koostuu 100 muuttujasta, jotka ovat terapeutista vuorovaikutusta koskevia väittämiä (Jones, 2000). Väittämiä on kolmea eri tyyppiä, joista noin yksi kolmasosa kuvailee potilaan asennetta, käyttäytymistä ja kokemusta, yksi kolmasosa terapeutin toimintaa sekä asennetta ja yksi kolmasosa vuorovaikutuksen luonnetta sekä istuntojen ilmapiiriä.

Väittämät luokitellaan yhdeksään eri kategoriaan sen mukaan, kuinka hyvin väittäjä kuvaa tarkastelun kohteena olevaa terapiaistuntoa. Katgoria 1 sisältää väittämät, jotka ovat tutkimuksen kohteena olevalle terapiaistunnolle vähiten luonteenomaisia ja katgoria 9 ne väittämät, jotka ovat istunnolle eniten luonteenomaisia. Katgoria 5 on niille väittämille, jotka ovat neutraaleja tai irrelevantteja kyseisen terapiaistunnon kannalta. Jokaiseen kategoriaan luokitellaan ennalta määrätty määrä väittämiä eli tutkija toimii ”pakotetun valinnan” (forced choice) mukaan. Katgorioissa 1 ja 9 on 5 väittämää, katgorioissa 2 ja 8 on 8 väittämää, katgorioissa 3 ja 7 on 12 väittämää, katgorioissa 4 ja 6 on 16 väittämää ja katgoriassa 5 on 18 väittämää. Näin

aineisto asettuu normaalijakaumalle. Jonesin (2000) mukaan PQS on käyttökelpoinen terapiasuuntauksesta riippumatta, sillä se mittaa vuorovaikutusta terapiassa eikä esimerkiksi tietylle terapiasuuntaukselle ominaisia elementtejä. PQS on osoittautunut reliabeliksi ja validiksi tutkimusmenetelmäksi useissa eri tutkimuksissa (Ablon & Jones, 1999; 2002; Jones & Pulos, 1993).

Myös terapeutin positiivista asennetta, joka oli yksi manualisoinnin elementeistä, arvioitiin PQS-menetelmän avulla. Kuudesta terapeutin toimintaa kuvaavasta PQS-väittämästä muodostettiin summamuuttuja (Q 3: Terapeutti suuntaa kommenttinsa fasilitoidakseen/edistääkseen potilaan puhetta, Q 6: Terapeutti on herkkä potilaan tunteille, virittynyt potilaan maailmaan, empaattinen, Q 9 (käännettynä): Terapeutti on etäinen, varautunut (vs. vastaanottavainen ja tunnetasolla mukana), Q 18: Terapeutti on hyväksyvä, ei-arvosteleva, Q 45: Terapeutilla on supportiivinen ote, Q 77 (käännettynä): Terapeutti on tahditon). Summamuuttuja nimettiin positiivinen asenne-muuttujaksi. Sen Cronbachin alfa -kerroin oli 0,880. Muuttujan asteikko säilytettiin samana kuin alkuperäisten PQS-väittämien.

Tämän tutkimuksen tekijät perehtyivät PQS-menetelmään yhdessä kokeneemman tutkijan kanssa, joka oli käyttänyt menetelmää aiemmin. Menetelmän harjoitteluun sisältyi kolmen sellaisen terapiatunnin katsominen ja arviointi, jotka eivät kuuluneet tämän tutkimuksen aineistoon. Kokeneemman tutkijan ja tämän tutkimuksen tekijöiden PQS-arvioiden väliseksi reliabiliteetiksi saatiin Pearsonin korrelaatiokerrointa käyttäen ensimmäisen terapiaistunnon osalta 0,806, toisen 0,819 ja kolmannen 0,803. Myös tämän tutkimuksen tekijöiden arvioiden välille laskettiin reliabiliteetti kahdesta tämän tutkimuksen terapiatunnista. Pearsonin korrelaatiokerroin oli ensimmäisen istunnon osalta 0,755 ja toisen 0,810. Tämän tutkimuksen tekijät myös käänsivät PQS-väittämät englannista suomeksi, jotta kielestä johtuvista tulkintaeroista vältyttäisiin. Käännökset tarkasti kokeneempi tutkija.

2.5. Aineiston analysointi

Manualisoinnin toteutumista eri terapiasuhteissa tarkasteltiin tekemällä taulukko (liite 3), johon kerättiin manualisointia koskevat lomaketiedot kustakin terapiasuhteesta. Taulukkoon lisättiin myös positiivinen asenne -summamuuttujan saamat arvot.

PQS-väittämien saamat arvot syötettiin SPSS-ohjelmaan, jolla suoritettiin aineiston tilastollinen analysointi. Terapiainterventiota parhaiten kuvaavia vuorovaikutuksen piirteitä tutkittiin laskemalla koko aineistosta keskiarvot kullekin PQS-väittämälle. Näistä valittiin 10 suurinta (tyypillisintä) ja 10 pienintä (epätyypillisintä) keskiarvoa tarkempaan tarkasteluun (taulukko 2). On huomattava, että nämä väittämät eivät kuvaa jokaista terapiasuhdetta, vaan ovat väittämille koko aineistosta laskettuja keskiarvoja (n=20). Muun muassa Ablon ja Jones (1999) ovat käyttäneet tätä samaa tapaa omassa tutkimuksessaan kuvaillessaan eri terapiamuodoille tyypillisiä piirteitä.

Vuorovaikutuksen tarkastelu eri terapiasuhteissa aloitettiin parametrittömällä Kruskalin-Wallis testillä, jolla vertailtiin yksittäin kunkin PQS-väittämän saamia keskiarvoja eri terapiasuhteissa. Tämän avulla tarkasteltiin, oliko vuorovaikutuksessa eri terapiasuhteiden välillä enemmän samankaltaisuuksia vai erilaisuuksia. Kruskalin-Wallis testiin päädyttiin, koska sen avulla voi vertailla useamman kuin kahden ryhmän keskiarvoja pienillä otoksilla, joissa muuttujat eivät noudata normaalijakaumaa (Metsämuuronen, 2005).

Tämän lisäksi vuorovaikutuksen yhteneväisyyksiä tarkasteltiin 10 kullekin terapiasuhteelle tyypillisen ja 10 epätyypillisen PQS-väittämän avulla. Tämä tehtiin kokoamalla suhdekohtaisesti kunkin PQS-väittämän saamat arvot ensimmäisestä terapiaistunnosta viimeiseen ja laskemalla näistä keskiarvot. Näistä poimittiin 10 suurinta (tyypillisintä) ja 10 pienintä (epätyypillisintä) keskiarvoa kuvamaan kutakin suhdetta. Mikäli saman keskiarvon sai useampi kuin yksi väittämä, otettiin kaikki saman arvon saaneet väittämät tarkasteluun. Tällöin joitakin suhteita kuvaamaan nousi enemmän kuin 10 tyypillistä tai epätyypillistä väittämää. Tämän jälkeen tarkasteltiin, mitkä väittämät olivat

yhteisiä kaikille tai useimmille terapiasuhteille. Terapiasuhteiden välisiä eroja tutkittiin Kruskalin-Wallis testillä ja esiin nousseet tilastollisesti merkitsevät erot raportoitiin. Lisäksi jokaisen terapiasuhteen 10 tyyppillisen ja 10 epätyypillisen piirteen avulla muodostettiin kullekin terapiasuhteelle ominainen vuorovaikutusrakenne.

Vuorovaikutuksen muutosta tarkasteltiin myös Kruskalin-Wallis testillä, jolla vertailtiin kunkin PQS-väittämän saamia keskiarvoja eri tapaamiskerroilla. Tavoitteena oli selvittää, muuttuuko vuorovaikutus terapian edetessä, kun tarkastellaan yhteisesti kaikkien terapiasuhteiden PQS-arvoja ensimmäisestä terapiaistunnosta viimeiseen istuntoon. Tarkastelu tehtiin koko aineiston (ei yksittäisten terapiasuhteiden) tasolla laskien kaikkien terapiasuhteiden ensimmäisille, toisille, kolmansille ja neljäsille istunnoille PQS-väittämien keskiarvot.

3 TULOKSET

3.1. Terapiaintervention toteutuminen manuaalin mukaan

Manualisoidut elementit olivat terapiaistunnoissa läsnä muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta (liite 3). Seuraavaksi tarkastellaan näitä elementtejä, jotka eivät toteutuneet täysin manuaalin mukaan. Eniten manualisoinnista poikkesi ensimmäisen terapiaistunnon lopuksi annettu kotitehtävä. Manuaalin mukaan kotitehtäväksi tuli antaa sellaisten tekojen havainnointi, joiden asiakas toivoisi jatkuvan tulevaisuudessakin. Kaikissa terapiasuhteissa annettiin kotitehtävä, mutta sen sisältö vaihteli eikä ollut yhdessäkään tarkalleen manuaalin mukainen. Kotitehtäviksi annettiin esimerkiksi tietoisuusharjoituksia, kirjan lukemista sekä itsetuhoisen käyttäytymisen välttämistä. Ensimmäisten istuntojen tavoitteena oli antaa asiakkaalle yleinen kuvaus terapian periaatteista, sitouttaa asiakas neljän kerran hoitoon sekä luoda pohjaa asiakassuhteelle. Kahdessa terapiasuhteessa ei annettu kuvausta terapian periaatteista, mutta kaikissa panostettiin terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen luomiseen.

Toinen terapiaistunto noudatti manuaalia tarkasti kaikissa terapiasuhteissa. Ainoastaan tämän istunnon aikana tehtävässä harjoituksessa (Low Frustration Tolerance -exercise) oli toteuttamisen osalta havaittavissa jonkin verran eroja. Joissakin dyadeissa harjoitus tuntui sopivan hyvin sekä potilaan tilanteeseen että terapeutin tyyliin kun taas toisissa harjoitus vaikutti tilanteeseen sopimattomalta ja jonkin verran väkinäiseltä. Manuaalin mukaan harjoitus tuli ainakin aloittaa, ja kaikki terapeutit toimivat tämän mukaisesti.

Kolmannessa istunnossa manualisointi ei täysin toteutunut kotitehtävien osalta. Kahdessa dyadissa ei käyty läpi edellisen istunnon kotitehtävää ja kahdessa dyadissa poikettiin taas manuaalin mukaisen kotitehtävän antamisesta. Toisessa näistä asiakas sai uudelleen tehtäväksi aiemmin tekemättä jättämänsä tehtävän (kirjeen kirjoittamisen) ja toisessa asiakas ei saanut kotitehtävää ollenkaan. Kahdessa dyadissa ei käytetty metaforaa, jonka olisi pitänyt manuaalin mukaan

sisältyä istuntoon. Kolmannessa istunnossa tehtävän harjoituksen terapeutti sai valita kahden vaihtoehdon väliltä. Harjoitukset tuntuivat sopivan paremmin kaikille potilaille kuin toisen istunnon harjoitus, mikä saattoi johtua siitä, että terapeutti sai valita kahdesta harjoituksesta paremmin soveltuvan. Neljäs istunto toteutui hyvin manuaalin mukaan. Manuaalista poikkesi ainoastaan se, että yhdessä dyadissa ei käyty läpi edellisen kerran kotitehtävää ja toisessa ei arvioitu intervention hyötyjä.

Manualisointiin kuului myös terapeutin positiivinen asenne, ja se nousi selvästi esiin neljässä terapiasuhteessa viidestä (taulukko 1). Näissä neljässä suhteessa positiivinen asenne -muuttuja sai keskiarvoja väliltä 7,50 – 8,83 (asteikko 1 – 9). Yhdessä terapiasuhteessa terapeutin positiivinen asenne -muuttujan arvot vaihtelivat 4,17 – 4,83 välillä, mikä tarkoittaa positiivisen asenteen olevan lähellä neutraalia tai hieman epätyypillinen kyseisessä terapeutti-potilas dyadissa. Ero positiivinen asenne -muuttujassa oli tilastollisesti melkein merkitsevä terapiasuhteiden välillä Kruskalin-Wallis testissä ($\chi^2(12,245)=0,016, p<.05, df 4$). Tulosten perusteella voidaan todeta terapeuttien olleen supportiivisia, hyväksyviä, empaattisia ja suhtautuneen potilaisiin tasa-arvoisesti yhtä terapiasuhdetta lukuun ottamatta.

TAULUKKO 1. Positiivinen asenne -muuttuja

Istunto nro	Suhde A	Suhde B	Suhde C	Suhde D*	Suhde E
1.	7,67	8,33	8,67	4,17	8,33
2.	7,50	8,83	8,50	4,83	7,67
3.	8,00	8,50	7,83	4,83	8,50
4.	8,50	8,83	8,33	4,33	8,83

* Tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($\chi^2(12,245)=0,016, p<.05, df 4$). Muuttuja saanut arvoja 1-9 välillä (min 1 ja max 9).

Kun tarkastellaan miten hyvin eri terapeutit toimivat manuaalin mukaan, niin voidaan sanoa manualisoinnin toteutuneen hyvin. Kaksi terapeuttia toimi täydellisesti manuaalin mukaan lukuun ottamatta ensimmäisen istunnon

kotitehtävän antoa. Kolmessa dyadissa manuaalista poikettiin vähän enemmän. Enimmillään manuaalista poikettiin neljän manualisoidun elementin osalta.

3.2. Interventiolle tyypilliset vuorovaikutuspiirteet

Seuraavaksi kuvataan tutkimuksessa käytettyä ratkaisukeskeisen sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin perustuvan terapiaintervention tyypillisiä vuorovaikutuspiirteitä (taulukko 2). Interventiolle ominaiset vuorovaikutuspiirteet koskivat pääasiassa terapeuttia (6 väittämää) ja terapeutin toimintaa (9 väittämää). Koko aineistossa terapeuteille tyypillistä oli hyväksyvä, ei-tuomitseva asenne (Q 18) ja potilasta kannustava, supportiivinen ote (Q 45). Terapeuttien käyttämä kieli oli selkeää (Q 46) ja heidän kommenttejaan leimasi ystävällisyys sekä varovaisuus (Q 77 käännettynä). Terapeutit olivat aidosti vastaanottavaisia ja tunnetasolla mukana (Q 9 käännettynä). Lisäksi terapeutit suhtautuivat potilaisiin tasa-arvoisesti, asettumatta näiden yläpuolelle (Q 51 käännettynä).

Terapeuttien toimintaa luonnehti aktiivisuus. Terapeutit kontrolloivat vuorovaikutusta (Q17), mikä näkyi muun muassa istuntojen aikana teetettyinä harjoituksina. Terapeutit myös pyysivät potilailta aktiivisesti tarkempaa tietoa heidän esiin tuomista asioista (Q 31) ja antoivat heille tarkkoja ohjeita sekä neuvoja (Q 27). Terapeutit käyttivät usein validointia (Q 99 käännettynä) ja fasilitoivat potilaan puhetta rohkaisten näitä jatkamaan kerrontaa (Q 3). He myös selittivät käyttämiänsä tekniikoita (Q 57) kuten sitä, miten tietoisuusharjoituksia kannattaa tehdä ja mihin niillä pyritään. Terapeuttien toiminnassa tyypillistä oli myös keskittyminen potilaan tietoisuudessa oleviin asioihin (Q 67 käännettynä) eikä tiedostamattomien toiveiden, ajatusten tai tunteiden tulkitseminen kuulunut käytettyihin terapiatekniikoihin. Terapeutit eivät myöskään kiinnittäneet erityistä huomiota potilaiden käyttäytymisessä toistuviin teemoihin (Q 62 käännettynä) eivätkä syyllisyydentunteisiin (Q 22 käännettynä).

Myös keskusteluteemoja koskevia väittämiä nousi esiin (4 väittämää). Keskustelulla oli tavallisesti selvä fokus (Q 23), ja dialogissa korostui potilaiden nykyinen elämäntilanne (Q 69). Lisäksi huomiota kiinnitettiin erityisiin tekoihin, joita potilaat voivat tehdä terapian ulkopuolella (Q 38), esimerkiksi toimimiseen arvojen mukaisesti arkielämässä. Potilaat saivat joka kerralla myös kotitehtävän. Potilaiden puheissa oli havaittavissa kognitiivisia teemoja, kuten ideoita ja uskomuksia, mutta terapeutit eivät nostaneet niitä erityisiksi keskustelunaiheiksi (Q 30 käännettynä). Vain kaksi potilasta koskevaa väittämää nousi tyypillisimpien väittämien joukkoon. Potilaat kokivat terapeuttien ymmärtävän heitä (Q 14 käännettynä) ja he hyväksyivät terapeuttien kommentit sekä ehdotukset (Q 42 käännettynä).

TAULUKKO 2. Koko aineiston 10 tyypillisintä ja 10 epätyypillisintä väittämää (n=20)

PQS No.	Väittäjä	ka
10 tyypillisintä väittämää		
Q 38	Keskustellaan erityisistä aktiviteeteista tai tehtävistä, joita potilas tekee session ulkopuolella.	8,25
Q 18	T on hyväksyvä, ei-arvosteleva.	8,05
Q 69	P:n nykyinen tai viimeaikainen elämäntilanne korostuu keskustelussa.	8,05
Q 3	T suuntaa kommenttinsa fasilitoidakseen/edistääkseen potilaan puhetta.	8,00
Q 45	T:lla on supportiivinen ote.	8,00
Q 23	Dialogilla on erityinen/selvä fokus.	7,85
Q 57	T selittää, miksi hän käyttää tiettyä tekniikkaa tai lähestymistapaa hoidossa.	7,80
Q 17	T pyrkii aktiivisesti kontrolloimaan vuorovaikutusta.	7,15
Q 31	T pyytää enemmän tietoa tai tarkempaa käsittelyä.	7,10
Q 27	T antaa tarkkoja/selkeitä neuvoja ja ohjeita.	7,00
Q 46	T kommunikoi potilaan kanssa selkeällä, koherentilla tyylillä.	7,00
10 epätyypillisintä väittämää		
Q 67	T tulkitsee tiedostamattomia toiveita, tunteita tai ideoita.	1,35
Q 77	T on tahditon.	1,70
Q 51	T suhtautuu alentuvasti tai holhoten potilaaseen.	2,45
Q 42	P hylkää (vs. hyväksyy) terapeutin ehdotukset.	2,65
Q 9	T on etäinen, varautunut (vs. vastaanottavainen ja tunnetasolla mukana).	2,80
Q 30	Keskustelu keskittyy kognitiivisiin teemoihin esim. ideoihin ja uskomuksiin.	3,05
Q 22	T keskittyy potilaan syllisyydentunteisiin.	3,20
Q 14	P ei koe terapeutin ymmärtävän häntä.	3,20
Q 62	T havaitsee toistuvan teeman potilaan kokemuksessa tai käyttäytymisessä.	3,30
Q 99	T haastaa potilaan näkökulman (vs. validoi potilaan käsityksen).	3,30

PQS = Psychotherapy Process Q Set.

T = terapeutti, P = potilas.

Väittämät saaneet arvoja 1-9 välillä (min 1 ja max 9).

3.3. Vuorovaikutus terapisuhteissa

Vuorovaikutus eri terapisuhteissa oli melko erilaista, mutta myös yhteneväisyyksiä löytyi. Kruskalin-Wallis testissä yhteensä 50 vuorovaikutusta kuvaavasta PQS-väittämästä löytyi tilastollisesti merkitseviä tai melkein merkitseviä eroja terapisuhteiden välillä. Näistä väittämistä tilastollisesti merkitseviä oli 27 ($p < .01$) ja melkein merkitseviä 23 ($p < .05$). Puolessa eli 50 väittämässä tilastollisesti merkitseviä eroja ei ollut. Seuraavaksi tarkastellaan terapisuhteista löytyneitä yhteneväisyyksiä (taulukko 3). Tämän jälkeen käsitellään suhteista löytyneet merkitsevät erot (taulukko 4).

3.3.1 Vuorovaikutuksen yhtenäisyys terapisuhteissa

Kun terapisuhteita vertailtiin 10 kullekin suhteelle tyypillisen ja 10 epätyypillisen PQS-väittämän keskiarvon avulla, löytyi kolme väittämää, jotka kuvasivat kaikkia terapisuhteita. Nämä väittämät liittyivät terapeutin toimintaan. Kaikissa terapisuhteissa terapeutti keskittyi materiaaliin, joka oli selkeästi potilaan tietoisuudessa (Q 67 käännettynä: 2,25, 1,00, 1,00, 1,00, 1,50). Yhteistä terapisuhteille oli myös se, että terapeutti selitti käyttämäänsä tekniikkaa (Q 57: 8,25, 7,50, 8,00, 7,50, 7,75), ja niissä keskusteltiin erityisistä tehtävistä, joita potilas tekee terapian ulkopuolella (Q 38: 8,75, 8,25, 8,25, 8,25, 7,75).

Neljä terapiadyadia yhdisti viisi väittämää, joista neljä kuvasi terapeutin asennetta ja yksi keskusteluteemaa. Näissä suhteissa terapeutin asennetta luonnehti supportiivisuus (Q 45: 8,25, 8,75, 9,00, 8,50) ja hyväksyvyys (Q 18: 7,50, 8,75, 8,25, 9,00). Terapeutit olivat myös ystävällisiä ja harkitsevia kommentissaan (Q 77 käännettynä: 1,25, 1,00, 1,00, 1,00) sekä suhteissa tunnetasolla hyvin mukana (Q 9 käännettynä: 1,50, 1,00, 1,75, 1,25). Keskustelunaiheissa korostui potilaan nykyinen elämäntilanne (Q 69: 7,75, 8,25, 8,50, 8,50).

Lisäksi löytyi kuusi väittämää, jotka kuvasivat kolmea terapiasuhdetta. Taulukosta 3 käy ilmi, mistä suhteista näiden väittämien kohdalla oli kyse. Väittämistä kolme liittyi terapeuttiin, kaksi potilaaseen ja yksi terapeutin ja potilaan väliseen dialogiin. Kolmessa suhteessa terapeutti vakuutti kommentteillaan, ettei asetu potilaan yläpuolelle ja suhtautui potilaaseen tasa-arvoisesti (Q 51 käännettynä: 1,50, 2,00, 1,75) sekä välitti ei-tuomitsevaa hyväksyntää (Q 18: 8,75, 8,25, 9,00). Terapeutin kommentit olivat suunnattu helpottamaan potilaan puhetta (Q 3: 8,75, 8,75, 9,00). Kolmessa dyadissa yhteistä oli myös se, että potilas toi esiin merkityksellisiä asioita (Q 88: 8,75, 9,00, 7,75) ja hyväksyi terapeutin kommentit (Q 42 käännettynä: 2,50, 2,25, 2,50). Lisäksi kolmessa terapiasuhteessa dialogilla oli selvä fokus (Q 23: 7,50, 8,25, 9,00).

TAULUKKO 3. Terapiasuhteille yhteiset väittämät

PQS No.	Väittämä	Terapiadyadit, joissa väittämä kuvaava
Kaikkia viittä terapiasuhdetta kuvaavat väittämät:		
Q 67	T tulkitsee tiedostamattomia toiveita, tunteita tai ideoita (käännettynä).	A, B, C, D, E
Q 57	T selittää, miksi hän käyttää tiettyä tekniikkaa tai lähestymistapaa hoidossa.	A, B, C, D, E
Q 38	Keskustellaan erityisistä aktiviteeteista tai tehtävistä, joita potilas tekee session ulkopuolella.	A, B, C, D, E
Neljää terapiasuhdetta kuvaavat väittämät:		
Q 45	T:lla on supportiivinen ote.	A, B, C, E
Q 18	T on hyväksyvä, ei-arvosteleva.	A, B, C, E
Q 77	T on tahditon (käännettynä).	A, B, C, E
Q 9	Terapeutti on etäinen, varautunut (vs. vastaanottavainen ja tunnetasolla mukana).	A, B, C, E
Kolmea terapiasuhdetta kuvaavat väittämät:		
Q 3	T:n kommenttien tavoitteena on fasilitoida / helpottaa potilaan puhetta.	B, C, E
Q 51	T suhtautuu alentuvasti tai holhoten potilaaseen (käännettynä).	B, C, E
Q 18	T välittää ei-tuomitsevaa hyväksyntää.	B, C, E
Q 23	Dialogilla on erityinen/selvä fokus.	B, C, D
Q 42	P hylkää (vs. hyväksyy) terapeutin kommentit ja havainnot.	A, C, D
Q 88	P tuo esiin merkityksellisiä asioita ja materiaalia.	A, B, D

PQS = Psychotherapy Process Q Set.

T = terapeutti, P = potilas.

A, B, C, D, E = terapiadyadit, joissa väittämä kuvaava.

3.3.2. Vuorovaikutuksen erot terapisuhteissa

Tilastollisesti merkitseviä tai melkein merkitseviä eroja löytyi terapeutin toiminnasta (24 väittämää) ja potilaan ominaisuuksista (19 väittämää). Myös keskusteluteemoista (4 väittämää) ja yleisemmin terapisuhdetta kuvaavista väittämistä (3 väittämää) löytyi eroja. Seuraavaksi raportoidaan ne 27 PQS-väittämää, joista löytyi tilastollisesti merkitseviä eroja Kruskalin-Wallisin testissä. Eniten merkitseviä eroja löytyi potilaan ominaisuuksista (13 väittämää) ja terapeutin toiminnasta (9 väittämää). Myös keskusteluteemasta (3 väittämää) ja terapisuhteen laadusta (2 väittämää) löytyi eroja.

Yhdessä dyadissa terapeutin toiminta arvioitiin tahdittomammaksi (Q 77: $\chi^2(16,013)=.003$, $p<.01$, df 4) kuin muissa dyadeissa. Samassa dyadissa terapeutin toiminta näyttäytyi muihin terapisuhteisiin verrattuna opettajamaisempana (Q 37: $\chi^2(16,090)=.003$, $p<.01$, df 4). Kahdessa terapisuhteessa terapeuttien oli vaikea hahmottaa terapeuttista prosessia (Q 28: $\chi^2(17,173)=.002$, $p<.01$, df 4) ja heidän omat tunnereaktiot vaikuttivat jonkin verran häiritsevästi terapisuhteeseen (Q 24: $\chi^2(18,026)=.001$, $p<.01$, df 4). Näissä dyadeissa terapeuttien toiminta näyttäytyi muihin suhteisiin verrattuna epävarmalta (Q 86: $\chi^2(15,568)=.004$, $p<.01$, df 4). Kahdessa dyadissa terapeutit eivät korostaneet potilaan vastuunottoa ongelmistaan yhtä paljon kuin muissa (Q 76: $\chi^2(14,980)=.005$, $p<.01$, df 4). Lisäksi kahdessa suhteessa terapeutit eivät välittäneet hyväksyntää niin selkeästi kuin kolmessa muussa suhteessa (Q 18: $\chi^2(14,290)=.006$, $p<.01$, df 4). Yhdessä terapisuhteessa terapeutti paljasti potilaalle jonkin verran henkilökohtaisia reaktioita (Q 21: $\chi^2(15,647)=.004$, $p<.01$, df 4), mikä näkyi lähinnä terapeutin potilasta kannustavana kehumisena. Kolmessa dyadissa terapeutit toimivat potilaan defensesjä vahvistavasti, toisin kuin kahdessa muussa dyadissa (Q 89: $\chi^2(14,224)=.007$, $p<.01$, df 4).

Kahdessa dyadissa potilaat antoivat tylsistyneemmän ja elottomamman (Q 13: $\chi^2(15,538)=.004$, $p<.01$, df 4) vaikutelman kuin muissa suhteissa. Merkitsevä ero löytyi myös potilaiden aktiivisuuden tasosta. Kahdessa dyadissa potilaat

olivat erittäin aktiivisia kun taas kolmessa he olivat passiivisempia ja saattoivat vältellä tärkeitä puheenaiheita (Q 15: $\chi^2(14,917)=.005$, $p<.01$, df 4). Kahdessa dyadissa potilaat vaikuttivat levottomammalta kuin muissa dyadeissa (Q 7: $\chi^2(15,473)=.004$, $p<.01$, df 4). Kolmessa suhteessa potilaat vaikuttivat hyvin luottavaisilta terapeuttia kohtaan (Q 44: $\chi^2(17,262)=.002$, $p<.01$, df 4). Potilaat antoivat vaihtelevan vaikutelman siitä, luottivatko he terapeutin ratkaisevan ongelmansa kahden luottaessa terapeuttiin muita enemmän (Q 52: $\chi^2(14,668)=.005$, $p<.01$, df 4). Potilaiden välillä oli eroja myös siinä, kuinka merkityksellistä materiaalia he toivat keskusteluun (Q 88: $\chi^2(17,400)=.002$, $p<.01$, df 4), kuinka valmiita he olivat käsittelemään näitä asioita (Q 58: $\chi^2(15,881)=.003$, $p<.01$, df 4) ja kuinka introspektiivisiä he olivat (Q 97: $\chi^2(16,389)=.003$, $p<.01$, df 4). Yksi potilas oli muita selvästi itsevarmempi (Q 61: $\chi^2(17,066)=.002$, $p<.01$, df 4). Kolmessa dyadissa potilaat olivat muita provokatiivisempia (Q 20: $\chi^2(14,318)=.006$, $p<.01$, df 4) ja kahdessa dyadissa muita kontrolloivampia (Q 87: $\chi^2(13,714)=.008$, $p<.01$, df 4). Kolmen potilaan puheessa tuli esiin runsaasti läheisyyden- ja tarvitsevuudentunteita (Q 33: $\chi^2(13,798)=.008$, $p<.01$, df 4). Kahdelle potilaalle oli muita tyypillisempää puhua kokemuksistaan ikään kuin ne olisivat erillään tunteista (Q 56: $\chi^2(13,841)=.008$, $p<.01$, df 4).

Kehon toiminnoista ja fyysisistä oireista keskusteltiin vaihtelevasti, mutta yhdessä dyadissa tämä teema korostui selvästi muita enemmän (Q 16: $\chi^2(13,948)=.007$, $p<.01$, df 4). Kahdessa dyadissa keskustelu minäkuvasta painottui selvästi muita enemmän (Q 35: $\chi^2(14,809)=.005$, $p<.01$, df 4) ja yhdestä terapiasuhteesta jäi vaikutelma, että minäkuvasta olisi ollut hyvä keskustella. Myös kognitiivisista teemoista keskusteltiin vaihtelevasti (Q 30: $\chi^2(14,596)=.006$, $p<.01$, df 4). Yhdessä dyadissa vuorovaikutus oli muita totisempaa (Q 74: $\chi^2(13,750)=.008$, $p<.01$, df 4). Väite terapiasuhteessa olevasta eroottisesta latauksesta (Q 19: $\chi^2(19,000)=.001$, $p<.01$, df 4) arvioitiin yhtä dyadyia lukuun ottamatta neutraaliksi.

TAULUKKO 4. Merkitsevät** erot terapiasuhteissa (5 terapeutti-potilas dyadia)

PQS No.	Väittämä	vaihteluväli	sig.
Terapeuttiin liittyvät väittämät:			
Q 24	T:n omat emotionaaliset konfliktit häiritsevät terapiasuhdetta.	3-9	.001
Q 28	T ymmärtää oikein terapeutista prosessia.	1-8	.002
Q 37	T käyttäytyy opettajamaisesti (didaktisesti).	2-9	.003
Q 77	T on tahditon.	1-7	.003
Q 21	T paljastaa itsestään henkilökohtaisia asioita.	3-8	.004
Q 86	T on itsevarma tai luottavainen (vs. epävarma tai defensiivinen).	1-8	.004
Q 76	T ehdottaa että potilas ottaisi vastuuta ongelmistaan.	3-8	.005
Q 18	T välittää ei-tuomitsevaa hyväksyntää.	6-9	.006
Q 89	T toimii defensesjä vahvistavasti.	3-8	.007
Potilaaseen liittyvät väittämät:			
Q 44	P on varuillaan tai epäluuloinen (vs. luottavainen ja varma).	2-7	.002
Q 61	P tuntee itsensä ujoksi ja noloksi (vs. ei-vaivaantunut ja itsevarma).	2-7	.002
Q 88	P tuo esiin merkityksellisiä asioita ja materiaalia.	1-9	.002
Q 58	P vastustaa ongelmiin liittyvien ajatusten, reaktioiden tai motivaatioiden tutkiskelua.	1-8	.003
Q 97	P on introspektiivinen, valmis tutkimaan ajatuksia ja tunteita.	1-7	.003
Q 7	P ahdistunut/huolestunut/levoton tai kireä (vs. rauhallinen ja rentoutunut).	3-9	.004
Q 13	P on vilkas tai kiihtynyt.	1-6	.004
Q 15	P ei tee aloitteita keskustelunaiheista, on passiivinen.	1-9	.005
Q 52	P luottaa terapeutin ratkaisevan hänen ongelmansa.	3-6	.005
Q 20	P on provokatiivinen, testaa terapiasuhteen.	2-7	.006
Q 33	P puhuu läheisyyden- tai tarvitsevuudentunteistaan.	3-8	.008
Q 56	P puhuu kokemuksista ikään kuin ne olisivat erillään hänen tunteistaan.	4-8	.008
Q 87	P on kontrolloiva.	1-9	.008
Keskustelunaiheisiin ja terapiasuhteeseen yleisesti liittyvät väittämät:			
Q 19	Terapiasuhteessa on eroottinen lataus.	4-5	.001
Q 35	Minäkuva on keskustelun kohteena.	1-9	.005
Q 30	Keskustelu keskittyy kognitiivisiin teemoihin, esim. ideoihin ja uskomuksiin.	1-6	.006
Q 16	On keskustelua kehon toiminnoista, fyysistä oireista tai terveydestä.	2-9	.007
Q 74	Huumoria käytetään.	1-8	.008

PQS = Psychotherapy Process Q Set.

T = terapeutti, P = potilas.

** p<.01

3.3.3. Terapiasuhteiden vuorovaikutusrakenne

Koska terapiasuhteiden vuorovaikutuksessa oli eroja, haluttiin vielä kuvata kullekin suhteelle ominaisia vuorovaikutuksen piirteitä vuorovaikutusrakenteen avulla. Kunkin suhteen vuorovaikutusrakenne muodostettiin perustuen jokaisen suhteen 10 tyyppilliseen ja 10 epätyypilliseen piirteeseen.

Suhdetta A kuvasi yhteistyön ilmapiiri. Terapeutti oli työssään tunnetasolla mukana, ja hänen ystävällinen sekä supportiivinen työotteensa myötävaikuttivat luottamuksellisen terapeutin suhteen rakentumiseen. Potilas koki terapeutin ymmärtävän häntä ja oli tyyppillisesti samaa mieltä tämän kanssa. Potilasta kuvasi myös aktiivisuus. Hän toi keskusteluissa esiin merkityksellisiä asioita, otti vastuuta ongelmistaan ja työsti terapeutin tekemiä ehdotuksia.

Suhdetta B kuvasi potilaan aktiivinen, aika ajoin jopa istunnon kulkua ohjaava rooli. Potilas toi esiin keskeisiä asioita avoimesti ja aktiivisesti heti ensimmäisestä istunnosta lähtien, ottaen vastuuta ongelmistaan ja työskennellen hyvässä yhteistyössä terapeutin kanssa. Terapeutti myötäili potilaan puhetta ja antoi sille paljon tilaa. Terapeutin toiminnassa heijastui ystävällisyys, hyväksyvyys ja supportiivinen ote. Keskustelu oli monipuolista, kattaen useita potilaan elämässä olevia keskeisiä asioita.

Suhteelle C ominaista oli potilaasta kumpuava vuorovaikutuksen synkkyys. Potilaasta heijastui passiivisuus, apaattisuus, ja potilas tuntui välttelevän keskeisiä aiheita. Terapeutin toiminta oli supportiivista, potilaan puhetta kannustavaa ja tukevaa, mutta potilaan melankolia heijastui myös terapeutin toimintaan. Yrityksistä huolimatta terapeutin oli hankala ohjata keskustelua keskeisiin teemoihin ja saada passiivista potilasta mukaan avoimeen vuorovaikutukseen.

Suhteessa D potilas antoi itsestään haasteellisen vaikutelman, hän kärsi moninaisista ongelmista ja hänen elämäntilanteensa oli ajankohtaisesti hyvin epävakaa. Näytti siltä, että terapeutin oli vaikea eläytyä potilaan tilanteeseen ja

soveltaa positiivista sekä hyväksyvää asennetta, mikä vaikutti siihen, että yhteistyösuhteen muodostaminen jäi puutteelliseksi. Terapeutin toimintaa kuvasi varovaisuus ja pidättäytyminen manuaalisissa.

Suhdetta E luonnehti varovaisuus. Potilas näytti jännittyneeltä, hänen puheensa vaikutti kontrolloidulta ja hän tuntui välttelevän todellisten ongelmien tutkiskelua. Potilaan asenne näytti heijastuvan myös terapeuttiin tuoden mukaan epävarmuutta ja vastatunteita, jotka johtivat ajoittain tehottomalta vaikuttavaan toimintaan. Terapeutti välitti ehdotonta hyväksyntää ja ystävällisyyttä sekä oli aidosti mukana vuorovaikutuksessa, mutta keskustelu tuntui ajautuvan syrjään keskeisistä huolenaiheista. Terapeutti myötäili usein potilasta eikä aina tuntunut hahmottavan terapeutista prosessia oikein.

3.3.4. Vuorovaikutuksen muutos

Vuorovaikutus oli hyvin samankaltaista terapiaistunnosta toiseen eikä siinä ollut havaittavissa muutosta terapian edetessä. Kruskalin-Wallis testissä löytyi tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$) ero vain 3 väittämälle istuntojen välillä. Ainoastaan ensimmäisessä istunnossa keskusteltiin aikatauluista (Q 96: $\chi^2(9,763) = .021$, $p < .05$, $df = 3$). Viimeisessä istunnossa taas potilas ilmaisi positiivisia tai ystävällisiä tunteita terapeuttia kohtaan toisin kuin aiemmissa istunnoissa (Q 1: $\chi^2(8,914) = .030$, $p < .05$). Lisäksi viimeisen istunnon aikana keskustelussa oli terapian loppuminen, josta ei muilla kerroilla ollut puhetta (Q 75: $\chi^2(10,815) = .013$, $p < .05$).

Yhteenvedon voidaan todeta, että manualisoinnista huolimatta vuorovaikutus oli melko yksilöllistä eri terapeutti-potilas dyadeissa, mutta yhtenäisiäkin vuorovaikutuspiirteitä löytyi. Vuorovaikutuksen erot jakautuivat melko tasaisesti sekä terapeuttiin että potilaaseen liittyviin elementteihin. Vuorovaikutusrakenne muuttuu hitaasti (Jones, 2000), eikä vuorovaikutuksessa ollut havaittavissa muutosta neljän kerran lyhytterapian aikana.

4 POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää manualisoinnin toteutumista ja vuorovaikutusta itseä vahingoittavien potilaiden lyhytterapiassa. Tarkastelun kohteena olivat terapiainterventiolle tyypilliset piirteet, vuorovaikutuksen yhtenäisyydet ja erot terapiasuhteiden välillä sekä vuorovaikutuksen muutos terapian edetessä. Lisäksi jokaiselle terapiasuhteelle muodostettiin sitä kuvaava, yksilöllinen vuorovaikutusrakenne. Vuorovaikutusta tarkasteltiin Psychotherapy Process Q-Set -menetelmän avulla.

4.1. Manualisoinnin elementit terapiassa

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että manualisoinnin elementit olivat läsnä terapiaistunnoissa muutamaa pientä poikkeusta lukuun ottamatta eli hoito toteutui sillä tavoin kuin sen oli suunniteltu toteutuvan. Kuten Hill (2005) tutkimuksessaan toteaa, terapeutin käyttämät tekniikat, potilaan ominaisuudet ja terapeuttisen suhteen luonne ovat kaikki sidoksissa toinen toisiinsa eikä niitä ole mielekästä tarkastella toisistaan irrallisina. Tästä syystä manualisointia ja vuorovaikutusta on tärkeää tarkastella yhdessä, jotta voidaan arvioida, mitkä elementit terapiassa aiheuttavat muutoksen.

Useissa tutkimuksissa, joissa on käsitelty yleisten ja erityisten tekijöiden roolia hoidon tuloksellisuudessa, on havaittu yleisten, kaikille terapioille yhteisten tekijöiden olevan potilaan positiivisen muutoksen taustalla (Ablon & Jones, 1998, 2002; Ablon, Levy, & Katzenstein, 2006; Lambert & Barley, 2001; Swift & Callahan, 2009; Wampold, 2001). Tässä tutkimuksessa manualisoinnin elementit voidaan nähdä erityisinä tekijöinä ja vuorovaikutus yleisenä tekijänä. Mittaamalla ainoastaan hoidon tuloksellisuutta on mahdotonta tehdä päätelmää siitä, mikä terapiassa on johtanut muutokseen. Hoidon tuloksellisuus jäi tämän tutkimuksen ulkopuolelle, mutta aiemmissa tutkimuksissa ratkaisukeskeisen terapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien on todettu olevan tehokkaita itseä vahingoittavien hoidossa (Gratz & Gunderson, 2006; Hawton ym., 1998; Muehlenkamp, 2006). Toisaalta tutkimuksissa on saatu

myös ristiriitaisia tuloksia manualisoidun hoidon tuloksellisuudesta itseä vahingoittavien potilaiden hoidossa (Tyrer ym., 2003; Weinberg ym., 2006). Useissa tutkimuksissa on jätetty manuaalin mukainen hoito kokonaan kuvailematta, eikä manuaalin mukaisten elementtien läsnäoloa ole tutkittu, vaan on keskitytty tuloksellisuuden tutkimiseen (Muehlenkamp, 2006).

Terapeutissa itseä vahingoittava käyttäytyminen saattaa aiheuttaa pelkoa ja inhoa, sekä turhautumisen ja tehottomuuden tunteita (Nafisi & Stanley, 2007; Nock ym., 2007), mikä voi vaikeuttaa myötätunnoista suhtautumista potilaaseen. Tutkimuksessamme tämä ilmiö ei näkynyt terapeuttien toiminnassa, vaan lähes kaikissa terapiasuhteissa terapeutit olivat omaksuneet manuaalin mukaisen positiivisen asenteen, ja he olivat vastaanottavaisia sekä tunnetasolla mukana vuorovaikutuksessa. On mahdotonta päätellä, johtuiko terapeuttien positiivinen asenne manualisoinnista vai muista tekijöistä. On mahdollista, että opiskelijaterapeuttien toimintaa kuvaisi supportiivisuus ja ystävällisyys ilman manualisointiakin. Positiivisen asenteen omaksumista on saattanut siis edesauttaa se, että terapeutit olivat työssä uusia ja innostuneita sekä paneutuivat työhön antaumuksella. Toisaalta manualisointi on saattanut vähentää spontaania vuorovaikutusta. Terapeutit tukeutuivat tiukasti manuaaliin, ja joskus terapeuttien toiminta olisi saattanut olla paremmin tilanteeseen sopivaa ilman manuaalin noudattamista.

4.2. Vuorovaikutuksen yhtenäisyydet ja erot

Vuorovaikutuksessa havaittiin yhtenäisyyksiä ja eroja yhtä paljon. Tutkituista vuorovaikutuksen elementeistä tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi 50 vuorovaikutusväittämistä 100:sta. Eroja oli terapeuttiin, terapeutin käyttämään tekniikkaan, keskustelunaiheisiin sekä potilaisiin liittyvissä osioissa. Yhtenäisyyksissä painottuivat terapeuttiin ja terapeutin käyttämään tekniikkaan liittyvät osiot, mutta manualisoinnista huolimatta terapeuttien toiminnassa oli myös eroja.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempia tutkimuksia itseä vahingoittavien potilaiden terapeuttiselle hoidolle tehokkaiksi havaituista elementeistä. Aiemmissä tutkimuksissa todetaan positiivisen, luottamuksellisen suhteen olevan keskeinen elementti itseä tämän potilasryhmän terapeuttisessa hoidossa (Muehlenkamp, 2006; Nafisi & Stanley, 2007). Itseä vahingoittavat kokevat terapeutin hyväksyvän, supportiivisen, kunnioittavan ja välittävän asenteen tärkeäksi (Bosman & van Meijel, 2008; Kool, van Meijel & Bosman, 2009; Perseius ym., 2003). Terapeuttien toiminnan tulisi olla rohkaisevaa, tukea antavaa ja potilaan puhetta validoivaa (Nafisi & Stanley, 2007). Nämä elementit olivat läsnä myös tutkimuksemme kohteena olleessa aineistossa. Lisäksi itseä vahingoittaville potilaille tulee antaa tilaa (Bosman & van Meijel, 2008; Suyemoto, 1998), mikä tässä tutkimuksessa näkyi siinä, että terapeutit suhtautuivat potilaisiin yleensä tasa-arvoisesti ja hyväksyvästi, edistivät potilaan puhetta ja kysyivät aktiivisesti lisätietoa potilaan esiin tuomista asioista.

Tutkimuksen terapiasuhteille tyypillistä oli myös se, että keskustelu keskittyi potilaan tietoisuudessa oleviin teemoihin, nykyhetkeen sekä asioihin, joita potilas voisi tehdä itsenäisesti terapian ulkopuolella. Lisäksi terapeutit selittivät aktiivisesti käyttämäänsä tekniikkaa. Nämä tekijät eivät ole nousseet keskeisiksi aiemmissä tätä potilasryhmää koskevissa tutkimuksissa. Aiemmissä tutkimuksissa on löydetty yhteneväisyyksiä potilasta koskevista tekijöistä (Ablon & Jones, 1999, 2002), kun taas tässä tutkimuksessa ei löytynyt yhtään potilasta koskevaa väittämää, joka olisi ollut tyypillinen kaikille potilaille. Useimpia potilaita luonnehti kuitenkin se, että he hyväksyvät terapeutin kommentit, mikä osaltaan edisti positiivisen suhteen luomista.

Tilastollisesti merkitsevät erot terapeuttien asenteessa ja toiminnassa kertoivat mahdollisesti siitä, että terapeutit saattoivat kokea toiset potilaat toisia haasteellisemmiksi. Haasteellisempien potilaiden kohdalla terapeuttien oli ehkä vaikeampaa hahmottaa terapeutista prosessia, olla tahdikkaita, osoittaa hyväksyntää ja estää omien tunnereaktioidensa tulemistä terapiasuhteeseen. Lisäksi haastavien potilaiden kanssa terapeutit kokivat itsensä

epävarmemmiksi. Tulokset saattavat heijastella myös terapeuttien erilaisia ominaisuuksia, kykyjä tai kokemuksia.

Aiemmissä tutkimuksissa vuorovaikutusrakenteen on havaittu muuttuvan hitaasti (Jones, 2000), mikä näkyi myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Vuorovaikutuksessa ei ollut havaittavissa muutosta neljän kerran terapian aikana. Muutosta tarkasteltaessa ainoastaan 3 väittämässä 100:sta havaittiin merkitsevä ero. Manuaalin mukaisesti ensimmäisessä istunnossa keskusteltiin terapian aikataulusta ja viimeisessä istunnossa nousi esiin luonnollisesti terapian loppuminen. Viimeisessä istunnossa potilaat antoivat myös positiivista palautetta terapeutille, mitä ei tapahtunut aiemmissä istunnoissa.

4.3. Tutkimuksen ja tutkimusmenetelmien arviointi

Itseään vahingoittavat ovat heterogeeninen ryhmä (Briere & Gil, 1998; Hume & Platt, 2007; Prinstein, 2008), mikä asettaa rajoituksia tämän tutkimuksen tulosten yleistettävyydelle otoskoon pienuuden ohessa. Tässä tutkimuksessa itsensä vahingoittamisen määritelmä kattaa myös suisidaaliset potilaat, jolloin tuloksia ei voi yleistää koskemaan ainoastaan ilman kuoleman aikomusta itseään vahingoittavia. Lisäksi tutkittavilta edellytettiin omaa aktiivisuutta tutkimukseen osallistumisessa, joten näytteeseen mukaan tulleet tutkittavat saattoivat olla keskimääräistä motivoituneempia hoitoon. Kaikki tutkittavat henkilöt olivat naisia, joten tuloksia ei voida yleistää molempia sukupuolia koskevaksi. Tutkittavien ikäjakauma oli suuri ja otoskoko pieni, jolloin tulosten yleistämisessä tietyn ikäisiin itseä vahingoittaviin on käytettävä varovaisuutta.

PQS-menetelmä on todettu useissa tutkimuksissa reliaabeliksi ja validiksi hoitosuuntauksesta riippumatta (Ablon & Jones, 2002). Aiemmissä tutkimuksissa, joissa on käytetty PQS-menetelmää, on yleensä vähintään kaksi arvioijaa arvioinut saman terapiaistunnon (Ablon & Jones, 1999; 2002, Ablon ym., 2006). Tässä tutkimuksessa neljää istuntoa lukuun ottamatta vain yksi arvioija arvioi terapiaistunnon, mikä saattaa heikentää tutkimuksen

validiteettia. Harjoittelemalla menetelmän käyttöä arvioijat saavuttivat kuitenkin hyvän arvioijien välisen reliabiliteetin, mikä tukee sitä, että arvioijat käyttivät menetelmää yhdenmukaisella tavalla. Validiteettia olisi saattanut entisestään parantaa se, että terapiasuhteiden sijaan molemmille arvioijille olisi arvottu terapiaistunnot sokkona, jolloin terapiaistuntojen arviointeihin ei olisi vaikuttanut edellisten istuntojen arvioinnit. Nyt suhteen edelliset istunnot saattoivat vaikuttaa jälkimmäisten istuntojen arviointeihin. Vaikka tutkija pyrki asettumaan objektiivisen tarkkailijan rooliin, niin arviointi on kuitenkin tutkijan subjektiivinen näkemys arvioinnin kohteena olevan asian läsnäolosta istunnossa.

Vaikka PQS-menetelmä on todettu käyttökelpoiseksi terapiasuuntauksesta riippumatta (Jones, 2000), voidaan pohtia, kattoivatko väittämät juuri tälle hoidolle ominaiset piirteet riittävän hyvin. On mahdollista, että jotkut hoidon keskeiset elementit, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapialle tyypillinen hyväksynnän lisääntyminen potilaassa, eivät nousseet tämän menetelmän avulla esiin. Lisäksi menetelmä sisälsi useita suoraan psykoanalyttiseen terapiaan liittyviä väittämiä (kuten unien ja fantasioiden käsittely sekä transferenssin ja vastatransferenssin tulkinta), jotka arvioitiin tässä aineistossa poikkeuksetta merkityksettömiksi. Haasteellista oli myös rajanveto epätyypillisen (kategoria 1) ja neutraalin (kategoria 5) välillä. Tämä ongelma ratkaistiin niin, että väittämä sijoitettiin epätyypilliseen, jos istuntoa kuvasi hyvin väittämässä olleen elementin puuttuminen. Toisin sanoen epätyypilliseksi arvioitua elementtiä ei nostettu istunnossa esiin, vaikka sen esiin nostamiseen tarjoutui mahdollisuus ja arvioijan mukaan potilas olisi hyötynyt asian käsittelystä (esimerkiksi minäkuvasta keskustelusta).

PQS-menetelmän vahvuus on siinä, että terapeutin ja potilaan välinen monimutkainen vuorovaikutus saadaan tilastollisesti analysoitavaan muotoon (Jones, 2000). Aineiston täytyy kuitenkin olla riittävän suuri, jotta tilastollisia johtopäätöksiä voidaan luotettavasti tehdä. Tässä tutkimuksessa havaintoyksikköjen määrä oli liian pieni, jotta olisi voitu käyttää tilastollisesti vahvempia menetelmiä terapiasuhteiden vertailuun. Tästä syystä aineisto analysoitiin Kruskalin-Wallisin ei-parametrisellä testillä, joka ei tuo eroja

näkyviin yhtä voimakkaasti kuin parametriset menetelmät (Metsämuuronen, 2005). On huomioitava, että Kruskalin-Wallis testin oletus otosten riippumattomuudesta ei täysin toteutunut koskien vuorovaikutuksen muutoksen tarkastelua terapian edetessä, koska terapiaistunnon vuorovaikutus ei ole täysin riippumaton edellisen istunnon vuorovaikutuksesta. Sen sijaan terapiasuhteiden välisiä vertailuja tehdessä riippumattomuusoletus toteutui, koska eri terapiasuhteet ovat toisistaan riippumattomia.

PQS-menetelmä on aikaa vievä, mistä johtuen sen käyttö tutkimustyössä on kallista. Menetelmän etu on juuri tilastollisten menetelmien käytössä, eikä ole kustannustehokasta käyttää sitä laadullisen tutkimuksen menetelmänä. Tämä tutkimus on osaltaan ainutlaatuinen, koska Suomessa tehtyjä tutkimuksia, joissa olisi käytetty PQS-menetelmää yhdessä tilastollisten menetelmien kanssa, ei juuri ole.

4.4. Jatkotutkimustarpeet

Jotta uusia ja tehokkaita hoitomuotoja on mahdollista kehittää, on tärkeää saada lisätietoa itseä vahingoittavien potilaiden terapeuttisen hoidon vaikuttavista elementeistä ja tutkia ilmiötä suurempien aineistojen avulla. Erityisesti yhteys terapiassa läsnä olevien elementtien, vuorovaikutuksen sekä tuloksellisuuden välillä on keskeinen haaste tutkimustyölle. Hoitotulosten säilyvyys on tärkeä tutkimuskohde, mikä edellyttää enemmän pitkittäistutkimuksia. Mielenkiintoista olisi myös tutkia, onko pidemmän hoidon aikana nähtävissä muutosta vuorovaikutuksessa itseä vahingoittavien hoidossa. Lisäksi kiinnostavaa olisi tutkia itseä vahingoittavan käyttäytymisen esiintymistä muiden häiriöiden kanssa, jolloin hoidossakin pystyttäisiin ottamaan paremmin huomioon potilaan mahdolliset muut ongelmat. Suomessa tulisi tehdä myös itseä vahingoittavan käyttäytymisen esiintyvyystudkimuksia, jotta ilmiön yleisyydestä saataisiin kattava kuva ja olisi mahdollista tehdä realistisia arvioita ilmiön hoitoon varattavista resursseista. Myös hoitohenkilökunnan kokemukset itseä vahingoittavien hoidosta tulisi nostaa tutkimuksen kohteeksi, jotta hoitohenkilökunnalle osattaisiin tarjota riittävästi

tukea ja fokuoitua koulutusta juuri tämän potilasryhmän kanssa työskentelemiseen.

4.5. Johtopäätökset

Yhteenvetona voidaan todeta, että manualisoitu terapia voidaan opettaa nopeasti kokemattomillekin terapeuteille, siten että manualisoinnin elementit todella ovat läsnä terapiassa. Manualisointi saattaa yhtenäistää vuorovaikutusta eri terapiasuhteiden välillä jonkin verran, mutta se ei yhdenmukaista vuorovaikutusta siten, että vuorovaikutus olisi samanlaista kaikissa terapiadyadeissa. Manualisoinnista huolimatta vuorovaikutuksessa on kullekin terapiasuhteelle ominaisia elementtejä, jolloin vuorovaikutus näyttäytyy ainutlaatuisena jokaisessa terapiasuhteessa.

Itseä vahingoittava käyttäytyminen on ilmiö, josta tiedetään varsin vähän ja josta tarvitaan lisää tietoa, jotta uusia tuloksellisia ja kustannustehokkaita hoitomuotoja pystytään kehittämään (Muehlenkamp, 2006). Itseä vahingoittavan käyttäytymisen esiintyvyyden on arvioitu olevan kasvussa (Hirvonen ym., 2004; Muehlenkamp, 2006), mikä kuormittaa terveydenhuollon yksiköitä enenevässä määrin. Tutkimustiedon karttuminen ja ymmärryksen lisääntyminen tästä vaikeasta ilmiöstä edesauttaa yhteiskunnan mahdollisuuksia panostaa enemmän itseä vahingoittavan käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn, mikä vaikuttaa suoraan sekä ihmisten psyykkisen kärsimyksen että terveydenhuollon kustannusten vähenemiseen.

LÄHTEET

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71 – 83.

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 64 – 75.

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775 – 783.

Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 216 – 231.

Ablon, J. S. & Marci, C. (2004). Psychotherapy process: The missing link: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 664 – 668.

Ahn, H. & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counselling Psychology*, 48 (3), 251 – 257.

Bosman, M. & van Meijel, B. (2008). Perspectives of mental health professionals and patients on self-injury in psychiatry: a literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 180 – 189.

Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609 – 620.

Brown, M. Z., Comtois K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198 – 202.

Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Gilbody S., Richards, D., Bower, P., Audin, K., & Connell, J. (2008). A review and critical appraisal of measures of therapist-patient interactions in mental health settings. *Health Technology Assessment*, 12 (24), 1 – 86.

Claes, L. & Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137 – 144.

Crits-Cristoph, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. *Psychological Bulletin*, 122, 216 – 220.

Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Carroll K., Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G., Thompson, L., Gallagier, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81 – 91.

D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2001). Problem solving therapies. Teoksessa Dobson K. (toim.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 2. painos (s. 211-245). New York: Guilford.

Evans, K. M., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29, 19-25.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2. painos). Baltimore, MD: Hopkins University.

Fishman, D. B. (2000). Transcending the Efficacy Versus Effectiveness Research Debate: Proposal for a New, Electronic “Journal of Pragmatic Case Studies”. *Prevention and Treatment*, 3(1).

Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.

Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (9), 1062 – 1069.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2005). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44, 1-25.

Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., & Träskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317:441-447.

Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57 – 68.

Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 431 – 442.

Hirvonen R., Kontunen K., Amnell G., Laukkanen E. (2004). Itseään viiltelevä nuori. *Duodecim* 2004; 120:944-50.

Hume, M. & Platt, S. (2007). Appropriate interventions for the prevention and management of self-harm: a qualitative exploration of service-users' views. *BMC Public Health*, 7.

Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action. A guide to Psychoanalytic Therapy*. Northvale: Aronson.

Jones, E. E. & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306-316.

Klonsky, D. E. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226 – 239.

Klonsky, D. E. & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045 – 1056.

Klonsky D., Oltmanns F., & Turkheimer E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501 – 1508.

Kool, N., van Meijel B., & Bosman, M. (2009). Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: a patient's perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (1), 25 – 31.

Koons, C., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morese, J. Q., et al. (2001). Efficacy of dialectical behaviour therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.

Kåver, A. & Nilsson Å. (2002). Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita.

Lambert, M. J. & Barley, D.E. (2001) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357 – 361.

Lappalainen R., Lehtonen, T., Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K. G., Afari, N., & McCurry, S. M. (2004). *Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä*. Tampere: SKT.

Laukkanen, E., Rissanen, K., Kylmä J., & Tolmunen T. (2008). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18- year old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. (1986). Suicidal people: one population or two? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 16–33.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Metsämuuronen, J. (2005). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*, 3. laitos. Jyväskylä: Gummerus.

Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324 – 333.

Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28 (2), 166-185.

Nafisi, N. & Stanley, B. (2007). Developing and maintaining the therapeutic alliance with self-injuring patients. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1069 – 1079.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., Dierberger, A.E. (2000). Psychotherapists' views of treatment manuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 31, No. 4, 404-408.

Nock, M., K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 159 – 168.

Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65 – 72.

Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885 – 890.

Nock, M. K., Teper, R., & Hollander, M. (2007). Psychological treatment of self-injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1081 – 1089.

Perseus, K. I., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavior therapy: The patients' and therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 218-227.

Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80.

Price, P. B. & Jones, E. E. (1998). Examining the alliance using the psychotherapy process Q-Set. *Psychotherapy*, Vol 35, Fall 1998, No. 3.

Prinstein, M. J. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: a review of unique challenges and important directions for self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 1 – 8.

Samuelsson, M. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 635 – 643.

Schwalisz, K. (2001). A Common Factors Revolution: Let's Not "Cut Off Our Discipline's Nose to Spite Its Face". *Journal of Counseling Psychology*, 48, 262–267.

Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 23, 730-741.

Sidley, G., L. (1998). Parasuicide. Teoksessa N. Tarrier, A. Wells & G. Haddock (toim.) *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. (s. 273 – 294). John Wiley & Sons Ltd.

Simeon, D. & Favazza, A.R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. Teoksessa Simeon, D. & Hollander, E. (toim.), *Self-injurious behaviours: Assessment and treatment* (s. 1 - 28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Slee, N., Spinhoven, Garnefski, N., & Arensman E. (2008). Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 205 – 216.

Stanley, B. Gameroff, M. J., Michalsen, M. A. V., & Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population. *American Journal of Psychiatry*, 158, 427 – 432.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531 – 554.

Swift, J. & Callahan, J. (2009). Early psychotherapy process: an examination of client and trainee clinician perspective convergence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 228 – 236.

Tiuraniemi, J. (1993). *Psykoterapia vastavuoroisena prosessina*. Turun yliopisto. Psykologian tutkimuksia, 95.

Townsend, E., Hawton, K., Altman, D. G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & Van Heeringen K. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31, 979-988.

Tyrer P., Thompson S., Schmidt U., Jones V., Knapp, M., Davidson, K., Catalan, J., Airlie, J., Baxter, S., Byford S., Cameron, S., Caplan, R., Cooper, S., Ferguson, B., Freeman, C., Frost, S., Godley, J., Greenshields, J., Henderson, J., Holden, N., Keech, P., Kim, L., Logan, K., Manley, C., MacLeod, A., Murphy, R., Patience, L., Ramsay, L., De Munroz, S., Scott, J., Seivewright, H., Sivakumar, K., Tata, P., Thornton, S., Ukoumunne, O. C., & Wessely, S. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33, 969-976.

Verheul, R., van den Bosch, L. M., Koeter, M. W. J., deRidder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Walsh, B. (2006). Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057 – 1068.

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. London: Elbaum.

Weinberg, I., Gunderson, J. G., Hennen, J., Cutter Jr., J. C. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 482-492.

Wilson, G.T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 295 – 314.

Wilson, G.T. (1998). Manual- assisted treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363 – 375.

World Health Organization (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). July 2004.

World Health Organization. Suicide prevention program (SUPRE). [viitattu 10.6.2009].
Saatavissa: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.

LIITE 1: Itseä vahingoittavien manualisoitu hoito CFSH -tutkimuksessa

CFSH-tutkimuksessa itseä vahingoittavien manualisoidussa hoitointerventiossa yhdistyy ratkaisukeskeisen lyhytterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian elementit. Keskeinen koko interventiota kuvaava elementti on terapeutin asenne, jonka tuli olla positiivinen ja kunnioittava. Jokaisessa istunnossa käytettiin tietoisuusharjoituksia ja useimmissa myös metaforia. Lisäksi jokainen istunto viimeistä istuntoa lukuun ottamatta päättyi kotitehtävän antamiseen. Seuraavassa kuvataan intervention manualisoidut elementit lyhyesti.

1. Terapiaistunto

Ensimmäisessä istunnossa tavoitteena oli suhteen muodostaminen. Asiakkaalle annettiin yleinen kuvaus toiminnan periaatteista ja hänet sitoutettiin hoitoon. Asiakkaan arvoja ja päämääriä kartoitettiin ihmekysymyksellä. Lisäksi tehtiin 5 minuutin tietoisuusharjoitus. Lopuksi kotitehtävänä asiakasta pyydettiin havainnoimaan niitä asioita ensimmäisen ja toisen terapiaistunnon välillä, joita asiakkaan elämässä tapahtuu ja joiden hän toivoisi tapahtuvan myös jatkossa.

2. Terapiaistunto

Toinen istunto alkoi 5 minuutin tietoisuusharjoituksella ja kotitehtävän läpikäymisellä. Arvoanalyysiä jatkettiin asteikkokysymyksillä sekä poikkeuskysymyksillä, joiden avulla pyrittiin määrittelemään, mitä tekoja potilaan tulisi tehdä päästäkseen lähemmäs arvojensa mukaista elämää. Toiseen istuntoon kuului myös turhautumisen sietämisharjoitus (Low Frustration Tolerance –exercise), jossa potilasta pyydettiin kuuden kysymyksen avulla mm. kertomaan turhautuneisuudesta, jota potilas pystyisi sietämään sekä kuvailemaan, miltä turhautuneisuus tuntuu kehossa. Terapeuteille annettiin ohje, että harjoitus tulee ainakin aloittaa. Kotitehtäväksi asiakkaalle annettiin sama havainnointi -kotitehtävä kuin ensimmäisellä istunnolla sekä lisäksi pyydettiin asiakasta kirjoittamaan kirje itselleen tulevaisuudesta ja kuvailemaan, mitä asioita on tapahtunut, jotta asiakkaan kuvailema tulevaisuuden tilanne on saavutettu.

3. Terapiaistunto

Kolmannessa istunnossa tehtiin jälleen 5 minuutin tietoisuusharjoitus ja läpikäytiin edellisen kerran kotitehtävä. Tässä istunnossa terapeutti sai valita joko harjoituksen tai asiakkaalle sopivan metaforan. Harjoituksena sai tehdä tarkkailijaharjoituksen tai poimi identiteetti (Pick an Identity) -harjoituksen. Tarkkailijaharjoituksessa keskitytään kehon tunteiden, ajatusten sekä tunteiden kokemiseen. Poimi identiteetti -harjoituksessa terapeutti oli ennakkoon kirjoittanut paperilapuille erilaisia identiteettejä, joista osa oli potilaan kertomuksesta poimittuja ja osa yleisiä ihmisten luonteenpiirteitä. Potilas poimi näistä muutaman ja hänen tehtävänä oli kuvailla, millaista on olla kyseisen identiteetin omaava ihminen. Kotitehtäväksi asiakkaalle annettiin jälleen havainnointitehtävä sekä nykyisen hyödyllisen käyttäytymisen ja pienten tekojen lisääminen.

4. Terapiaistunto

Myös neljäs ja viimeinen istunto alkoivat 5 minuutin tietoisuusharjoituksella sekä edellisen kerran kotitehtävän läpikäynnillä. Viimeisen istunnon aikana keskityttiin intervention hyötyjen arviointiin. Lisäksi terapeutin tuli käyttää yhtä metaforaa, esimerkiksi matka- tai ota avaimesi mukaan metaforaa.

LIITE 2: Manualisoitu terapeutti hoito Central Finland Self-Harm -tutkimuksessa

1. TERAPIAISTUNTO

- Asiakkaalle annetaan yleinen kuvaus toiminnan periaatteista ja pyritään sitouttamaan asiakas 4 kerran hoitoon sekä kerrotaan asiakkaalle, että ylä- ja alamäkiä on odotettavissa. Tavoitteena on suhteen muodostaminen.
- Arvoanalyysi ja suunnan asettaminen (Ihmekysymys)
- Tietoisuusharjoitus (5 min hengitysharjoitus)
- Kotitehtävä: Havainnointi ("Tämän ja seuraavan tapaamisen välillä haluan sinun kiinnittävän huomion asioihin, joita elämässäsi tapahtuu ja joiden toivoisit tapahtuvan myös jatkossa").

2. TERAPIAISTUNTO

- Tietoisuusharjoitus (5min)
- Kotitehtävän purku
- Arvoanalyysi jatkuu (Skaalakysymykset ja poikkeuskysymykset määriteltäessä mitä askelia potilaan tulisi ottaa korostaakseen arvojen mukaista käyttäytymistä ja hyvän elämän elämistä).
- LFT-harjoitus (Low Frustration Tolerance Exercise)
- Kotitehtävä: kirje tulevaisuudesta sekä havainnointi ("Tämän ja seuraavan tapaamisen välillä haluan sinun kiinnittävän huomion asioihin, joita elämässäsi tapahtuu ja joiden toivoisit tapahtuvan myös jatkossa").

3. TERAPIAISTUNTO

- Tietoisuusharjoitus (5min)
- Kotitehtävän purku: Mitä havaintoja asiakas on tehnyt, mihin käyttäytymiseen ryhtynyt, mitä esteitä havainnut.
- Poimi identiteetti -harjoitus (Pick an Identity)
- Metafora
- Kotitehtävä: Lisätä nykyistä hyödyllistä käyttäytymistä sekä havainnointi ("Tämän ja seuraavan tapaamisen välillä haluan sinun kiinnittävän huomion asioihin, joita elämässäsi tapahtuu ja joiden toivoisit tapahtuvan myös jatkossa").

4. TERAPIAISTUNTO

- Tietoisuusharjoitus (5min)
- Kotitehtävän purku
- Intervention hyötyjen arviointi
- Metafora

LIITE 3: Manualisoinnin toteutuminen itseä vahingoittavien potilaiden lyhytterapeuttisessa hoidossa					
1. Terapiaistunto					
Terapeutin positiivinen asenne	7,67	8,33	8,67	4,17	8,33
Yleinen kuvaus toiminnan periaatteista ja asiakkaan sitouttaminen 4 kerran hoitoon	x	X	x	suhteen luominen	suhteen luominen
Arvoanalyysi ja suunnan asettaminen (ihmekysymys)	x	X	x	x	x
Tietoisuusharjoitus 5min	x	X	x	x	x
Kotitehtävä: Havainnointi	x tekojen miettimistä	x kirjan lukeminen	x ei itsetuhoista käyttäytymistä ja tietoisuusharjoitus	x tietoisuusharjoitus	x tietoisuusharjoitus
2. Terapiaistunto					
Terapeutin positiivinen asenne	7,5	8,83	8,5	4,83	7,67
Tietoisuusharjoitus 5min	x	X	x	x	x
Kotitehtävän purku	x	X	x	x	x
Arvoanalyysi jatkuu	x	X	x	x	
Low Frustration Tolerance Exercise	x	X	x	x	x
Kotitehtävä: Kirje tulevaisuudesta ja havainnointi	x	X	x	x	x lisäksi tietoisuusharjoitus
3. Terapiaistunto					
Terapeutin positiivinen asenne	8	8,5	7,83	4,83	8,5
Tietoisuusharjoitus 5 min	x	X	x	x	x
Kotitehtävän purku	x	X			x
Poimi identiteetti tai tarkkailija –harjoitus	x	X	x	x	x
Metafora	x	X	x		
Kotitehtävä: Lisätä nykyistä hyödyllistä käyttäytymistä ja havainnointi	x	X	x tulevaisuuskirje + tietoisuusharjoitus	x	
4. Terapiaistunto					
Terapeutin positiivinen asenne	8,5	8,83	8,33	4,33	8,83
Tietoisuusharjoitus 5 min	x	X	x	x	x
Kotitehtävän purku		X		x	x tietoisuusharjoitus
Intervention hyötyjen arviointi	x	X	x		x
Metafora tai tarkkailija	x	X	x	x	x