

**ONGELMALLISEN KOKEMUKSEN ASSIMILAAATIOPROSESSI  
PSYKOTERAPEUTTISEN MUUTOKSEN KUVAAJANA**

Malmberg Inka &  
Niemi Tanja  
Kandidaatin tutkielma  
Psykologian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Maaliskuu 2015

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

MALMBERG, INKA & NIEMI TANJA: Ongelmallisen kokemuksen assimilaatioprosessi

psykoterapeuttisen muutoksen kuvaajana

Kandidaatin tutkielma, 31 s., 1 liites.

Ohjaaja: Jarl Wahlström

Psykologia

Maaliskuu 2015

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida tutkittavan terapeuttista muutosprosessia. Tavoitteena oli tutkia asiakkaan ongelmallisen kokemuksen käsittelyä William Stilesin kehittämän assimilaatioanalyysin avulla sekä pohtia, mitkä tekijät mahdollisesti edesauttoivat tai estivät terapeuttista muutosta. Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena ja sen aineistona toimi Jyväskylän yliopiston tutkimus- ja opetuslinikalla videotaltioitu yhden terapia-asiakkaan noin vuoden kestänyt terapiaprosessi. Aineisto koostui kahdestakymmenestä kahdeksasta videoidusta ja litteroiduista terapiaistunnosta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin assimilaatioanalyysia, jonka avulla pyritään kuvaamaan ongelmallisten kokemusten esiinnousua ja niiden integroimista osaksi vallitsevaa ääniyhteisöä ja minuutta. Assimilaatiomallin avulla arvioidaan muutosta synnyttäviä psykoterapeuttisia prosesseja asiakkaan ja terapeutin yhteistoimintaa havainnoimalla. Aineiston perusteella hyväksynnän tarve ja sen synnyttämät vaikeat tunteet muodostivat asiakkaan ongelmallisen kokemukset. Lopulliseen analyysiin päätyi 179 hyväksynnän tarvetta käsittelevää otetta. Asiakkaan assimilaatioprosessia kuvattiin näiden otteiden pohjalta. Tulokset osoittivat, ettei terapeuttisen muutoksen voitu osoittaa olevan asiakkaan kohdalla pysyvää. Muutosprosessin eteneminen vaihteli sekä kokonaisuutta että yksittäisiä terapiaistuntoja tarkastellessa. Terapiassa esiinnousseiden äänien assimilaatiotasot vaihteli prosessin aikana ensimmäisestä vaiheesta (ei-toivotut ajatukset) neljanteen vaiheeseen (oivalluksen vaihe), mutta pysyi valtaosin toisessa (orastava tietoisuus) ja kolmannessa (ongelman määrittäminen) vaiheessa. Noin terapian puolivälistä alkaen terapeuttista muutosta kuvaavat assimilaatiotasot olivat pääasiassa laskevia. Viimeisissä istunnoissa asiakkaan assimilaatio taso oli alhaisempi kuin terapiaan tullessa. Terapeuttista muutosta saattoivat edistää ongelmallisen kokemuksen ja sen herättämien tunteiden käsittely terapiassa sekä asiakkaan kokemus terapeutin empaattisuudesta. Mahdollisia muutosta estäviä tekijöitä olivat asiakkaan tapa havainnoida itseä ja muita, emotionaalisten tunnereaktioiden voimakkuus, mielialavaihtelut, ongelmien pitkäaikaisuus sekä haastava vuorovaikutustyyli. Asiakkaan ominaisuuksiin liittyvät tekijät ovat voineet haitata terapeuttista yhteistyösuhdetta ja sitä kautta kokonaisprosessin etenemistä. Tutkimuksemme tuo esiin persoonallisuushäiriön ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön erotusdiagnostiikan tärkeyden. Myös erityisesti ei-tuloksellisten terapiaprosessien tutkiminen saattaisi olla hyödyllistä tulevaisuudessa.

Avainsanat: psykoterapia, assimilaatioanalyysi, terapeuttinen muutos

# SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	1
1.1. Psykoterapian prosessitutkimus.....	1
1.2. Assimilaatiomalli .....	3
1.3. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	6
2. MENETELMÄ .....	7
2.1. Tutkimuksen osallistujat .....	7
2.2. Aineisto.....	7
2.3. Analyysimenetelmä .....	7
2.4. Tutkimuksen luotettavuus .....	8
3. TULOKSET .....	11
3.1. Asiakkaan assimilaatioprosessi .....	11
3.2. Ensimmäinen dominoiva ääni: Pätevyyteen pyrkijä.....	11
3.3. Toinen dominoiva ääni: Alemmuuden tuntija.....	12
3.4. Ongelmallinen ääni: Itsensä arvostaja.....	13
3.5. Asiakkaan assimilaatioprosessin eteneminen.....	14
4. POHDINTA .....	22
LÄHTEET .....	28
LIITTEET	

# 1. JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida laadullisen tapaustutkimuksen avulla tutkittavan terapiassa tapahtuvaa muutosprosessia. Tutkimuksessa tarkastellaan assimilaatioanalyysin avulla asiakkaan ongelmallisen kokemuksen assimilaatioprosessia. Lisäksi tarkastellaan mitkä tekijät mahdollisesti edesauttavat tai estävät terapeuttista muutosta. Aiemmassa tutkimuksessa on keskitytty lähinnä tarkastelemaan assimilaatioprosessin edistymistä etenkin tuloksellisten terapioiden yhteydessä. Tutkimustietoa vähemmän tuloksellisista terapioidista on olemassa niukemmin. Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata sekä muutosta edesauttavia että estäviä tekijöitä vähemmän tuloksellisessa terapiaprosessissa, ja näin lisätä tietämystä myös terapian edistymiseen kielteisesti vaikuttavista tekijöistä.

## 1.1 Psykoterapian prosessitutkimus

Psykoterapiatutkimus on haarautunut tuloksellisuus- ja prosessitutkimukseen. Tuloksellisuus- ja prosessitutkimus eivät ole toisistaan täysin poikkeavia tutkimussuuntauksia, sillä psykoterapeuttisia prosesseja ja muutokseen vaikuttavia tekijöitä määrittämällä pyritään lisäämään terapian vaikuttavuutta (Llewelly & Hardy, 2001), josta tulostutkimuksessa puolestaan ollaan kiinnostuneita (Laitila, 1996).

Tuloksellisuustutkimuksia on toteutettu perinteisesti kokeellisilla tutkimusasetelmilla (Laitila, 1996), painottuen pääasiassa määrälliseen mittaamiseen ja ryhmävertailuihin (Toskala & Wahlström, 1996). 1950-luvulta lähtöisin oleva psykoterapiatutkimuksen perinne on kuitenkin todennut kokeelliset ryhmävertailut ja niistä laaditut meta-analyysit ongelmallisiksi psykoterapeuttisen hoidon tuloksellisuutta arvioidessa (Leiman, 2005). Psykoterapian vaikuttavuus on yleisesti todettu (Wahlström, 2012; Wampold, 2001), mutta yksittäisten tekijöiden vaikutus terapian tuloksellisuuteen ollaan voitu osoittaa vain niukasti (Ehrling, 2006; McLeod, 2001; Wampold, 2001). Psykoterapian hoito on luonteeltaan vuorovaikutteista ja hoidon aikana sekä terapeutin että asiakkaan toiminta kehittyy vastauksena toisen toimintaan. Vuorovaikutteinen hoitomuoto on puolestaan ristiriidassa kokeellisen tutkimuksen perusoletusten kanssa, sillä terapeutti-, asiakas- ja tulosmuuttajat eivät ole toisistaan riippumattomia (Leiman, 2005).

Eri psykoterapiasuuntauksia vertailevissa tutkimuksissa on huomattu, ettei terapiasuuntauksilla ole merkittävää vaikutusta intervention tuloksellisuuden kannalta (Ehrling, 2006; McLeod, 2001; Wahlström, 2012; Wampold, 2001). Ilmiötä on kutsuttu 1980-luvulta lähtien ekvivalenssiparadoksiksi (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986) ja se on aiheuttanut keskustelua

tutkijoiden keskuudessa (Wahlström, 2012). Tutkimustulokset viittaavat kuitenkin siihen, että psykoterapiamenetelmien taustalla olisi yhteisiä vaikuttavia tekijöitä (Leiman, 2005; Wampold, 2001). Terapeuttisen yhteistyösuhteen laatu, terapeutin ja asiakkaan ominaisuudet, sekä asiakkaan elämän olosuhteet on todettu keskeisimmiksi tekijöiksi terapian tuloksellisuuden näkökulmasta. Psykoterapian osatekijöiden toisistaan riippumaton arviointi ei ole mielekästä, sillä ne ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään (Wahlström, 2012).

Laadullista psykoterapiatutkimusta on toteutettu verrattain vähän määrälliseen tutkimusperinteeseen verrattuna (McLeod, 2001). Määrällisin menetelmin toteutetut kokeelliset tutkimukset kiinnostavat erityisesti tutkimuksia rahoittavia instituutteja (Leiman, 2005). Laadullisten metodien käytössä on kuitenkin huomattavia etuja ja laadullisten tutkimusten määrä onkin hiljattain kasvanut psykoterapian alalla (McLeod, 2001). Esimerkiksi laadullisia tutkimusasetelmia hyödyntävän prosessitutkimuksen alueella voidaan hahmottaa hienovaraisia muutosprosesseja, vaikka ne eivät antaisi välitöntä vastausta siihen, millainen psykoterapia on tuloksellisinta yksittäisten asiakkaiden tapauksessa. Prosessitutkimuksen alueella toteutettujen yksityiskohtaisten tapaustutkimusten avulla psykoterapian tuloksellisuutta on mahdollista lisätä tulevaisuudessa (Llewely & Hardy, 2001).

Prosessitutkimusta luonnehtivat induktiivisuus, hermeneuttisuus ja kvalitatiivisuus (Leiman, 2005). Prosessitutkimus tarkastelee psykoterapian sisällöllistä kulkua (Toskala & Wahlström, 1996) ja sen tarkoituksena on kuvata psykoterapian toimintaperiaatteita (Elliot, 1989; McLeod, 2001) sekä kartoittaa, mitkä tekijät vaikuttavat terapeuttiseen muutokseen (Llewely & Hardy, 2001; Wahlström, 2012). Ei-kokeellisten asetelmien hyödyntäminen on prosessitutkimuksissa tavanomaisempaa kuin tuloksellisuustutkimuksissa (Laitila, 1996), ja useimmiten tutkimusasetelmat toteutetaan tapaustutkimuksina, joissa muutosprosessia pyritään kuvaamaan laadullisin menetelmin (Wahlström, 2012).

Prosessitutkimus pyrkii rakentamaan transteoreettisia muutosmalleja, jotka sivuuttavat yksittäisten psykoterapiamenetelmien teorioiden rajoitukset. Tämän lisäksi prosessitutkimus tähtää terapeuttisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvan yksilöllisen merkityksen muutosprosessin kuvaamiseen, joka ilmenee asiakkaan tunteiden, ajatusten ja toiminnan tasolla (Wahlström, 2012). Kuvailevat tutkimukset ovatkin laajentaneet terapeuttista prosessia koskevaa tietoa (Llewely & Hardy, 2001).

Ekvivalenssiparadoksista johtuen integratiiviset muutosmallit saattavat tarjota mahdollisuuden psykologisen muutoksen tarkastelemiseen (Brinegar, Salvi, Stiles, & Greenberg, 2006). William B. Stilesin kehittämä assimilaatiomalli on integratiivinen lähestymistapa terapeuttiseen muutokseen (Honos-Webb & Stiles, 2002; Stiles ym., 1990) ja prosessianalyysissa

hyödynnetty tapa kuvata psykoterapian tuloksellisuutta. Tuloksellisuus voidaan todeta asiakkaan ongelmissa toteutuvana muutoksena ja havainnoimalla kehitysvaihetta, johon asiakas terapian aikana etenee ongelmiensa käsittelyssä. Kokeellisissa tutkimuksissa esiin nouseva tilastollinen vaihtelu on mahdollista avata erilaisia tapaustutkimuksia analysoimalla. Assimilaatiomallin avulla arvioidaan muutosta synnyttäviä psykoterapeuttisia prosesseja asiakkaan ja terapeutin yhteistoimintaa havainnoimalla. Yhteistoimintaa tarkastelemalla on mahdollista saada tietoa esimerkiksi terapeutin ja potilaan yhteistyösuhteen ja hoitoteknisten tekijöiden vuorovaikutussuhteista (Leiman, 2005).

## **1.2 Assimilaatiomalli**

Assimilaatiomallilla kuvataan terapeutista muutosprosessia. Mallia voidaan hyödyntää teoreettisesta näkemyksestä riippumatta, sillä se integroi erilaisia teoreettisia lähestymistapoja (Honos-Webb & Stiles, 2002; Stiles ym., 1990). Assimilaatiomallin ajatuksena on asiakkaan muuttuvien tarpeiden huomioiminen psykoterapiaprosessin aikana ja näihin tarpeisiin vastaaminen erilaisista teoreettisista lähestymistavoista peräisin olevien menetelmien avulla (Honos-Webb & Stiles, 2002). Assimilaatiomallin avulla saattakin olla mahdollista selittää eri psykoterapiasuuntauksien tuloksellisuutta (Brinegar ym., 2006).

Ensimmäisen assimilaatiomallin (Stiles ym., 1990) ydinkäsitteenä on skeema. Skeemalla viitataan asiakkaan mielessä olevaan ajatus- ja toimintamallien kokonaisuuteen, johon uusia kokemuksia on mahdollista integroida. Samanmuotoiset kokemukset assimiloituvat sujuvasti, mutta vallitsevasta skeemasta erilliset ongelmalliset kokemukset eivät assimiloitu täydellisesti. Mallin mukaan suotuisassa psykoterapiaprosessissa ongelmallisten kokemusten käsittely on järjestelmällistä, kunnes kokemukset ovat assimiloituneet eli integroituneet asiakkaan skeemoihin (Stiles ym., 1990).

Myöhemmin Honos-Webb ja Stiles (1998) muotoilivat mallin uudelleen ja lisäsivät siihen moniäänisyyden käsitteen. Dialogisuutta painottavassa mallissa minuuden nähdään rakentuvan erillisen yksikön sijaan ääniyhteisönä (Honos-Webb & Stiles, 1998). Ääniyhteisö koostuu dominoivista ja ei-dominoivista äänistä. Dominoivat äänet kuvastavat täysin assimiloituneita ja tarvittaessa saatavilla olevia ääniyhteisön ääniä (Osatuke & Stiles, 2006). Assimilaatiomallin perusajatuksen mukaan uusia kokemuksia kohdatessa hyödynnetään kognitiivisia, emotionaalisia sekä toiminnallisia voimavaroja. Uusi kokemus assimiloituu vallitsevaan minuuteen, mikäli käytössä olevat voimavarat edesauttavat kokemuksen käsittelyssä (Gabalda, 2009). Assimilaatiomalli pyrkii kuvaamaan ongelmallisten kokemusten esiinnousua ja lopulta

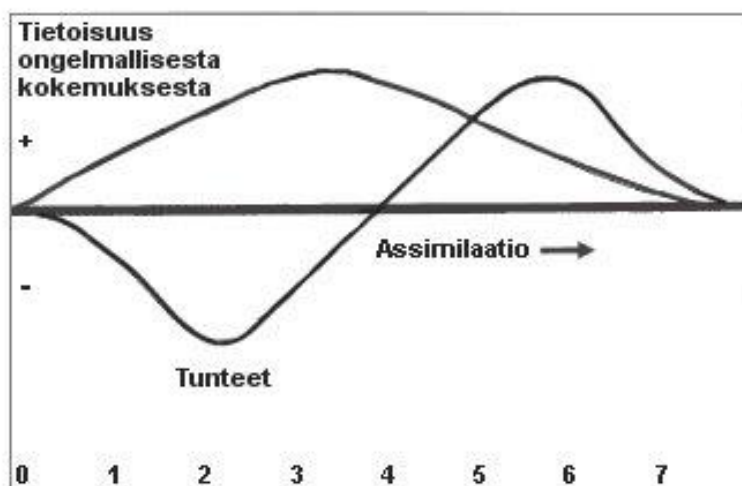
integroimista osaksi vallitsevaa äänyhteisöä ja minuutta (Honos-Webb & Stiles, 2002; Stiles, 2011).

Ongelmalliset äänet ovat ongelmallisia dominoivan äänyhteisön näkökulmasta, sillä ne eivät sovi vallitsevaan minäkäsitykseen (Gabalda, 2009; Stiles, 2011). Toisin kuin Stiles ym. (1990) aiemmassa mallissaan esittävät, ongelmallinen ääni esiintyy uudistuneessa mallissa itsenäisenä ja aktiivisena toimijana, jolla on tunteita, motiiveja ja informaatiota (Honos-Webb & Stiles, 1998). Assimilaatio tapahtuu integroimalla ongelmallinen ääni osaksi vallitsevaa äänyhteisöä (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 2011), jolloin siitä tulee erillinen käytettävissä oleva voimavara (Gabalda, 2009; Osatuke & Stiles, 2006). Äänet sisältävät jälkiä aiemmista kokemuksista (Gabalda, 2009; Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 2011) ja ne aktivoituvat uudelleen niille tyypillisissä tilanteissa. Uudet kokemukset kutsuvat esiin ääniä, joiden edellytykset ovat suotuisimmat niiden käsittelyyn (Osatuke & Stiles, 2006; Stiles, 2011). Suotuisat äänet muuttuvat tällöin aktiivisiksi toimijoiksi ja nousevat esiin puheen ja toiminnan kautta (Osatuke & Stiles, 2006; Stiles, 2011). Assimilaation seurauksena äänten välille syntyy merkityssiltoja (Brinegar ym., 2006; Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 2011), jotka antavat äänille mahdollisuuden ilmaista itseään joustavasti ja vuorovaikutteisesti (Stiles, 2011). Toimivassa äänyhteisössä assimiloituneet äänet ovat vaivattomasti käytettävissä ja toimivat voimavaroina (Osatuke & Stiles, 2006; Stiles, 2011).

Ongelmallinen kokemus saattaa syntyä traumaattisen tapahtuman, elämäntilanteen muutoksen tai useiden eri tapahtumien seurauksena. Ongelmalliset äänet eivät ole välttämättä asiakkaan tietoisuudessa, ja yhdeksi terapian tehtäväksi voidaankin katsoa ongelmallisen äänen tuominen tarkastelun kohteeksi. Tiedostamattomat äänet voivat ilmetä erilaisina oireina ja tavoitella näin asiakkaan huomiota (Honos-Webb & Stiles, 1998). Sisäisten äänten erillisyyden vallitsevasta äänyhteisöstä voi olla psyykelle haitallista, joten niiden liittämällä osaksi äänyhteisöä saattaa olla terapeuttisia vaikutuksia. Psykoterapeuttisessa vuorovaikutuksessa ongelmalliset äänet assimiloidaan äänyhteisöön rakentamalla merkityssiltoja äänten välille (Stiles, 2011).

Terapeuttista muutosprosessia kuvataan assimilaatiomallissa ennustettavissa olevien kehitysvaiheiden avulla (Stiles, 2002). Honos-Webb, Stiles ja Greenberg (2003) kuvasivat assimilaatioprosessin etenemisvaiheita Assimilation of Problematic Voices Scale –asteikolla (APVS-asteikko) (ks. Taulukko 1). Assimilaatiomalli kuvaa kehitysjatkumoa, jolloin myös tasalukujen väliin jäävät tasot ovat mahdollisia (Honos-Webb & Stiles, 1998). Asiakkaan ongelmallinen kokemuksen käsittely saattaa olla millä tahansa APVS-asteikon tasolla terapian käynnistyessä (Honos-Webb, Lani, & Stiles, 1999). Assimilaation eteneminen ei aina ole tasaista, vaan saavutetulta assimilaatiotasolta on mahdollista siirtyä takaisin alemmalle tasolle (Knobloch, Endres, Stiles, & Silberschatz, 2001). Jos tasot ilmenevät säännöllisesti satunnaisessa tai laskevassa

järjestyksessä, ne eivät välttämättä edusta todellisia assimilaation kehitystasoja (Gabalda & Stiles, 2013). Tunteet vaihtelevat assimilaatioprosessin edetessä neutraalista kielteiseen ja tämän jälkeen positiivisen kautta takaisin neutraaliin (Honos-Webb, Stiles, Greenberg, & Goldman, 1998) (kts. Kuvio 1).



**KUVIO 1. Tunneprosessit ongelmallisen kokemuksen assimilaatiossa.**

Ongelmallisen kokemuksen prosessointi voidaan nähdä mielekkäänä, vaikkei käsittely etenisi terapian aikana viimeisille APVS-tasoille (Honos-Webb, ym., 1999). APVS-asteikon ensimmäisellä tasolla 0 (torjunnan taso) ongelmallista ääntä ei esiinny tietoisuudessa. (Honos-Webb & Stiles, 1998). Ongelmallinen ääni voi kuitenkin pyrkiä tietoisuuteen häiritsevän oireilun kaltaisesti (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 2011). Ongelmallinen kokemus alkaa nousta tietoisuuteen APVS-tasolla 1 (ei-toivottujen ajatusten taso), mutta asiakas pyrkii välttämään kokemuksen käsittelyä. Dominoiva ongelmallista ääntä peittävä ääni nousee esiin puheessa ja pelkotilat (etenkin hallinnan menetyksen pelko) ovat tyypillisiä. APVS-tasolla 2 (orastavan tietoisuuden taso) ongelmallinen ääni alkaa ilmetä asiakkaan tietoisuudessa, aiheuttaen tuskaa ja sekaannusta (Honos-Webb & Stiles, 1998). Kielteiset tunteet heijastelevat ongelmallisen ja dominoivien äänten yhteentörmäystä (Stiles, 2011).

Asiakas kykenee sanallistamaan ongelmallisen kokemuksensa tasolla 3 (ongelman määrittämisen taso) (Stiles, 2011). Asiakas alkaa kokea ongelman itsestään ulkopuoliseksi, eikä enää miellä itseään ongelmana. Ongelmallisen kokemuksen määrittely ja dominoivan äänen tunnistaminen antavat tasapuolisesti esiintyville äänille tilaisuuden keskustella toisistaan (Honos-



Webb & Stiles, 1998). Vastakkaisten äänten yhteentörmämisestä syntyvä jumiutumisen tunne on ominaista (Perls, 1969). APVS-taso 4 (oivalluksen taso) ilmentää merkityssillan muodostumista äänten välille (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 2011). Joustavan ääniyhteisön sisällä vallitsee empaattinen ymmärrys ja ongelmallisesta kokemuksesta on mahdollista keskustella ilman ongelmallisen äänen aiheuttamaa voimakasta kipua (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Viimeisillä tasoilla 5-7 asiakkaan toiminta muuttuu joustavammaksi ja saavutettua ymmärrystä sovelletaan tosielämän ongelmanratkaisutilanteisiin (Honos-Webb & Stiles, 1998). APVS-tasolla 5 (soveltamisen taso) ymmärrystä harjoitetaan jokapäiväisessä elämässä ja työstetään sen tilanteita vastaavaksi. Tasolla 6 (ongelmanratkaisun taso) aiemmin hankalana näyttäneet tilanteet eivät enää aiheuta haasteita (Stiles, 2011). Tasolla 7 (hallinnan taso) äänten yhteensovittaminen sujuu luontevasti ja erillisten äänten vastaanotto on emotionaalisesti neutraalia. Asiakas kykenee ymmärtämään itseään monipuolisesti ja kartoittamaan erilaisia toimintavaihtoehtoja tilanteisiin (Honos-Webb & Stiles, 1998). Ääniyhteisön äänet säilyttävät erillisyytensä, mutta ne ovat integroituneet joustavaksi osaksi ääniyhteisöä (Stiles, 2011).

### **1.3 Tutkimuskysymykset**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida tutkittavan terapiassa tapahtuvaa muutosprosessia. Tutkimuksemme on laadullinen tapaustutkimus, jossa hyödynnämme assimilaatioanalyysia analyysimenetelmänä. Tapauksella ei laadullisessa tutkimuksessa viitata tutkittavaan henkilöön, vaan tutkittavaan ilmiöön (McLeod, 2001). Tutkimuksemme tapausta edusti Annelin ja psykoterapeutin välillä muodostunut yhteistyösuhte ja sitä kautta koko psykoterapiaprosessi. Pohjaamme aineiston tulkinnat hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen, joten pyrimme analysoimaan ja tulkitsemaan aineistoa yhtäaikaaisesti. Teoreettisena taustana toimii assimilaatiomalli, joka on integratiivinen lähestymistapa terapeutin muutokseen. Aiemmissä tutkimuksissa on tarkasteltu assimilaatioprosessin edistymistä etenkin tuloksellisissa terapiaprosesseissa. Tutkimuksessa etsitään vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten asiakkaan ongelmallisen kokemuksen käsittely edistyy terapian aikana assimilaatioanalyysilla arvioituna?
2. Mitkä tekijät mahdollisesti edesauttavat tai estävät terapiaprosessin etenemistä?

## **2. MENETELMÄ**

### **2.1 Tutkimuksen osallistujat**

Tutkimuksen asiakasosallistuja oli keski-ikäinen nainen, Anneli (pseudonyymi), joka hakeutui Jyväskylän yliopiston psykoterapian tutkimus- ja opetuslinikalle hoitoon mielialaongelmien vuoksi. Asiakas oli terapiaan tullessa ollut hieman yli vuoden pois työelämästä työuupumuksen vuoksi ja hänellä oli taustalla useita eri hoitosuhteita ja joitakin sairaalajaksoja.

Tutkittava nimesi ongelmakseen etenkin elämänhallinnan, mutta toi esiin toivovansa apua myös parisuhdeongelmiin. Asiakkaan terapeuttina toimi integratiivisen psykoterapian erikoispsykologikoulutuksessa oleva asiakasta hieman nuorempi naispsykologi.

### **2.2 Aineisto**

Tutkimuksen aineisto koostui 28 videoidusta psykoterapiaistunnoista. Videoaineisto oli taltioitu vuosina 2004-2005 Jyväskylän yliopiston psykoterapian opetus- ja tutkimuslinikalla. Terapiaprosessi sisälsi yhteensä 41 istuntoa, mutta kaikkien istuntojen videointi ei ollut onnistunut. Tutkimuksen aineisto sisältää ne 28 istuntoa, joista oli saatavilla videotallenne. Asiakas kävi psykoterapiassa vuoden verran, keskimäärin kerran viikossa. Istunnot kestivät noin 45 minuuttia. Psykoterapian opetus- ja tutkimuslinikan käytäntöjen mukaisesti asiakas oli antanut suostumuksensa terapiaistuntojen videointiin sekä niiden käyttämiseen mahdollisesti tutkimustarkoituksessa. Asiakkaan terapiaa ei ole järjestetty tutkimustarkoituksessa.

### **2.3 Analyysimenetelmä**

Tutkimuksessa kuvattiin terapeutista muutosprosessia Stilesin assimilaatioanalyysin ääniversion avulla (Honos-Webb & Stiles, 1998). Hyödynsimme assimilaatioanalyysia tulkinnallisen tapaustutkimuksen analyysimenetelmänä, ja se sisälsi neljä eri analysointivaihetta (Knobloch ym., 2001; Honos-Webb ym., 1998; Osatuke & Stiles, 2011). Assimilaatioanalyysin ensimmäisessä vaiheessa tutustutaan aineistoon perusteellisesti (Knobloch ym., 2001; Osatuke & Stiles, 2011). Tutustuimme aineistoon katsomalla psykoterapianauhoitteet kertaalleen läpi ja tekemällä jokaisesta istunnosta tarkat muistiinpanot. Tämän jälkeen siirryimme assimilaatioanalyysin toiseen vaiheeseen, jossa valitaan tutkimuksen teemat ja aineistosta esiin nousevien kohtien avulla (Knobloch ym., 2001). Vertailimme erikseen tekemiämme teemaehdotuksia ja valitsimme tämän

jälkeen yhteiseksi teemaksi hyväksynnän tarpeen, minkä ymmärsimme asiakkaan ongelmalliseksi kokemukseksi. Asiakkaan hyväksynnän tarpeeseen liittyvät puheenvuorot olivat usein kuvauksia vaativuudesta itseään ja muita kohtaan, mikä ilmeni suorittamisena sekä alistumisena ja uhrautumisena muiden hyväksynnän saamiseksi.

Teeman valitsemisen jälkeen siirryimme assimilaatioanalyysin kolmanteen vaiheeseen, jossa valitsimme otteet, joissa teemaa käsitellään (Honos-Webb ym., 1991; Knobloch ym., 2001; Osatuke, & Stiles, 2011). Katsoimme videotaltioinnit toiseen kertaan ja poimimme kaikki kohdat, joissa teema näytti tulevan esille. Tällaisia puheenvuoroja oli asiakkaan terapiassa runsaasti. Päätimme litteroida kaikki otteet, joissa teemaa käsiteltiin, ettei aineistosta jäisi tässä vaiheessa oleellista tietoa pois. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 92 sivua sisältäen 289 otetta yhteensä 28 istunnosta. Luettuamme aineiston useaan kertaan läpi ja määriteltyämme teemaa kuvastavat äänet, päätimme karsia litteroidun aineiston laajuudesta johtuen sellaiset otteet, jotka eivät olleet tutkimuksemme teeman kannalta tarpeeksi edustavia. Lopulliseen analyysiin päätyi 179 otetta 28 istunnosta.

Assimilaatioanalyysin viimeisessä vaiheessa määritellään assimilaatiotasot jokaiselle otteelle (Honos-Webb ym., 1998; Honos-Webb ym., 1999; Knobloch ym., 2001; Osatuke & Stiles, 2011; Stiles ym., 1992). Määritimme assimilaatiotason jokaiselle otteelle erikseen, koska asiakkaan assimilaatiotaso näytti vaihtelevan huomattavasti eri otteissa myös saman istunnon aikana ja halusimme tarkastella assimilaatiotason vaihtelua myös saman istunnon sisällä. Määrittelimme assimilaatiotasot kuhunkin otteeseen Honos-Webb ym. (2003) APVS-tasotaulukon tunnusmerkkien mukaisesti, joka on esitelty liitteessä 1.

## **2.4 Tutkimuksen luotettavuus**

Olemme pyrkineet varmistamaan tutkimuksen luotettavuuden noudattamaan mahdollisimman tarkasti assimilaatioanalyysin eri vaiheita (Knobloch ym., 2001; Honos-Webb ym., 1998; Osatuke & Stiles, 2011) sekä APVS-tasojen määrittämistä koskevia ohjeita (Honos-Webb & Stiles, 1998). Pyrimme noudattamaan myös laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen yleisiä käytäntöjä (McLeod, 2001) ja työskentelemään aineistolähtöisesti. Emme lukeneet asiakkaasta tehtyjä aikaisempia tutkimuksia, jotta ennakkokäsityksemme eivät ohjaisi tutkimuksen suuntaa tai tulosta (Metsämuuronen, 2011). Tutkimuksen teema ja muut tutkimuksen suuntaa ohjaavat tekijät määrittyivät aineistoon perehtymisen jälkeen sen perusteella, mikä aineistossa näytti olevan keskeistä.

Analyysin luotettavuuden parantamiseksi teimme APVS -tasoanalyysit aluksi tutkijaparin kanssa erikseen. Analysoimme molemmat 40 samaa otetta, joista olimme 32/40 samaa mieltä. Tasoarvioiden yhteneväisyyttä arvioimme Cohenin kappa-kertoimella, jonka arvoksi laskimme 0.642 ( $p < 0.001$ ). Tämä arvo kertoo luokittelun huomattavasta reliabiliteetista (Landis & Koch, 1977). Halusimme varmistaa parhaan mahdollisen reliabiliteetin koskien APVS-tasojen määrittelyä perehtymällä entistä tarkemmin tasojen määrittelyiden kriteereihin (Honos-Webb & Stiles, 1998) sekä neuvottelemalla tasoista, joiden arvioinnissa olimme huomanneet säännönmukaisia eroja. Otteiden suuresta määrästä johtuen jaoimme loput otteet puoliksi jolloin molemmille tuli analysoitavaksi noin 70 otetta. Lopuksi tarkistimme analyysin luotettavuuden lukemalla toisen osapuolen määrittämät analyysitasot ja merkitsemällä ylös otteet, joiden assimilaatiotasojen arvioinnit erosivat. Löysimme yhteensä 4 otetta, joiden assimilaatiotasosta olimme erimielisiä. Tämän jälkeen laskimme kaikkien arvioidemme perusteella uuden Cohenin kappa-kertoimen ja saimme arvoksi 0.895 ( $p < 0.001$ ). Tämä kertoo luokittelun lähes täydellisestä reliabiliteetista (Landis & Koch, 1977). Eriävät assimilaatiotasot ratkaisimme tapauskohtaisesti neuvottelemalla ja hankkimalla lisätietoa APVS-tasojen määrittelyistä, esimerkiksi lukemalla aikaisempia tutkimuksia, joissa on käytetty analyysimenetelmänä assimilaatioanalyysiä sekä keskustelemalla ohjaajan kanssa.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon, että assimilaatioanalyysillä tutkitaan ihmisen mielen sisäistä muutosta psykoterapiassa. Tutkittava ilmiö on siis jo itsessään luonteeltaan subjektiivinen, joten tutkimuksen tuloksia ei voida irrottaa alkuperäisestä kontekstistaan (Osatuke & Stiles, 2011). Tutkimuksen teeman sekä dominovien ja ongelmallisten äänten valinta, samoin kuten APVS -tasojen määrittely ovat tulkinnallisia prosesseja, joten tutkijan oma tulkinta aineistosta ei voi olla vaikuttamatta tutkimukseen. Otimme assimilaatioanalyysin tulkinnallisen luonteen huomioon tutkimusta tehdessämme siten, että pyrimme työskentelemään aineiston parissa myös toisistamme erillään. Tällä halusimme varmistaa havaintojen monipuolisuuden ja sen, etteivät toisen osapuolen havainnot aineistosta ohjaisi tutkimusta tai sen tuloksia toista enempää. Valitsimme tutkimukselle yhteisen teeman molempien näkemysten ja huolellisen pohdinnan tuloksena, minkä lisäksi konsultoimme kokenutta ohjaajaa koskien teeman valintaa.

Tutkimuksemme luotettavuuteen vaikutti negatiivisesti suhteellisen iso puuttuvien terapiaistuntojen määrä. Asiakkaan terapiasta jäi videoimatta yhteensä 14 istuntoa, lähinnä teknisistä syistä johtuen. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on olennaista, että puuttuvat istunnot sijoittuivat melko tasaisesti terapian eri vaiheisiin. Tämä vähentää riskiä, että terapiaprosessin kulusta olisi jäänyt olennaisia tekijöitä huomaamatta. Vaikka puuttuvat

terapiaistunnot jakautuivat keskimäärin tasaisesti, terapian kolme viimeistä istuntoa kuuluvat niihin, joista ei ole videotallennetta saatavilla. Olemme ottaneet tämän huomioon arvioidessamme tutkimuksemme lopputulosta.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on saanut usein kritiikkiä tutkimuksen luotettavuudesta, johtuen sen vertaamisesta määrälliseen eli kvantitatiiviseen tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee kuitenkin ottaa huomioon se, ettei laadullinen tutkimus pyri osoittamaan asioiden välisiä kausaalisuhteita tai mittaamaan erilaisia ilmiöitä tarkasti, toisin kuin määrällinen tutkimus (Harper & Thompson, 2011). Tutkimusmenetelmillä on näin ollen jo lähtökohtaisesti erilaiset tavoitteet. Fischer (2005) on tarkastellut laadullisessa tutkimuksen validiteettia sen kautta, tulevatko eri henkilöt aineistoa lukiessaan suunnilleen samanlaisiin johtopäätöksiin, ovatko tutkimuksen tulokset liitettävissä teorioihin tai muiden tutkimusten tuloksiin, saavatko tulokset kannatusta lukijoiden näkökulmasta sekä lisäävätkö tutkimuksen tulokset lukijoiden ymmärrystä aiheesta. Kvalitatiivisella tutkimuksella yritetään lisätä ymmärrystä jotakin ilmiötä koskien, tässä tutkimuksessa siis psykoterapiaprosessia koskien.

### 3. TULOKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli asiakkaan terapeuttisen muutosprosessin kuvaaminen ja analysointi sekä muutosta edesauttavien ja estävien tekijöiden tarkastelu. Asiakkaan terapiaprosessia kuvattiin ja tulkittiin assimilaatioanalyysin avulla. Tulokset koostuvat viidestä osiosta ja kuvaavat ongelmallisen äänen assimiloitumista ääniyhteisöön. Ensimmäinen osio kuvaa asiakkaan ongelmallista kokemusta ja sen assimilaatioprosessia kokonaisuudessaan. Toisessa, kolmannessa ja neljännessä osiossa tarkastellaan yksityiskohtaisesti asiakkaan puheesta esiin nousevia ääniä. Viides osio rakentuu asiakkaan assimilaatioprosessin etenemisen kannalta merkittävimpien terapiakäyntien yksityiskohtaisesta tarkastelusta. Muutosta edesauttavia tai estäviä tekijöitä tarkastelemme pohdinta-osiossa.

Aineiston tekstinäytteiksi on poimittu otteita, joista asiakkaan ja terapeutin henkilöllisyydet eivät ole tunnistettavissa. Myös aineistossa esiintyvien henkilöiden nimet on vaihdettu tunnistamisen ehkäisemiseksi. Tekstinäytteissä asiakkaan eli Annelin puheenvuorot on esitetty A-kirjaimen ja terapeutin T-kirjaimen lyhenteellä.

#### 3.1 Asiakkaan assimilaatioprosessi

Annelin terapiaprosessissa keskeiseksi teemaksi nousi hyväksynnän tarve. Hyväksynnän tarve herätti Annelissa ristiriitaisia tunteita. Anneli pyrki välttämään haavoittuvan ja tarvitsevan puolensa näyttämistä, sillä näiden tunteiden aktivointi herätti pelon muiden ihmisten hyväksynnän menetyksestä ja yksin jäämisestä. Asiakas yritti vähentää tarvitsevuuden tunteistaan syntyvää ahdistusta korostamalla henkilökohtaista pätevyyttään ja riippumattomuuttaan muista, sekä toisaalta tavoittelemalla muiden hyväksyntää miellyttämällä sekä omat tarpeensa laiminlyömällä. Hyväksynnän tarpeen myöntäminen oli Annelille haastavaa, minkä vuoksi tämä voidaan nähdä Annelin kannalta työstämistä vaativana ongelmallisena kokemuksena. Annelin hyväksynnän tarpeen assimilaatioprosessista oli havaittavissa kolme ääntä, joista yksi oli ongelmallista kokemusta esiin tuova ongelmallinen ääni. Lisäksi aineistosta löytyi kaksi dominoivaa ääntä, jotka pyrkivät hiljentämään ongelmallista ääntä.

#### 3.2 Ensimmäinen dominoiva ääni: Pätevyyteen pyrkijä

Ensimmäinen dominoiva ääni näyttäytyi lähinnä Annelin voimakkaana henkilökohtaisena vaatavuutena sekä pätevyyden pyrkimyksinä suhteessa muihin. Ylläpitääkseen pätevää minäkuvaansa, Anneli pyrki korkeisiin suorituksiin lähes kaikessa toiminnassaan, niin opinnoissa,

työssä, kuin ihmissuhteissakin. Lisäksi Anneli asetti itsensä ajoittain muiden yläpuolelle, esimerkiksi ilmaisemalla paremmuutensa suhteessa muihin ja kyseenalaistamalla häntä hoitavaa henkilökuntaa. Säilyttääkseen pätevän minäkuvansa Anneli pyrki korostamaan hyväksyttävyyttään sekä itsensä että muiden silmissä. Ajoittain Anneli yritti torjua tarvitsevuuttaan osoittamalla pärjäävyyteensä muista riippumatta. Annelin Pätevyyteen pyrkijä -ääni ilmeni tyypillisesti silloin kun Anneli ja terapeutti keskustelivat tämän suorituksista sekä tilanteissa, joissa ulkopuolinen taho arvioi Annelin toimintaa. Äänen tavoitteena voidaan nähdä tarvitsevuuden kokemuksesta syntyvien vaikeiden tunteiden vähentäminen.

Seuraavassa katkelmassa Anneli tuo ilmi tarvitsevuutensa dominoivan äänen positiosta. Anneli vaatii huomiota hoitotilanteeseensa kyseenalaistamalla häntä hoitavan lääkärin mielipiteet ja osoittamalla tietävänsä itse parhaiten, kuinka häntä tulisi hoitaa. Vahvan reagoinnin avulla asiakas pyrkii torjumaan vaikeat tunteet, jotka nousevat esiin hyväksynnän tarpeen ja siitä heräävän tarvitsevuuden tunteen tietoisuuteen pyrkimisestä. **(ensimmäinen dominoiva ääni tummennettu)**

Istunto 1, Ote 3, APVS-taso: 2

A: **mulla on sellanen tunne että ylipäänsä näissä kuvioissa niin niih pitäs pystyy niinku iskeen nyrkki pöytään että minua pitää hoitaa näin**

T: mm

A: *ettäh se on se on rankkaa kun on itse huonossa kunnossa eikä kykene vaatimaan*

T: mm mm

A: **ja kuitenkin niinku kaikessa lääkärin hoidossa**

T: niin

A: **ja hoidossa mitä on ni ihmisen pitäis voida pystyä itse sanomaan että**

T: niin joo

A: **mä tarvitsen tätä et nyt mulla alkaa vähän olla voimia siihen**

T: joo

A: mutta esimerkiksi mm mun lääkärini on varmasti erittäin pätevä **mutta hän on hyvin topakka siihen miten mikä on hänen mielipiteensä**

T: mm

A: **ja hän ei kestä ilmeisesti sitä että hänen kans ollaan eri mieltä**

T: aha

A: **niin tota joskus on tullu on vähän semmonen tuntu että olemmeko niinku samoilla linjoilla**

### **3.3 Toinen dominoiva ääni: Alemmuuden tuntija**

Toisen dominoivan äänen sisällöksi määrittyivät Annelin alemmuuden tuntemukset, jotka ilmenivät itsensä vähättelynä ja pyrkimyksinä miellyttää muita. Alemmuuden tuntija -ääni ilmeni tyypillisesti Annelin toimiessa jaksamisensa ääri rajoilla, sekä vertaillen itseään muihin. Myös päätöksentekotilanteet nostivat usein esiin Alemmuuden tuntija -äänen, sillä Anneli tarvitsi muilta tukea ratkaisuihinsa. Muiden vuoksi uhrautumalla ja omat tarpeensa laiminlyömällä Anneli pyrki turvaamaan muiden hyväksynnän. Alemmuuden tuntija -äänen esiintyminen voidaan nähdä myös

pelkona siitä, ettei tule hyväksytyksi omana itsenään. Äänen tavoitteeksi voidaan määrittää muilta saadun hyväksynnän varmistaminen sekä hylätyksi tulemisen ja yksinjäämisen välttäminen. Seuraavassa katkelmassa Anneli ja terapeutti ovat pohtineet yhdessä, millainen Anneli olisi terveenä ja minkälaisessa tilanteessa hän kokee olevansa nyt. Anneli pohtii syitä nykyiseen suorittamiseensa ja tunnistaa yhtenä motiivinaan muiden miellyttämisen. (*dominoiva ääni kursivoitu*)

Istunto 5, Ote 2, APVS-taso 2

A: mut mä jäin sitä miettimään sit että että *siinä tulee jotenkin kaks semmosta ajatusta tai kaks sanaa mulle mieleen että että mitkä niinku jotenkin ohjaa niinku ajatteluani on toinen on niinku syyllisyys ja toinen on kateus*

T: mm

A: *kun mä kuulen jonkun puhuvan jostain tekemisistään tai muusta ni niin mä en tiedä kumpaa se on siis onko se syyllisyyttä vai onko se kateutta kateutta sitte että öhh et mulla on jotenki sellanen tunne että no noin munki pitäis jaksaa tehdä noin munki pitäis jaksaa ajatella*

T: sä jotenkin lähdet heti vertaamaan sitte niinku ittees sitä jaks-

A: *muitten ihmisten tekemisiin tai sanomisiin*

### **3.4 Ongelmallinen ääni: Itsensä arvostaja**

Ongelmallisen äänen sisällöksi määrittyivät armon antaminen itselle sekä itsensä arvostaminen. Ongelmallinen ääni pyrki tuomaan esille Annelin tarvitsevuutta sekä toivetta tulla kohdatuksi ja hyväksytyksi omien tarpeidensa ja heikkouksiensa kanssa. Myös elämänhistorian ja sen vaikutusten hyväksyminen nykyhetkessä voidaan nähdä ongelmallisen äänen tavoitteena. Ongelmallisen kokemuksen tunnistaminen ja myöntäminen nostattivat Annelissa esiin ahdistavia tunteita, joiden käsittely oli psyykkisesti kuormittavaa. Ongelmallisen äänen puhuessa Annelin tunnetila oli usein epävarma tai alakuloinen. Ongelmallinen ääni ilmeni tyypillisesti silloin, kun Anneli reflektoi kokemuksiaan, tai terapeutti pyysi tätä tarkentamaan kertomaansa. Seuraavassa katkelmassa Anneli pohtii nykyistä toimintaansa verraten sitä tulevaisuutta koskeviin toiveisiinsa. Anneli ilmaisee toiveensa olla tasapainoinen ihminen, jonka ei tarvitse yrittää liikaa pitääkseen itseään hyväksyttävänä. Itseään arvostavan henkilön ei tarvitsisi välittää myöskään muiden mielipiteistä voidakseen kokea itsensä merkitykselliseksi. (ongelmallinen ääni alleviivattu)

Istunto 14, ote 5, APVS-taso 3

A: semmonen ihminen joka tai no en mä tiä olisiko mä mut mä haluaisin olla semmonen ihminen jolla on semmonen hyvä tasapaino

T: mm

A: jotenki luottamus ja usko siihen että on kyvykäs

T: mm

A: yrittämättä silti liikaa

T: mm



A: pakottamatta itteensä mihinkään jotenki ylivoimasiin suorituksiin näyttääkseen muille ihmisille olevansa joku koska silloin luottaa itteensä ja pitää itteensä sinänsä arvokkaana ni

T: mm

A: kaikki se asia mikä tapahtuu se vaan tulee mä en tarkota etteikö tarvis tehdä työtä ja sillä tavalla normaalilla tavalla ponnistella mutta

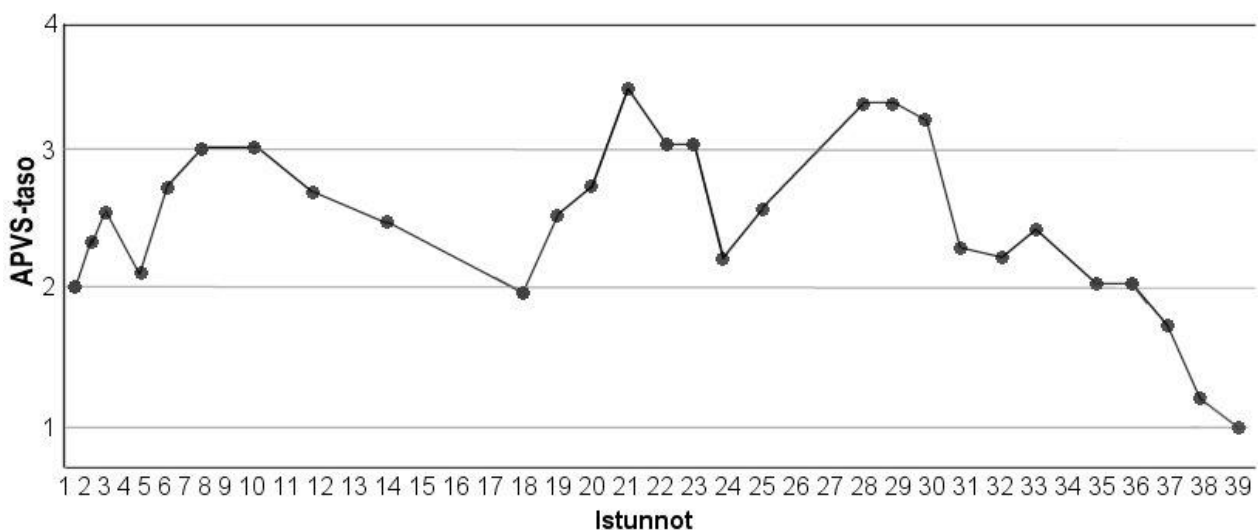
T: mm

A: *mun elämä ei oo ollu sitä se on ollu pinnistelyä se on ollu koko ajan semmosta katkeemispisteessä itteensä eteenpäin kiskomista pakonomaista näyttämistä ittensä näyttelemistä*

T: mm

### 3.5 Asiakkaan assimilaatioprosessin eteneminen

Kuvaamme hyväksynnän tarpeen assimilaatioprosessia kaavion avulla, josta on luettavissa istuntojen tekstiotteiden APVS-tasojen keskiarvot (ks. Kuvio 2). APVS-tasojen arvioinnit olemme suorittaneet Honos-Webbin ym. (2003) tunnusmerkkien pohjalta. Annelin terapiassa esiin nousseiden äänien assimilaatiotaso vaihteli prosessin aikana tasojen yhdestä neljään välillä. Valtaosassa otteista assimilaatiotasojen keskiarvo vaihteli assimilaatiotasojen kaksi ja kolme välillä. Assimilaatioprosessin eteneminen vaihteli sekä kokonaisprosessin että yksittäisen terapiaistunnon aikana. Toisinaan assimilaatiotaso saattoi vaihdella saman istunnon sisällä tasojen yksi ja neljä välillä.



**KUVIO 2. Hyväksynnän tarvetta käsittelevien istuntojen APVS-tasojen keskiarvot.**

Istuntojen 1-10 välillä assimilaatiotasot olivat pääasiassa nousujohteista, lukuunottamatta istuntoa viisi, jossa assimilaatiotaso laski hieman (taso 2.1). Kymmenennestä istunnosta eteenpäin assimilaatiotaso laski istuntoon kahdeksantoista asti, jossa assimilaatiotaso oli jälleen sama kuin terapian lähtötilanteessa (2.0). Istunnon kahdeksantoista jälkeen assimilaatiotaso nousi vähitellen istuntoon 21 asti. Tällöin ongelmallisen kokemuksen assimilaatio saavutti terapiaprosessin

korkeimman tason, tason neljä (3.5). Noin terapiaprosessin puolivälistä eteenpäin assimilaatiotasot olivat enimmäkseen laskevia, lukuunottamatta istuntoja 24-29, joiden välillä assimilaatiotasot nousi hieman. Assimilaatiotasot alkoivat pudota vähitellen istunnon 29 jälkeen, poikkeuksena istunto 33, jossa assimilaatiotasot hetkellisesti nousi (tasot 2.4). Kahdessa viimeisessä istunnossa äänen keskimääräinen assimilaatiotasot laskee tasolle yksi.

Terapian ensimmäisten istuntojen aikana kartoitettiin Annelin taustoja sekä pohdittiin nykyistä elämäntilannetta ja vaihtoehtoisia etenemistapoja siinä. Anneli on terapiaan saapuessaan tietoinen toiveistaan hoitoaan kohtaan sekä perehtynyt lääkärin diagnosoiman kaksisuuntaisen mielialahäiriön oirekuvaan. Seuraavassa tekstiotteessa Anneli ja terapeutti keskustelevat ryhmäterapiasta. Assimilaatiotasolle yksi tyypillisesti Anneli välttää ongelmallisen äänen ilmaisua ja peittää tätä voimakkaasti dominoivilla äänillä. Dominoivan äänen puhuessa Anneli kokee itse tietävänsä parhaiten millainen hoito hänelle sopii ja ilmaisee, ettei ainakaan ryhmäterapia olisi tilanteessa hyvä vaihtoehto. Anneli kokee tietävänsä sairaudestaan jo tarpeeksi ja enemmän kuin muut mahdolliset ryhmäläiset. Istunnon tunneilmaisu on negatiivista ja kohdistumatonta, mikä on myös tyypillistä ensimmäisellä assimilaatiotasolla. Hoidon kontrolloimisyritykset voidaan tulkita peloksi hallinnan menettämisestä (1C).

Istunto 2, Ote 1, APVS-taso: 1

A: no sittenhän erjan kaa keskusteltiin siitä ryhmästä ja mä sain taas erilaista tietoa, se on jotenkin niin jännä jännä juttu että et se lääkäri suositteli mulle ehdottomasti silloin sitä ryhmää ja **sanoi et siinä on niinku se se ryhmä tulee koostumaan niinku tämmösistä koulutetuista ihmisistä ja jotenkin tällä tavalla markkinoi ja mä sitten kysyin et no okse näin ni sitte niin erja sano mulle että ei että se on ihan sekalainen ryhmä**

T: joo

A: **ja että ihmisillä on vaan sama sairaus**

T: joo

A: että se on niinku tarkotettu tämmöseen psykoedukatiiviseen käyttöön

T: mm

A: **ja mä sitte kysyin et no onks siin jotain mulle uutta**

T: mm

A: **et mä oon kuitenkin tehny sen kakssuuntasenmielialahäiriön työkirjan ja käyny sen**

T: joo

A: **sit hänen kanssaan läpi että tuleeks siinä jotain mitä mä en tiedä**

T: joo

A: **se sano et no ehkä varsinaisesti ei että ainoastaan sit se ryhmätoiminta**

T: nii

A: **ja sehän on aina riski**

T: oks sul minkälaisia puhuitteksite siitä

A: että ryhmähän voi olla joko hyvä tai sit se voi olla vähän vähemmän hyvä että

T: nii mm

A: et mä oon yhdessä ryhmässä käyny kävin tuolla silloinku siellä alotettiin viime keväänä tämmönen niinku elämäntilantaryhmä

T: joo

A: **joka oh joka sitten niinku oli tämmönen painonhallintahomma et se alko kyllä niin alkeista että että mä oon mä sit jäin siitä heti suosiolla pois**

T: joo

**A: et tästä ei oo mulle mitään apua että nää muut ihmiset ei osaa ostaa kaupasta edes oikeenlaista voipakettia**

T: mm

**A: niin tota hmmm ni et emmää emmä tuu sillä autetuks**

Ensimmäinen dominoiva Pätevyyteen pyrkijä -ääni on voimakkaimmin esillä terapian alkupuolella, Annelin ja terapeutin yhteistyösuhteen muotoutuessa. Istunnossa 3 Anneli kuvailee etsivänsä terapeuttia, joka näkee huijaako tämä vai ei. Ilmaisemalla näkemyksensä ideaalista terapeutista Anneli tuo yhteiseen tietoisuuteen odotuksiaan terapiaprosessia kohtaan. Toinen dominoiva Alemmuuden tuntija-ääni ja ongelmallinen Itsensä arvostaja -ääni esiintyvät tasaisemmin istunnosta 5 eteenpäin terapeutin saavuttaessa Annelin luottamusta. Seuraavassa katkelmassa ongelmallinen kokemus alkaa nousta Annelin tietoisuuteen toiselle assimilaatiotasolle tyypillisesti. Ongelmallisen kokemuksen tietoisuuteen tuleminen ja haavoittuvuuden osoittaminen terapeutille aiheuttavat psyykkistä kärsimystä (2B) ja saavat Annelin asettamaan itselleen korkeita vaatimuksia. Anneli tiedostaa toimintansa kohtuuttomuuden, mutta ei kykene käsittelemään tätä vielä rakentavasti (2A). Ongelmallisen äänen lisääntyvä esiintyminen saattaa olla syynä 5 istunnon assimilaatiotason keskiarvon laskuun aiempiin istuntoihin verrattuina.

Istunto 5, Ote 11, APVS-taso: 2

T: mm mä mietin sitä et onko sitten mikään riittävää

**A: ei oo mikään ei oo**

T: niin niin

**A: ei oo todellakaan semmosta ei oo olemassakaan**

T: joo

*A: ja sen takia elää niinku ainaisessa häpeässä*

T: mm

*A: siinä ainasesa syyllisyydessä ja ainasesa häpeässä*

T: mm

*A: ja toisaalta myös kateudessa että että kaikki muut osaa jotakin mitä minä en osaa*

T: joo

T: sen täytyy olla kauheen riipivää jotenkin että

A: josse

T: taistella semmosta

A: se vie voimia niin mikä vie

T: niin niin

Ongelmallisen kokemuksen assimilaatio saavuttaa ensimmäisen kerran neljännen tason istunnossa 6. Anneli ymmärtää kasvatuksensa vaikutuksen nykyisiin korkeisiin odotuksiinsa itseään kohtaan (4D). Itselle asetettujen odotusten täyttämättä jättäminen puolestaan aiheuttaa syyllisyyden tunteita. Istunnon lopuksi Anneli ymmärtää, että hänen on vaikea hyväksyä itseään ilman itsensä korostamista menneisyydessä opittujen toimintatapojen ja häneen suunnattujen odotusten vuoksi. Istuntojen 8 ja 10 aikana Anneli jatkaa oivalluksensa työstöä ja hakee ymmärrystä taipumukseensa

asettua hyväksyntää edesauttaviin rooleihin ihmissuhteissaan. Seuraavassa katkelmassa Anneli pystyy lopulta määrittelemään kokemuksensa (3E) ja kuvailemaan toivoneensa jo edesmenneen äidin hyväksyneen hänet sellaisena kuin hän on (3C). Nämä piirteet ovat tyypillisiä assimilaatiotasolla kolme. Otteessa on myös viitteitä assimilaatiotasosta kaksi, toisen dominoivan äänen pyrkiessä vaimentamaan ongelmallisen äänen (2A). Vaikka Anneli ilmaisee toivoneensa äidin hyväksyneen tämän sellaisena kuin hän on, niin hän toteaa, että isältä hän ei pystyisi sellaista edes odottamaan.

Istunto 10, Ote 1, APVS-taso: 3

T: mitä sä toivoisit että sun äiti äiti vastais sulle jos sä puhut semmosia asioita mitkä susta on tuntunu pahalle

A: kai mä haluaisin sen että et se sanois että se ees hyväksy mut semmosena kun mä oon en mä sitä jotenkin pysty isältä ees oottamaan

T: mm

Istunnoissa 12-18 jatketaan Annelin perhetaustojen käsittelyä sekä pohditaan niiden vaikutusta Annelin nykyiseen elämään. Anneli pohtii istuntojen aikana riittämättömyyden kokemuksiaan ja käsittelee ahdistusta, joka on seurannut muiden miellyttämisestä aiheutuneesta väsymisestä. Istunnon 18 lopussa ongelmallinen ääni puhuu Annelin kuvaillessa, ettei häntä enää hävetä työssäkäymättömyys. Tästä seuraa kuitenkin toiselle assimilaatiotasolle tyypillinen ongelmallinen reaktio (2A) toisen dominoivan äänen peittäessä ongelmallisen äänen välittömästi alleen.

Terapiaprosessin puolivälissä Annelin mielentila on pääasiassa myönteinen ja toiveikas. Istunnossa 20 assimilaatiotason keskiarvo on kolme (2.8) ja istunnossa 21 lähes neljä (3.5), mikä on kokonaisterapiaprosessin korkein assimilaatiotaso. Istunnossa 20 Anneli kykenee myöntämään harrastavansa kirjoittamista vain siitä itselle aiheutuvan mielihyvän vuoksi. Tämä voidaan nähdä hyväksyntään viittaavana puheenvuorona, sillä aiemmassa elämässään Annelin toiminta on tähdännyt lähinnä muiden huomion saavuttamiseen. Oivallusta voidaan pitää tyypillisenä assimilaatiotasolle neljä, Annelin hyväksyessä sekä Alemmuuden tuntija- että Itsensä arvostaja - äänien esiintymisen (4B). Annelin henkilökohtainen historia ei myöskään rajoita nykyhetkessä toimimista (4D).

Istunnoissa 20 ja 21 esiintyy pääasiassa assimilaatiotasoja kolme ja neljä, mikä kuvaa Annelin puheessa esiintyvää joustavuutta ja reflektiivisyyttä. Anneli esittää istuntojen aikana kunnianhimoisia akateemisia tavoitteita, mutta pohtii samanaikaisesti omaa jaksamistaan ja toimintakyvyn rajoituksia. Istunnon aikana Anneli kykenee myös luopumaan entisestä työroolistaan ja pohtii realistisesti mahdollisuutta osallistua mikrotukihenkilöksi valmistavaan atk-koulutukseen. Istunnoissa 22-23 assimilaatiotaso on lähinnä tasolla kolme Annelin pohtiessa vahvuuksiaan ja heikkouksiaan työntekijänä (3D). Anneli ei kuitenkaan tunnu etenevän merkittävästi ongelmiensa

käsittelyssä, mikä on tavanomaista assimilaatiotasolla kolme (3B). Anneli tunnistaa ylittäneensä työskentelyssä hiljattain oman toimintakykynsä rajat ja pohtii suorittamisesta seuraavaa riittämättömyyden tunnetta. Istuntojen aikana Anneli kykenee sanallistamaan pettymyksensä siihen, ettei ole onnistunut etenemään toivotulla tavalla ongelmiansa käsittelyssä. Anneli toivoisi pystyvänsä vähentämään hyväksynnän tavoittelua, mutta epäilee kykyjään muutoksen suhteen. Istunnon 23 lopussa Anneli pystyy kuitenkin määrittelemään ensimmäistä kertaa terapian tavoitteeksi vain sen, että pystyisi elämään. Aiemmin tavoitteena oli ollut lähinnä töihin palaaminen. Istunnoissa 24 ja 25 Annelin tunneilmaisuus muuttuu huomattavasti kielteisemmäksi ja istuntojen keskimääräinen assimilaatiotaso laskee tasolle kaksi. Terapiakäyntien yleissävy on toivoton ja surullinen. Anneli pohtii seuraavassa katkelmassa ongelmiansa käsittelystä syntyvää psyykkistä kuormaa ja turhautumistaan siihen, ettei lukuisista yrityksistä huolimatta kykene hyväksymään omien kykyjensä heikentymistä (3B).

Istunto 24, Ote 1, APVS-taso: 3

A: mää just mietin tossa äsken tänne tullessani miten miten niinku vaikeelta mun musta loppujen lopuks tuntuu se että mä en taho pystyä sitä vaikka mää niinku puhun siitä ja jaa puhun siitä ja ja ajattelenki sitä ni mä en sit jotenki sssit sitte sisimmässäni pysty sitä hyväksymään että että mä en oo entisenlainen

T: mm

A: että mä jaksaisin niinku esimerkiks oppia sillee nopeesti ja ja tota jotenki tarttua kaikenlaisiin uusiin asioihin että et kaikki vie niin kauan aikaa ja kaikki on semmosta et mihin mihin niinkun multa on tosiaan kadonnu kaikki voimat ja

T: mm

Istunnoissa 28-30 Anneli keskittyy käsittelemään lähinnä atk-painotteista työskentelyään. Istuntojen keksimääräinen assimilaatiotaso on tasolla kolme ja ne rakentuvat pääasiassa refleктоivista puheenvuoroista (3E) ja tunteiden käsittelystä yhdessä terapeutin kanssa. Ristiriitaiset äänet keskustelevalta istuntojen aikana, Pätevyyteen pyrkijä -äänien ilmaisten yhtäaikaaisesti akateemisia tavoitteita ja Itsensä arvostaja -äänien jaksamisen rajoituksia (3D). Anneli kuvailee elämäntilanteensa aiheuttamaa psyykkistä kuormitusta, mutta puheenvuorojen tunneilmaisuus säilyy pääasiassa neutraalina. Anneli kertoo terapeutille pyrkineensä kiinnittämään huomiota toimintaansa, mutta ilmaisee samanaikaisesti epäilyksensä omaa arviointikykyään kohtaan.

Istunnosta 31 lähtien käsitellään Annelin saamaa työterveyslausuntoa ja siitä herääviä tunteita. Työterveyslausunnossa Anneli todetaan työkyvyttömäksi opettajan työhön. Vaikka Anneli on jo aiemmin kertonut kyenneensä henkisesti luopumaan entisestä työroolistaan, herättää ulkopuolisen tahon kirjoittama arvio toimintakyvystä voimakkaita negatiivisia tunteita. Terapiaistuntojen assimilaatiotaso laskee kyseisestä istunnosta lähtien terapiaprosessin loppuun asti, lukuunottamatta istuntoa 33, jolloin keskimääräinen assimilaatiotaso palaa vielä tasolle kolme. Toisaalta Anneli tiedostaa tilanteensa ja toimintakykynsä muutoksen, toisaalta hänen on edelleen

vaikea hyväksyä tätä osaksi elämäänsä ja uskoa työterveyslausunnon arviota. Anneli vaikuttaa aihetta käsittelevien istuntojen aikana psyykkisesti hyvin kuormittuneelta. Asian käsittely etenee pääasiassa assimilaatiotasolla kaksi ja kolme, Annelin käydessä läpi hyväksynnän menettämisen pelosta aiheutuvia negatiivisia tunteita. Seuraavassa katkelmassa Anneli kertoo terapeutille asettavansa itselleen edelleen korkeita vaatimuksia ja hakevansa vaihtoehtoista keinoa vastata muiden ihmisten odotuksiin.

Istunto 33, Ote 7, APVS-taso: 3

A: mää mietin sitä mää pentin kaa eilen siitä puhuin että et niinku omia motiivejani

T: mm

A: tämmöseen koulutukseen ni ni mää nään siinä niinku selkeesti kaks asiaa ja toinen on se vaikka mä kuinka ajattelen että mä koitan hyväksyä itteni et mä oon tässä näin ni mun sisällä on kuitenkin semmonen normaaliuden vaatimus

T: mm

A: mä uskosin et jokaisella ihmisellä joka ei oo terve on semmonen normaaliuden toive

T: mm

A: **mutta että mulla se on vaatimus**

T: mm

A: **että mun on vaikee ajatella että mä olisin tässä näin**

T: mm

A: *vaan että jos mä voisin sanoo et mä oon opiskelija tai et mä voisin sanoo et mulle on tulossa tällanen ja tällanen juttu nii se antais mulle enemmän semmosta tuntua että mä oon jotenki tähän yhteiskuntaan kuuluva ihminen ja toimin niinku täällä normaalisti ihmisiltä odotetaan*

T: mm

A: **ja sitte toinen seikka siinä on yhtäläillä on se että mä oon tottunu olemaan pätevä ihminen**

T: mm

A: **mulla pitäis olla joku asia jossa mä oon keskivertoo parempi kun muut**

T: nii

A: **ja mä oon aikaisemminkin tällä alueella päteny** ni mutta sitte se mikä siinä käy on että *huomaakin että siitä ei tuukkaan sitä semmosta tuntua että tää nostaa mun itsetunton vaan päinvastoin siitä tulee semmonen tuntu että en mä osaakaan tätä että tulee entistä masentuneemmaks silleen että*

T: mm

A: *ettei tää ollukaan helppoo*

Seuraavassa otteessa Annelin assimilaatiotasoo on pudonnut assimilaatiotasolle kaksi. Ote kuvaa Annelin vaihtelevaa suhtautumista itseensä, sekä dominoivaa vuorovaikutustyyliä suhteessa terapeuttiin. Otteen alussa Anneli epäilee omaa jaksamistaan alistuneeseen sävyyn, kunnes toteaa, ettei jaksamattomuudessa ole mitään epänormaalia. Terapeutin kysyessä asiasta tarkemmin, Annelin dominoiva ääni syrjäyttää ongelmallisen Itsensä arvostaja -äänien (2A), jolloin Anneli toteaa jälleen alistuneeseen sävyyn heidän perheensä olevan keskimääräistä kaoottisempi. Terapeutti yrittää saada Annelia refleктоimaan kokemusta, mutta Anneli vaihtaa aihetta (1A), vaikuttaen kiihtyneeltä. Terapeutti yrittää palauttaa keskustelun Annelin kokemukseen, jolloin Anneli toteaa jälleen, ettei hänen kokemuksensa ole epänormaali vetoamalla kokemuksen yleisyyteen (2F) oikeuttaen kokemustaan Pätevyyteen pyrkijän positiossa.

Istunto 35, Ote 1, APVS-taso: 2

A: *tai paremminkin siitä pois jääminen on niinku se että mä en usko et mä selviän tästä yhtälöstä*

T: mm

A: *niinku mä en oo selvinny työstäkään mä en oo selvinny niiden asioiden yhteensovittamisesta että mul olis nää kaikki roolit että niitten yhteinen hoitaminen on liian raskasta*

T: mm

A: eikä siinä mun mielestä oo mitään epänormaalia

T: mm

T: tarkotatsä siinä et

A: *taikka siinä että tää perhe on täynnä näitä kaoottisia tilanteita millon mistäkin asiasta*

T: mm mitä sä tarkotat siinä et

A: **mutta et tämmösistä mä en osaa enää hermostuakkaan näistä tämmösistä pumppuasioista ollenkaa mää oon niinku siihe asennoitunu sillä tavalla että mä en voi sille mitään**

T: mm

A: **mä en voi siihen asiaan yhtään mitään**

T: mm

A: **senkin mä sanoin sille tänä aamuna et ei oo ollenkaan mun vika että pumppu on rikki**

T: mm

T: no mikä se oli mitä tarkotat että mikä ei oo epänormaalia se et susta tuntuu

A: ei oo epänormaalia että joku ihminen ei selviä niinku siitä työn ja perheen suht pienten lasten äidin ja vaimon roolin sekasotkusta se on ihan selvää

T: mm

A: **että se on hyvin tavallista ja yleistä**

T: mm

A: **se on enempi sääntö että äidit on väsyneitä**

Ristiriitaisten tunteiden käsittely jatkuu terapiaprosessin loppuun asti. Istuntoon 37 asti assimilaatiotaso on pääasiassa tasolla kaksi ja kahden viimeisen istunnon aikana tasolla yksi.

Istunnoissa 37-39 keskustellaan lähinnä Annelin päättämättömyydestä mikrotukihenkilökoulutukseen osallistumisen suhteen ja tämän voimavarojen vähäisyydestä. Anneli kokee koulutuspaikan vastaanottamisen velvollisuudekseen, vaikka toisaalta tunnistaa, ettei ole kykenevä nykyisessä elämäntilanteessaan ottamaan paikkaa vastaan. Annelin voimavarojen ehtyminen estää tätä käsittelemästä ongelmiaan rakentavasti viimeisten istuntojen aikana, sillä voimavarat kuluvat akuutista elämäntilanteesta selviytymiseen. Viimeisessä istunnossa Anneli ja terapeutti pohtivat, pitäisikö Annelin mennä sairaalaan romahtaneen psyykkisen voinnin vuoksi. Assimilaatiotasolle yksi tyypillisesti, Anneli pyrkii välttämään asian käsittelyä ja keskittymään muun perheen hyvinvointiin oman kokemuksensa sijasta (1D). Muiden perheenjäsenten tasapainon säilyttämispyrkimykset voidaan tulkita myös merkkinä hallinnan menettämisen pelosta (1C).

Istunto 39, Ote 8, APVS-taso: 1

T: koska jos sun vointi on niin huono että ni sä ilman muuta pääset sillon sairaalaan et se ei oo siitä kiinni aina paikka löytyy se on ihan varma

A: *no mutku mä en halua pelästyttää niitä lapsia*

T: mm mm

T: mä mietin sitä että voiko seki olla semmosta pelottavaa jos sä et jaksakaan et sitte tapahtuu jotakin sellasta jos sun voimat loppuu ihan totaalaisesti voiko se olla vielä pelottavampaa

**A: emmä usko et ne tässä loppuu ku mä oon yksin niitten kanssa mä oon mä oon liian ylivastuullinen siihen et se on sit joku toinen hetki**

T: mm

*A: mutta ei pentti sitä käsitä se ei ei se sitä niinku jotenki pahuuttaan tai välinpitämättömyyttään tee mutta se näkee sen sellasena et mä oon aina ollu väsyny ei se nää siinä eroo et ooks mä paljo väsyny vai vähän väsyny ku mä oon aina väsyny*

T: mm

A: kyllä mä siltä kysyin että tuutsää pois jos tulee joku et jotain sattuu että joku onnettomuus

T: mm

A: mut musta se olis kamalaa jos se joutuis keskeyttään ku se on sille kuitenkin niin tärkeetä



## POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoitus oli tarkastella tutkittavan asiakkaan psykoterapiassa tapahtunutta muutosta assimilaatiomallin avulla. Lisäksi tarkastelimme, mitkä tekijät mahdollisesti edesauttoivat tai estivät terapiaprosessin etenemistä. Onnistuneessa psykoterapiassa asiakkaan ongelmallisen äänen ajatellaan assimiloituvan osaksi asiakkaan ääniyhteisöä ja tulevan hyväksyttäväksi osaksi itseä (Honos-Webb & Stiles, 2002). Assimilaatiomallissa katsotaan, että onnistunut tulos psykoterapiassa on yhteydessä assimilaatiotason nousuun, kun taas ongelmien jatkuminen psykoterapian jälkeen on yhteydessä assimiloitumisen vaikeuksiin eli alhaiseen assimilaatiotasoon (Detert ym., 2006; Honos-Webb ym., 1998).

Tutkimuksemme mukaan Annelin psykoterapia ei assimilaatioanalyysimenetelmällä mitattuna tuottanut onnistunutta tulosta, eli ongelmallisen äänen integroitumista osaksi ääniyhteisöä (Honos-Webb & Stiles, 2002 ; Honos-Webb ym., 1998). Ongelmallisen kokemuksen assimilaatio ei näyttäytynyt lineaarisena, vaan assimilaatioprosessissa tapahtui heilahteluja tasolta toiselle. Assimilaatiotasot nousivat terapian edetessä, mutta muutos ei ollut pysyvä. Assimilaatiotasot vaihtelivat APVS-asteikolla tasoilla yhdestä neljään. Annelin tullessa terapiaan assimilaatiotaso oli kaksi (2.0) ja hän saavutti korkeimmillaan APVS-tason neljä (3.5) istunnossa 21, noin terapian puolivälissä. Tämän jälkeen assimilaatio vaikutti taantuneen ja APVS-tasot olivat lähinnä laskevia. Viimeisessä istunnossa APVS-taso oli laskenut tasolle 1. Myös Knobloch ym. (2001) toteavat, ettei assimilaation eteneminen ole aina tasaista, vaan saavutetulta assimilaatiotasolta on mahdollista siirtyä takaisin alemmalle tasolle. Gabalda ja Stiles (2013) kuitenkin tarkentavat, etteivät säännöllisesti satunnaiset assimilaatiotasot välttämättä edusta todellisia kehitystasoja. Annelin assimilaatiotasoina oli huomattavissa lyhyitä säännönmukaisuuksia, mutta pääasiassa APVS-tasot aaltoilivat sekä istuntojen välillä että niiden sisällä.

Gabaldan ja Stilesin (2013) mukaan myös onnistuneessa terapiassa ilmenee usein satunnaisia ja tilapäisiä assimilaatiotason laskuja. Psykoterapia voidaan myös katsoa onnistuneeksi, vaikkei asiakas saavuttaisi viimeistä APVS-tasoa 7 (Honos-Webb ym., 1999). Yleisesti ottaen katsotaan, että APVS-taso neljä ja sitä seuraavat tasot (4-7) ovat yhteydessä hyvään hoitotulokseen ja APVS-tasot kolmesta alaspäin (0-3) ovat yhteydessä huonoon hoitotulokseen (Detert ym., 2006). Annelin assimilaatiotasot olivat koko terapian ajan suurimmaksi osaksi tasoilla kaksi ja kolme. Tästä syystä terapian hoitotulosta ei voida katsoa onnistuneeksi. Ottaen huomioon Annelin psyykkisen hyvinvoinnin romahtamisen terapian lopussa, tukee tutkimustulos oletusta siitä, että assimilaatiotaso kertoo hoidon tuloksellisuudesta (Detert ym., 2006; Honos-Webb ym., 1998). Koska assimilaatiotasot olivat terapian loppuessa hyvin alhaisia, on mahdollista, että

keskimääräinen assimilaatiotaso olisi kohonnut hieman psyykkisen voinnin tasaantuessa. Emme kuitenkaan näe tämän heikentäneen ratkaisevasti analyysin luotettavuutta, koska assimilaatiotasot olivat olleet laskusuhdanteisia jo terapian puolesta välistä asti. Koska muutosta assimilaatioanalyysimentelmällä mitattuna ei tässä psykoterapiaprosessissa tapahtunut, keskitymme pohtimaan etenkin mitkä tekijät mahdollisesti estivät psykoterapian onnistumista.

Annelin terapeutista muutosta edistivät mahdollisesti ongelmallisten kokemusten ja niiden herättämien tunteiden käsittely sekä terapeutin empaattisuus. Anneli kuvasi itseään luonteeltaan pohtivaksi, mikä näkyi etenkin tämän taipumuksena analysoida kokemuksiaan. Kokemusten analysointi saattoi edistää ongelmallisen kokemuksen käsittelyä ongelmien tietoiseksi tekemisen kannalta. Myös tunteiden reflektointi onnistui ajoittain vaivattomasti, etenkin terapeutin avustuksella. Ongelmallisen kokemuksen tiedostaminen ja sen herättämien tunteiden läpikäyminen on merkittävä terapeutin päämäärä ja lähtökohta myös syvätason psyykkiselle muutosprosessille (Lyddon, 1991), jossa uutta minää koskeva informaatio sisällytetään osaksi minäkäsitystä (Guidano, 1991). Syvätason tunneperäiseen informaatioon ei ole mahdollista vaikuttaa rationaalisella ajattelulla, sillä syvätason tunneperäinen tieto on staattista (Guidano, 1987, 1991). Pintatason muutos puolestaan on kognitiivisesti hallittu (Guidano, 1987). Muutos minäkäsityksessä mahdollistuu yksinomaan syvätason kokemuksia suvaitsemalla (Guidano, 1987, 1991), ja se koskee yksilön persoonallista identiteettiä, mikä aiheuttaa myös muutoksen ulkopuolista todellisuutta koskevissa käsityksissä (Guidano, 1991). Myös Safran ja Greenberg (1991) esittävät emotionaalisen uudelleenorganisoinnin sekä tunteiden purkamisen terapian kannalta merkittäviksi tekijöiksi. Tunteiden kokemisen ohella tulisi myös pohtia ja reflektoida kokemusta, jotta siitä voitaisiin saada uutta informaatiota.

Myös asiakkaan kokemus terapeutin empaattisuudesta on todettu keskeiseksi muutosta edistäväksi tekijäksi (Rogers, 1951; Wahlström, 2012). Anneli luonnehti terapeuttia empaattiseksi henkilöksi ja ilmaisi kiintymystään tätä kohtaan, mikä voidaan nähdä mahdollisesti terapeutista muutosta edistävänä tekijänä. Todellisia tuntemuksia terapeuttia kohtaan on kuitenkin vaikea tulkita, sillä hyväksyntää edesauttaviin rooleihin heittäytyminen oli Annelille tyypillistä. Anneli saattoi ajoittain hakea hyväksyntää terapeutilta kertomalla tälle ajatuksia, joita piti suotuisina ja terapeutin odotuksia vastaavina, mahdollisesti myös tiedostamattaan. Myös tätä ilmiötä saatetaan voida selittää Guidanon (1987) näkemyksellä syvä- ja pintatason muutoksista. Guidanon mukaan pintatason muutosprosessissa tunnekokemusten käsittely ei välttämättä etene yhtäläisesti kognitiivisen ongelmallisen kokemuksen käsittelyn kanssa. Mikäli Annelin muutosprosessi oli edennyt vasta psyykeen pintatasolle, saattoi Anneli itse uskoa terapeutille kertomaansa ja kognitiivisella tasolla kokea edistyneensä ongelmiansa käsittelyssä. On kuitenkin mahdollista, ettei

psykkeen syvätasoilla olevia tunnekokemuksia oltu vielä tiedostettu ja käsitelty riittävästi. Mahdollinen pintatason muutos saattoi ilmetä esimerkiksi Annelin suhtautumisessa työterveyslausuntoon. Annelin assimilaatioprosessi oli edistynyt ennen lausuntoa keskimäärin assimilaatiotasolle kolme, mutta työterveyslausuntoa käsittelevässä istunnossa taso laski kahteen. Assimilaatiotason lasku saattaa kertoa siitä, että muiden ihmisten mielipiteet ja arviot vaikuttivat edelleen ratkaisevasti Annelin itsetuntoon ja psyykkiseen hyvinvointiin, vaikkei Anneli tätä itse tiedostanut.

Jotkin Annelin ominaisuudet ovat voineet mahdollisesti vaikuttaa haitallisesti yhteistyösuhteeseen ja sitä kautta terapiaprosessin onnistumiseen. Aiempien tutkimusten mukaan asiakkaan ominaisuuksien ajatellaan vaikuttavan psykoterapian tuloksellisuuteen (Laaksonen, Lindfors, Knekt & Aalberg, 2012; Wahlström, 2012). Annelilla vaikutti olevan puutteita esimerkiksi tunteiden hallinnassa. Tunteiden hallinnan on katsottu aikaisemmissa tutkimuksissa olevan psykoterapian onnistumista edesauttava tekijä (Laaksonen ym., 2012). Annelin tunteiden hallinnan ongelmat ilmenivät tiheinä ja voimakkaina mielialan vaihteluina sekä terapiaistuntojen välillä että sisällä. Tämä näkyi kiihtymyksen ja itkuisuuden vuorotteluna. Voimakas reagointi muun elämän tapahtumiin, esimerkiksi parisuhteeseen ongelmiin ja perheenjäsenten kriiseihin, on saattanut vaikeuttaa ongelmallisen kokemuksen käsittelyä ja sitä kautta aiheuttaa APVS-tasojen laskua. Annelilla ei vaikuttanut aina olevan psyykkisiä voimavaroja ongelmien rakentavaan käsittelyyn. Tuloksemme tukevat myös Gabaldan ja Stilesin (2013) näkemystä siitä, että terapian ulkopuolisten olosuhteiden vaatimukset voivat aiheuttaa laskua assimilaatioasteikoilla. Assimilaatiotason lasku johtuu äänten pyrkimyksistä vastata muun elämän vaatimuksiin.

Annelin ongelmien laaja-alaisuus ja pitkäaikaisuus ovat mahdollisesti asettaneet haasteita psykoterapian onnistumiselle. Ongelmat juonsivat juurensa kaukaa elämänhistoriasta ja olivat jossain määrin jo kroonistuneet terapian alkaessa. Akuuttien ja lievien ongelmien katsotaan yleisesti olevan helpommin hoidettavissa psykoterapiassa kuin kroonisten ja vakavien ongelmien (Wahlström, 2012). Myös ongelmien selkeärajaisuuden nähdään ennustavan myönteistä hoitotulosta (Laaksonen ym., 2012). Annelin ongelmien laatuun rinnastettuna suhteellisen lyhyen hoitoajan voidaan katsoa mahdollisesti heikentäneen terapian tulosta, sillä vaikeimpien ongelmien kohdalla pitkistä terapioidista on enemmän hyötyä kuin lyhyistä (Wahlström, 2012).

Annelin vuorovaikutustyyli saattoi myös luoda haasteita yhteistyösuhteelle. Vaikka Anneli oli verbaalisesti lahjakas ja osasi kuvailla tuntemuksiaan hyvin, vuorovaikutusta terapeutin kanssa saattoi häiritä hänen dominoiva ja satunnaisesti hyökkäävä käyttäytymisensä. Haastava vuorovaikutustyyli näyttäytyi usein päälle puhumisena ja kiihtymisenä. Terapiassa oli useita tilanteita, joissa terapeutti yritti auttaa Annelia refleктоimaan kokemustaan, mutta ei saanut

puheenvuoroa. Laaksosen ym. (2012) tutkimuksen mukaan asiakkaan vuorovaikutustaidot vaikuttavat psykoterapian tuloksellisuuteen.

Annelin tapa havainnoida itseä ja muita ihmisiä, emotionaalisten tunnereaktioiden voimakkuus ja äkillinen vaihtelu, vuorovaikutustyyli sekä ongelmien pitkäaikaisuus ovat saattaneet haitata terapian edistymistä. Nämä havainnot antavat mahdollisesti aihetta epäillä persoonallisuushäiriön mahdollisuutta, mikä selittäisi osaltaan terapian heikkoa tulosta. Pidämme mahdollisena, että asiakkaan ongelmien taustalla voisi olla epävakaan persoonallisuuden kaltaista problematiikkaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosista huolimatta. Epävakaan persoonallisuuden ydinpiirteitä ovat tunteiden ja mielialojen säätelyn vaikeudet (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009), jotka olivat Annelin kohdalla perustavanlaatuisia ongelmia. Mikäli Annelin ongelmien taustalla on persoonallisuushäiriön tasoista problematiikkaa, voi hoito vaatia erityisiin tarpeisiin muokattuja menetelmiä, sillä persoonallisuushäiriöstä kärsivät eivät välttämättä kykene hyötymään tavallisista psykoterapeuttisista menetelmistä riittävästi (Koivisto ym., 2009). Persoonallisuushäiriön mahdollisuus selittäisi myös asiakkaan äkillisiä tunnetilan vaihteluja, sillä epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien epävakaa tunne-elämä ilmenee huomattavina muutoksina alakuloiseen tai masentuneeseen, ärtyneeseen, ahdistuneeseen, epätoivoiseen tai vihaiseen mielialaan (Koivisto ym., 2009).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja epävakaan persoonallisuuden välinen erotusdiagnoosi voi olla haastavaa näiden yhteisistä piirteistä johtuen. Tutkimustiedon valossa kuitenkin katsotaan, ettei epävakaa persoonallisuushäiriö ole kaksisuuntaisen mielialahäiriön alatyyppejä (Magill, 2004). Häiriöiden samanaikaisuutta ei voida myöskään sulkea pois, sillä tutkimusten mukaan joka toisella kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivällä on samanaikainen persoonallisuushäiriö (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen, 2013). Epävakaan persoonallisuushäiriön yhteydessä voi esiintyä myös masennusta. Tila saattaa poiketa tavallisesta masennustilasta oirekuvalla, jossa ruokahalu saattaa olla lisääntynyt ja mieliala voi olla enemmänkin ärtynyt kuin masentunut. Lisäksi voi ilmetä voimakkaita uupumusoireita (Koivisto, 2009). Anneli kuvaili useissa terapiaistunnoissa voimakasta uupumustaan ja toi esiin myös liiallista syömistään.

Sekä psykodynaamisessa että kognitiivisessa psykoterapiasuuntauksessa odotetaan asiakkaan kykenevän muodostamaan yhteistyösuhteen terapeutin kanssa suhteellisen nopeasti sekä tutkimaan vapaasti omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Tämä voi olla kuitenkin vaikeaa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivälle etenkin hoidon alkuvaiheessa, johtuen yleisestä luottamuksellisen suhteen rakentamisen vaikeudesta (Koivisto ym., 2009). Annelilla vaikeudet luottamuksellisen suhteen rakentamiseen näkyivät terapian alkupuolella pätevyyden korostamisena sekä vuorovaikutustilanteiden dominointina. Anneli ilmaisi ensimmäisen kerran kiintymystään

terapeuttia kohtaan kutsumalla tätä luotettavaksi ja empaattiseksi henkilöksi istunnossa kuusi, mikä kertoo mahdollisesta kiintymyssuhteen muodostumisesta. Edellä mainitun jälkeen, Anneli alkoi kuitenkin epäillä pelottavansa terapeuttia. Tämä voi Koiviston ym., (2009) mukaan johtua epävakaaan persoonallisuuden taustalla olevasta organisoitumattomasta kiintymyssuhteesta. Terapiasuhteen kehittyessä edelleen Anneli uskalsi vähitellen näyttää terapeutille myös haavoittuvaa ja herkkää puoltaan, mikä saattaa kertoa luottamuksen rakentumisesta suhteessa terapeuttiin.

Psykoterapiasuuntausten piirissä on viime vuosikymmenten aikana kehitetty hoitosovelluksia, joissa on otettu huomioon persoonallisuushäiriöistä kärsivien erityisvaikeudet suhteessa perinteiseen psykoterapiaan. Dialektisen käyttäytymisterapian, mentalisaatioterapian, skeemakeskeisen terapian ja transferenssikeskeisen terapian vaikuttavuudesta on saatu satunnaistettuun ryhmävertailuun perustuvaa tutkimusnäyttöä epävakaaan persoonallisuushäiriön hoidossa (Koivisto ym., 2009). Pohdimmekin, olisiko hoitotulos ollut parempi mikäli Annelin terapiassa olisi käytetty erityisesti persoonallisuushäiriöiden hoidossa hyväksi todettuja hoitosovelluksia.

Tutkimuksen validiteettia arvioitaessa on syytä huomioida, että laadullisessa tutkimuksessa validiteetilla ei tarkoiteta kokeellisen menetelmän periaatteiden seuraamista tai tilastollisesti merkitseviä löydöksiä (Fischer, 2005), eikä sillä tavoitella objektiivista totuutta (McLeod, 2001). Tekemistämme tulkinnoista on kuitenkin huomioitava, että psykoterapian tuloksellisuuteen vaikuttavat osatekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään (Wahlström, 2012), joten yksiselitteisiä tulkintoja psykoterapian tuloksellisuuden syistä on haastavaa tehdä. Tutkimuksemme heikkoutena, kuten tapaustutkimusten yleensäkin, voidaan nähdä huono yleistettävyyys (Metsämuuronen, 2011; McLeod, 2001; Stiles, 1993) sekä mahdollinen subjektiivisuus (McLeod, 2001; Stiles, 1993). Tutkimuksen tulokset eivät ole näin ollen suoraan sovellettavissa muihin tapauksiin tämän tutkimuksen ulkopuolella. Toisaalta tapaustutkimuksen tavoite ei ole ensisijaisesti yleistettävyyys, vaan syvä ymmärrys yhdestä tapauksesta (Stake, 1995).

Koimme assimilaatiomallin hyödylliseksi työkaluksi terapeutin muutosprosessin hahmottamisessa, koska asiakkaan kulloinenkin assimilaatiotaso heijasteli hyvin havaintojamme asiakkaan sen hetkistä edistymisestä suhteessa ongelmalliseen kokemukseen. Assimilaatioanalyysin, kuten myös muiden laadullisten tutkimusmenetelmien heikkoutena voidaan pitää aineiston rajoittumista kielelliseen materiaaliin. Yksilöt antavat usein eri merkityksiä sanallisille ilmaisuille, jotka eivät välttämättä tavoita kaikkia niille annettuja merkityssisältöjä ja niihin liittyviä tunteita (Toskala, 1996). Koska analysoitava materiaali on kielellistä, on mahdollista, että analyysin ulkopuolelle jää asiakkaan muutosprosessia kuvaavia tekijöitä. Kaikki ajattelussa tapahtuneet

muutosprosessit eivät välttämättä konkretisoidu kielelliseen muotoon, vaan muutos voi näkyä esimerkiksi tunnereaktioissa. Ongelma voi olla myös päinvastainen: kielellinen ilmaisu saattaa viestiä muutoksesta, mutta äänensävy ja elekieli saattavat kertoa, ettei tunnetason muutosta ole tapahtunut. Tämän ilmiön havaitsimme myös Annelin muutosprosessia tarkastellessamme.

Tutkimuksemme herätti kysymyksiä siitä, miksei terapiaprosessin aikana tapahtunut huomattavaa muutosta. Edellisissä tutkimuksissa on valtaosin kiinnitetty huomiota menestyksekkäiden terapiaprosessien analysointiin. Tulevaisuudessa saattaisikin olla hyödyllistä tutkia enemmän myös heikommin onnistuneita terapiaprosesseja, ja pohtia selityksiä sille, ettei terapia etene tai huonontaa asiakkaan tilannetta. Tutkimuksemme tuo esiin myös persoonallisuushäiriöiden tunnistamisen tärkeyden, koska ne voivat vaatia erityisiä menetelmiä suhteessa perinteiseen psykoterapiaan.

## 5. LÄHTEET

Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. (2006). Building a Meaning Bridge: Therapeutic Progress from Problem Formulation to Understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 165-180.

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

Ehrling, L-M. (2006). Psykoterapian vaikutuksen arvioiminen. Keskusteluanalyttinen tutkimus arviointihaastattelun käytänteistä. Helsinki: Yliopistopaino.

Elliott, R. (1989): Comprehensive process analysis: understanding the change process in significant therapy events. Teoksessa M.J. Packer & R.B. Addison (toim.) *Entering the circle: hermeneutic investigation in psychology*. Albany: SUNY Press. s. 165-184.

Fischer, C. (2005) *Qualitative research methods for psychologists : introduction to empirical studies*. Boston: Elsevier Academic Press.

Gabalda, I. C. (2009). Converge of Voices: Assimilation in Linguistic Therapy of Evaluation. *Clinical Psychotherapy and Psychotherapy* 16, 182-198.

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

Goldsmith, J. Z., Mosher, J. K., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2008). Speaking with the Client's Voices: How a person-centered therapist used reflections to facilitate assimilation. *Person-Centered & Experimental Psychotherapies*, 7(3), 155-172.

Guidano, V.F. (1987) *Complexity of the Self: A Developmental Approach to Psychopathology and Therapy*. New York: Plenum Press.

- Guidano, V.F. (1991). *The Self in Process*. New York: The Guilford Press.
- Harper D. & Thompson A. (2011). *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy, A Guide for Students and Practitioners*. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Honos-Webb, L., Lani, J., & Stiles, W. (1999). Discovering markers of assimilation states: The fear-of-losing-control marker. *Journal of clinical psychology*, 55 (12), 1441-1452.
- Honos-Webb, L. Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23–33.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. (2002). Assimilative Integration and Responsive Use of the Assimilation Model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (4), 406-420.
- Honos-Webb, L., Stiles, W.B., Greenberg, L.S., & Goldman, R.(1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8, 264-286.
- Honos-Webb, L., Stiles, W., & Greenberg, L. (2003). Method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (2), 189-198.
- Knobloch, L. M., Endres, L. M., Stiles, W. B., & Silberschatz, G. (2001). Convergence and Divergence of Themes In Successful Psychotherapy: An Assimilation Analysis. *Psychotherapy*, 38(1), 31–39.
- Koivisto M., Stenberg J-H., Nikkilä H., Karlsson H. (2009). *Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Laitila, A (1996). *Kontekstualismi ja psykoterapiatutkimus: tietoteoreettisia perusteita*. Teoksessa A. Toskala, & J. Wahlström (toim.), *Psykoterapian prosessit – tutkimukselliset konstruktiot* (s. 6-8). Helsinki: Suomen psykologinen seura.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159–174.



Leiman, M. (2005). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Teoksessa K. Hartikainen, & J. Aaltonen (toim.), Näyttöön perustuva psykoterapia (s. 15-31). Jyväskylä: Yliopistopaino.

Llewelly, S., & Hardy, G. (2001) Process research in understanding and applying psychological therapies. *The British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.

Lyddon, W.J. (1991). First- and Second-Order Change: Implications for Rationalist and Constructivist Cognitive Therapies. *Journal of counselling and development*, 69, 122-127.

Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. (2013) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Magill, C. (2003) The Boundary Between Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder: current concepts and challenges. *The Canadian Journal of Psychiatry* August 2004, 551-556.

McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. Lontoo: Sage Publications.

Metsämuuronen, J. (2011). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Helsinki: International Methelp Oy.

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

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

Perls, F. S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, California: Real People Press.

Rogers C. *Client-Centered therapy*. (1951) Boston: Houghton Mifflin.

Stake R. (1995) *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage publications.

Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411–420.

Stiles W.B , Mesho C. , Anderson T., & Sloan W, (1992) Assimilation of Problematic Experiences: The Case of John Jones, *Psychotherapy Research*, 2:2, 81-101.

Stiles, W.B (1993). Quality control in qualitative research, *Clinical psychology review*, 13. 593-618.

Stiles, W.B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1–21.

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

Stiles, W.B., Shapiro, D.A. & Elliott, R. (1986): Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist* 41, 165-180.

Toskala, A. (1996). Psykoterapeuttinen muutos: konstruktivistinen näkökulma. Teoksessa A. Toskala, & J. Wahlström (toim.), *Psykoteraapian prosessit – tutkimukselliset konstruktiot*. Helsinki: Suomen psykologinen seura.

Toskala, A., & Wahlström, J. (1996). Johdanto. Teoksessa A. Toskala, & J. Wahlström (toim.), *Psykoteraapian prosessit – tutkimukselliset konstruktiot* (s. 6-8). Helsinki: Suomen psykologinen seura.

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

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lontoo: Lawrence Erlbaum Associates.

Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.

## 6. LIITTEET

TAULUKKO 1. Tiivistelmä Assimilation of Problematic Voices Scale -asteikosta	
0. <b>Torjunta:</b> Ongelmallista ääntä ei esiinny tietoisuudessa, mutta se voi pyrkiä tietoisuuteen häiritsevän oireilun kaltaisesti. Emotionaalisesti häiritseviä aiheita vältellään, minkä vuoksi tunneilmaisu on vähäistä.	(0A) Somaattiset oireet
1. <b>Ei-toivotut ajatukset:</b> Ongelmallinen kokemus alkaa nousta tietoisuuteen, mutta asiakas pyrkii välttämään kokemuksen käsittelyä. Ongelmalliset kokemukset nousevat käsittelyyn terapeutin tai ulkoisen tapahtuman herättäminä. Tunneilmaisu on epäselvää ja kohdistumatonta.	(1A) Aiheen vaihto (1B) Ristiriitainen kertomus (1C) Hallinnan menettämisen pelko (1D) Ulkoinen fokus
2. <b>Orastava tietoisuus:</b> Ongelmallinen kokemus alkaa ilmetä tietoisuudessa, mutta sen tarkka määrittely on hankalaa. Kokemus aiheuttaa tuskaa ja sekaannusta. Kielteiset tunteet heijastelevat ongelmallisen ja dominoivien äänten yhteentörmäystä.	(2A) Ongelmallinen reaktio (2B) Kärsimys (2C) Hämmennys (2D) Äänten epätasapaino (2F) Metafora alaspäin suuntautuvasta liikkeestä
3. <b>Ongelman määrittäminen:</b> Ongelmallinen kokemus kyetään sanallistamaan. Asiakas alkaa kokea ongelman itsestään ulkopuoliseksi, eikä miellä enää itseään ongelmana. Äänet ovat eriytyneen ja kykenevät keskustelemaan toisistaan. Tunneilmaisu on kielteistä mutta asiakkaan hallinnassa.	(3A) Äänten muodostuminen (3B) Tunne jumiutumisen (3C) Selkeys (3D) Ääniyhteisön äänet esillä tasapuolisesti (3E) Refleksiivisyys
4. <b>Oivallukset:</b> Merkityksiltä muodostuu äänten välille. Joustavan ääniyhteisön sisällä vallitsee empaattinen ymmärrys ja ongelmallisesta kokemuksesta on mahdollista keskustella ilman ongelmallisen äänen aiheuttamaan voimakasta kipua. Tunneilmaisu voi olla sekä myönteistä että kielteistä.	(4A) Äänien joustava käyttö (4B) Äänten olemassaolon hyväksyminen (4C) Ratkaisematta jääneen asian hyväksyminen (4D) Henkilökohtaisen vaikutuksen ymmärtäminen
5. <b>Soveltaminen:</b> Saavutettua ymmärrystä harjoitetaan jokapäiväisessä elämässä ja sitä työstetään edelleen arjen tilanteita vastaavaksi. Äänet toimivat yhteisymmärryksessä ja tunneilmaisu on myönteistä.	(5A) Ratkaisuvaihtoehtojen etsiminen (5B) Ymmärryksen soveltaminen käytännössä
6. <b>Ongelman ratkaisu:</b> Aiemmin hankalana näyttäytyneet tilanteet eivät tuota enää haasteita. Tunteet ovat myönteisiä ja asiakas on ylpeä kehityksestään.	(6A) Ylpeys (6B) Onnistuminen erityisessä käytännön tilanteessa (6C) Muut huomaavat muutoksen
7. <b>Hallinta:</b> Äänten yhteensovittaminen on luontevaa ja niiden vastaanotto on emotionaalisesti neutraalia. Ääniyhteisön äänet säilyttävät erillisyytensä, mutta ne ovat integroituneet joustavaksi osaksi ääniyhteisöä.	Merkkejä ei tunnistettu