

## **TERAPEUTIN TOIMINTA KOGNITIIVIS- KONSTRUKTIIVISESSA VIITEKEHYKSESSÄ**

- **toimintatavat masennuksen lyhytkestoisessa ryhmämuotoisessa psykoterapiassa ja toimintatapojen teoreettinen tarkastelu**

Elli-Maija Kosonen  
Saara Räsänen  
Pro gradu- tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Psykologian laitos  
Kevät 2005

# TIIVISTELMÄ

Terapeutin toiminta kognitiivis-konstruktivisessa viitekehyksessä - toimintatavat masentuneiden lyhytkestoisessa ryhmämuotoisessa psykoterapiassa ja toimintatapojen teoreettinen tarkastelu

Tekijät: Elli-Maija Kosonen ja Saara Räsänen

Ohjaaja: professori Antero Toskala

Psykologian pro gradu- tutkielma

Kesäkuu 2005

Jyväskylän yliopisto

62 sivua, 2 liitettä

Tutkimuksessa tarkasteltiin terapeutin toimintaa kognitiivis-konstruktivisessa masentuneiden lyhytkestoisessa ryhmämuotoisessa psykoterapiassa. Tarkoituksena oli kuvata terapeutin toimintaa ja tarkastella taustateorian näyttäytymistä terapian aikana. Lisäksi tutkittiin käyttivätkö terapeutti ja asiakkaat merkitysorganisaatioteorian kannalta keskeisiä käsitteitä kuvaillaan masennukseen liittyviä tunteita ja kokemuksia. Aineistona oli masentuneiden kognitiivis-konstruktivinen ryhmämuotoinen psykoterapia, joka koostui kahdestatoista istunnosta. Terapiaan osallistui kuusi henkilöä ja ryhmää ohjasi vaativan erityistason psykoterapeutti. Istunnot oli taltioitu kuvanauhalle, josta ne oli siirretty ääninauhalle ja siitä ne edelleen transkriboitiin sanatarkasti. Tutkimuksessa menetelmänä käytettiin sisältöanalyysiä, joka toteutettiin aineistoa koodaamalla ja kategorisoimalla sekä Psychotherapy Process Q-Set (PQS) -luokittelujärjestelmää käyttäen. Kategorisoinnin ja PQS- luokittelujärjestelmän avulla muodostettiin kuvaus terapeutin toiminnasta ja saatua kuvausta tarkasteltiin teoreettisen tiedon ja terapian kontekstin kautta. Istuntoja ohjasi viisi terapiastrategiaa ja terapeutti kertoi hoidon taustalla vaikuttavasta teoriasta ja kontrolloi vuorovaikutusta. Terapeutti käytti reflektioivaa työtapaa, osoitti empatiaa ja kannusti asiakkaita mielipiteiden ja toiminnan itsenäisyyteen. Menetyksen, pettymyksen ja vaillejäämisen merkitysorganisaation mukaiset keskeisimmät käsitteet osoittautuivat tunteiden erittelyn lähtökohdaksi terapeutin puheessa, joihin asiakkaatkin näyttivät pääpiirteissään yhtyvän. Terapeutin toiminnassa näyttäytyi selvästi kognitiivis-konstruktivisen teorian vaikutus.

Avainsanat: kognitiivis-konstruktivinen psykoterapia, terapeutti, masennus, Psychotherapy Process Q-Set

## **ABSTRACT**

Therapist's Action in Cognitive-Constructive Framework – Ways of Working in Short-term Group Psychotherapy for Depressed Outpatients, and Theoretical Consideration of Therapist's Action

Authors: Elli-Maija Kosonen and Saara Räsänen

Supervisor: Professor Antero Toskala

Master's Thesis, Department of Psychology

June 2005

University of Jyväskylä

62 pages, 2 appendix

The aim of the thesis was to study therapist's action in cognitive-constructive short-term group psychotherapy for depressed outpatients. The purpose was to describe therapist's action and study the appearance of theoretical framework during the therapy. It was also studied how therapist and patients used the main concepts regarding to personal meaning organisation for describing emotions and experiences concerning depression. The data was collected during twelve sessions of cognitive-constructive group therapy for depressed outpatients. Six persons participated the therapy and it was conducted by an advanced specialist level psychotherapist. Therapy sessions were recorded on videotapes, transferred to audio tapes and then transcribed word by word. Content analysis was made by coding and categorizing. Psychotherapy Process Q-Set (PQS) was also used. Description of the therapist's action was made by combining categorisation and results of PQS. The description was examined in the light of theoretical framework and the context of therapy. Five therapeutic strategies were structuring the sessions and it was characteristics for the therapist's action that he explained theory behind his approach to treatment and he exerted control over the interaction. The therapist used reflective techniques, was empathetic and encouraged independence of action and opinions of the patients. The main concepts of depressive meaning organisation were proved to be the basis in specifying emotions in therapist's speech to which patients were also participating. Cognitive-constructive framework was clearly shown in the therapist's action.

Key words: cognitive-constructive psychotherapy, therapist, depression, Psychotherapy Process Q-Set

# SISÄLTÖ

<b>1. JOHDANTO</b> .....	1
<b>2. MENETELMÄ</b> .....	10
2.1. Aineisto.....	10
2.2. Sisältöanalyysi.....	10
2.3. Tutkimuksen eteneminen.....	12
<b>3. TULOKSET</b> .....	18
3.1. Kategorisoinnin ja PQS- luokittelujärjestelmän tuottamat tulokset .....	18
3.2. Terapeutin toiminnan kuvaus .....	20
3.3. Terapeutin toiminta terapiastrategioittain.....	23
3.4. Teoreettisten tunteisiin liittyvien käsitteiden näyttäytyminen aineistossa .....	26
3.5. Terapeutin toiminnan teoreettinen ja kontekstuaalinen tarkastelu .....	27
<b>4. POHDINTA</b> .....	29
<b>LÄHTEET</b> .....	36
<b>LIITTEET</b>	

# 1. JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella terapeutin toimintaa kognitiivis-konstruktiiivisessa viitekehyksessä masentuneiden ryhmämuotoisessa, lyhytkestoisessa psykoterapiassa. Kognitiivis-konstruktiiivinen suuntaus edustaa kognitiivisen psykoterapian kehityslinjaa, johon on vaikuttanut konstruktivistinen tietoteoria. Konstruktivismi on filosofinen metateoria, johon liittyy eri suuntauksia, mutta yhteistä niille kaikille on ajatus siitä, että objektiivista totuutta ei ole mahdollista saavuttaa (Guidano 1991b, 1995; Toskala, 2001b). Totuuden ajatellaan olevan monitasoista ja riippuvaista kontekstista, jolloin tiedon validiteetti perustuu siihen, miten koherentisti se on yhteydessä muuhun tietoon. (Neimeyer, 1995). Tiedon rakentuminen nähdään tapahtuvan yksilön aktiivisen konstruoinnin tuloksena. (Mahoney 1995; Neimeyer, 1995). Kognitiivis-konstruktiiivisen ajattelun mukaan ihmisen psyyke nähdään hierarkkisenä siten, että syvät ydinprosessit määräävät psyyken pintarakenteita ja näin ollen ihmisen toimintoja. (Kuisma, Sarkkinen, Stachon, & Suutala, 1993; Mahoney, 1988; Mahoney, Miller, & Arciero, 1995; Toskala, 2001a). Kognitiivis-konstruktiiivisen teorian mukaan yksilö järjestää tietojansa ja kokemuksiaan niin, että niistä muodostuu pysyvä kuva itsestä ja ympäristöstä, ja tämä toimii perustana yksilön identiteetille ja toiminnalle. Näin yksilö kykenee arvioimaan itseään ja ympäröivää todellisuutta realistisesti. (Guidano, 1987; Mahoney ym., 1995). Kognitiivis-konstruktiiivisessä terapiassa pyritään ymmärtämään, miten asiakkaat käsittelevät ja muodostavat merkityksiä henkilökohtaisista kokemuksistaan. Terapeutin tavoitteena on lisätä asiakkaan itsehavainnointitaitoja ja kykyä tiedostaa omaa toimintaa ja ajattelua. Tämän jälkeen terapeutti aktivoi asiakasta uudenlaisten merkitysten muodostamiseen sen sijaan, että ongelmia korjattaisiin tai parannettaisiin huomioimatta asiakkaan yksilöllistä merkityksenantoprosessia (Neimeyer, 1995; Toskala, 2001a).

Asiakkaassa tapahtuva muutos terapian aikana riippuu pitkälti asiakkaan kyvystä refleksiivisyyteen sekä itse-tietoisuuden tasosta ja laadusta. (Guidano 1991a, 1991b). Refleksiivisyys on kykyä kohdistaa huomio itseen ja refleksiivinen toiminta edellyttää mielensisäisten prosessien metakognitiivista tarkastelua. (Kuusinen, 2001b; Lawson, 1985; Toskala & Hartikainen, 2005). Itse-tietoisuuden kehitys perustuu siihen, että terapeutti ohjaa asiakasta joustavampaan ajatteluun. (Guidano, 1991a, 1991b). Toskalan

(2001a) mukaan tavoitteena on muutos persoonallisuuden rakenteiden järjestelmissä niin, että minän syvärakenteet voivat tulla joustavammiksi ja adaptiivisemmiksi. Tähän päästään siten, että pyritään tunnistamaan omia sisäisiä prosesseja ja katsomaan niitä ulkopuolisen silmin (Toskala, 2001a). Refleksiivinen itseä kohtaan kääntyminen auttaa pääsemään ulos ilman tietoisuutta tapahtuvasta toiminnasta ja ajattelusta. (Toskala & Hartikainen, 2005). Vähitellen ongelmallinen kokemus ymmärretään abstraktina ja integroituna käsityksenä itsestä ja maailmasta. (Guidano, 1991a).

Mahoneyn (1991, 2003) mukaan kognitiivis-konstruktivisen terapeutin työskentelyn aikana asiakasta ohjataan omien kokemusten avoimempaan kohtaamiseen, jonka seurauksena asiakkaan tietoisuus itsestä lisääntyy ja hän ymmärtää paremmin omia tunteita, ajatuksia ja toimintaa. Terapeutin muutokseen liittyy myös hyväksyvämpi suhde itseän, johon sisältyy lisääntynyt arvostus itseä kohtaan sekä kyky antaa anteeksi ja lohduttaa itseä. (Mahoney, 2003). Terapian kuluessa asiakkaan omaa aktiivisuutta korostetaan, jolloin asiakkaan tunne toimijuudesta lisääntyy vahvistaen hänen kokemustaan oman elämänsä hallinnasta. (Mahoney, 1991, 2003). Muutos refleksiivisessä prosessoinnissa sisältää ongelmallisen kokemuksen tunnistamisen ja uudenlaisen yhteyden saamisen tähän kokemukseen. Muutoksen myötä ongelmallinen kokemus voidaan hyväksyä paremmin osaksi itseä ja yksilö kokee, että hänen mahdollisuutensa säädellä ongelmallista kokemusta lisääntyy (Greenberg & Paivio, 1997; Guidano, 1991b).

Masennuksen hoidossa terapeutin muutoksella on omat erityispiirteensä. Masennus määritellään DSM-IV -luokituksen mukaan tilaksi, johon liittyy keskeisesti masentunut mieliala, kykenemättömyys kokea mielihyvää, sekä voimattomuuden ja syyllisyyden tunteita. Lisäksi masennukseen voi liittyä fyysisiä oireita ja itsetuhoisia ajatuksia. (Isometsä, 2000). Merkitysorganisaatioteorian mukaan masennuksen muodostumisessa oleellinen on menetyksen, pettymyksen ja vaillejäämisen merkitysorganisaatio. (Alho, Ruuska, & Toskala, 2003). Merkitysorganisaatio on perustunteiden ja kokemusten pohjalta rakentunut tapa järjestää tietoa, jolla saavutetaan jatkuvuutta ja sisäistä koherenssia. (Guidano, 1991b). Masennukseen altistavassa kehityksessä lapsen kokemien menetysten ja pettymysten ajatellaan olevan keskeisessä asemassa. Menetykset voivat olla konkreettisia tai pohjautua lapsen kokemuksiin siitä, ettei turvallisen suhteen luominen vanhempiin ole onnistunut (Guidano, 1991b; Toskala & Hartikainen, 2005). Lapsen jäädessä vaille vanhempiensa huomiota hänen

kokemuksena itsestä muodostuu negatiiviseksi. Toistuvien menetys- ja pettymyskokemusten seurauksena lapsi pyrkii suojaamaan itseään välttämällä negatiivisten tunteiden ja kiintymyksen ilmaisemista (Guidano, 1991b; Guidano & Liotti, 1983; Toskala & Hartikainen, 2005). Vanhempien kyvyttömyys reflektoida lapsen menetysten ja pettymysten tunteita johtaa siihen, että lapsi kokee olevansa yksin ja että hänen on pärjättävä omillaan. (Guidano, 1991b; Guidano & Liotti, 1983). Oman tarvitsevuuden kieltämiseen liittyy passiivista mukautumista ja korostunutta uhrautumista toisten puolesta. (Alho ym., 2003; Guidano & Liotti, 1983). Myös syyllisyyden kokemukset ovat keskeisiä, koska yksilö kokee pettymysten syiden olevan lähtöisin itsestä. (Toskala & Hartikainen, 2005). Taipumus masennukseen ei kuitenkaan ole suoraan seurausta konkreettisista menetyksistä ja vaillejäämisistä, vaan prosessointitavasta, jolla yksilö käsittelee kokemuksiaan. (Guidano, 1991b; Toskala & Hartikainen, 2005). Tämä merkitysorganisaatiota heijastava tapa jäsentää kokemuksia on suhteellisen pysyvä, mutta se saattaa kehittyä elämän eri vaiheissa säilyttäen kuitenkin yksilön kokemuksen itsestään samana. (Toskala & Hartikainen, 2005).

Läheiset vuorovaikutussuhteet voivat olla vaikeita masentuneelle, jolloin hoidettavana oleminen tai riippuvuus toisesta ihmisestä koetaan hankalaksi. Tämä saattaa ilmetä voimistuneena itsellisen pärjäämisen korostamisena. Masentuneella asiakkaalla voi olla liiallinen tarve tutkia oireilun taustalla olevia tunteita ja merkityksiä, jolloin myös terapiasta saattaa tulla hyvää suoritusta vaativa tilanne. (Karila, 2001; Mäntymaa, 2000). Tämän vuoksi on tärkeää, että terapeutti toimii vuorovaikutussuhteessa asiakkaan kanssa vahvistamatta asiakkaan negatiivista minäkuvaa entisestään. Asiakkaan vuorovaikutukseen liittyvät kokemukset ja merkitykset tulee selvittää kehityshistorian valossa, jotta terapeutti pystyy ymmärtämään asiakkaan tapaa olla vuorovaikutuksessa (Karila, 2001).

Perinteiseen kognitiiviseen psykoterapiaan verrattuna kognitiivis-konstruktivisesta viitekehyksestä käsin toimiva terapeutti ei tarjoa asiakkaalleen ulkopuolista totuutta, minkä mukaisesti hän arvioisi asiakkaan ajattelun rationaalisuutta (Guidano, 1991b, 1995). Konstruktivisessa terapiassa pyritään ajatteluvirheiden korjaamiseen sijaan vaikuttamaan laajemmin persoonallisuuden rakenteisiin luomalla asiakkaalle uusia tapoja kokea itsensä ja vaihtoehtoisia tapoja toimia. (Neimeyer & Harter, 1988). Guidano ottaa masentuneiden hoidossa myös esiin ehdottomien ajatusmallien muuttamisen ja kokeilevan asenteen luomisen olemassa oleviin emotionaaliin,

kognitiivisiin, motivaationalisiin ja käyttäytymiseen liittyviin malleihin, mutta hän on teoriassaan nostanut lisäksi esiin tunteiden käsittelyn sekä ongelmallisen kokemuksen kehityksellisen näkökulman (Guidano, 1991a, 1991b; Guidano & Liotti 1983). Guidanon (1991a, 1991b) mukaan terapeutin muutos ei ole mahdollista ilman emootioita, koska vain uudet emotionaaliset kokemukset voivat muuttaa nykyistä tapaa nähdä itsensä ja samalla helpottaa yksilöllisten merkityksenantoprosessien uudelleenjärjestelyä. Kehityksellisen näkökulman huomioiminen psykoterapian aikana tarkoittaa sitä, että huomioidaan kokemukset, jotka asiakkaan elämän aikana ovat muovanneet hänen tapaansa järjestää tietoa ja hakea vahvistusta omalle totuudelleen. (Guidano & Liotti, 1983).

Kun masennuksen hoitoa tarkastellaan merkitysorganisaatioteorian näkökulmasta, niin pyrkimyksenä on tavoittaa pettymyksen, vihan ja avuttomuuden tunteita. Näiden tunteiden ajatellaan olevan keskeisiä masennuksessa ja ne saattavat estää masennuksen taustalla olevan surun aitoa kokemista. Terapeuttisen työskentelyn avulla pyritään tavoittamaan eheyttävä surun kokemus ja erityisesti ne kehityksellisen prosessin ydinkokemukset, jotka ilmenevät pettymyksenä, vaillejäämisinä ja vihana. Näiden tunteiden tunnistaminen ja sisällyttäminen minuuteen mahdollistaa adaptiivisemmän tavan ilmaista ja elää tunteita. (Toskala & Hartikainen, 2005).

Toskalan (2001a, 2005) mukaan kognitiivis-konstruktiiiviseen terapiaan liittyy viisi perusstrategiaa, joiden mukaan terapia etenee vaiheittain. Ensimmäisenä pyritään *ongelman tunnistamiseen mielen sisäisenä prosessina*. Asiakkaan kanssa tarkastellaan, mitä mielessä tapahtuu ongelmallisen kokemuksen yhteydessä, eli mistä kokemus saa alkunsa ja mitä asiakas havaitsee tai ajattelee kokemuksen hetkellä. Tavoitteena on, että asiakas tiedostaa, miten ongelmallinen kokemus rakentuu hänen mielensä sisällä ja miten tunteet siihen liittyvät. Yhteyden saaminen tunteisiin helpottaa kokemusten käsittelyä mielessä. Tunteiden ja niihin liittyvien kehollisten reaktioiden tunnistaminen toimivat pohjana sisäisten prosessien tunnistamiselle. Tässä yhteydessä tunteita pyritään tarkastelemaan ongelmallisen kokemuksen eri vaiheissa, sekä nimeämään niitä mahdollisimman osuvalla tavalla (Toskala, 2001a; Toskala & Hartikainen, 2005).

Terapian toinen strategia pitää sisällään *ongelman käsitteellistämisen ja sen uudelleenmuotoilun eli reformulaation*. Ongelman uudelleen määrittelemisen pohjautuu edellä tavoitettuihin sisäisiin prosesseihin, jotka kuvaavat asiakkaan tunteiden ja ajatusten välistä dialogia sekä hänen suhdettaan itseen ja muihin. Uudelleenmuotoilun



tavoitteena on löytää ongelmaa kuvaavan prosessin olennaisin osa ja käsitteellistä ongelmaa uudelleen tätä kautta. Ongelmalle annetaan uusi nimi sen pohjalta, miten asiakas on sitä itse kuvannut, mutta terapeutti voi lähestyä uudelleenmuotoilua merkitysorganisaatioiden näkökulmasta käsin. Ongelman reformulaatio täsmentyy terapian edetessä toimien kuitenkin alusta lähtien perustana terapiassa työskentelylle (Toskala, 2001a; Toskala & Hartikainen, 2005).

*Vaihtoehtoisuuden rakentamisessa* on kyse eräänlaisesta minuuden rakentamisesta. Ongelmallinen ja vältetty kokeminen pyritään sisällyttämään minuuteen niin, että se tulee säätelevien prosessien yhteyteen. Tarkoituksena on, että asiakas pystyy kohtaamaan ongelmallisen kokemuksen ja hyväksymään sen osaksi itseään luottaen kokemukseensa ilman korostuneita välttämismekanismia. Tällä muutoksella pyritään siihen, että asiakas siirtyisi refleksiiviseen kokemuksen tarkasteluun. Ongelmallinen kokemus näyttäytyy ihmissuhteissa ja vaihtoehtoisuuden avulla asiakas muodostaa myös uudenlaisen suhteen muihin ihmisiin (Toskala, 2001a; Toskala & Hartikainen, 2005).

*Ongelmallisen kokemuksen generoitumisen tarkastelu* merkitsee sitä, että asiakas tavoittaa uudelleen muotoillun ongelman erilaisissa yhteyksissä. Terapeuttisen työskentelyn kohteena ovat ongelmallisen kokemisen eri muodot tärkeissä ja läheisissä aikuisuuden ihmissuhteissa. Neljännen strategian tavoitteena on, että asiakas tunnistaa ongelman monimuotoisuuden, jolloin hän voi ymmärtää kokemansa ongelman laajempaan suhteeseen itseensä, muihin ja maailmaan nähden. Pyrkimyksenä on tavoittaa sitä, miten ongelmallista kokemusta käsitellään tai vältetään ihmissuhteissa ja millaisia vaihtoehtoisia mahdollisuuksia on kohdata tätä kokemusta. Tässä vaiheessa voidaan tarkastella myös, miten ongelmallinen kokemus näyttäytyy terapeuttisessa suhteessa (Toskala, 2001a; Toskala & Hartikainen, 2005).

*Ongelmallisen kokemuksen historiallisessa ymmärtämisessä* keskitytään lapsuuden kokemuksiin ja keskeisiin ihmissuhteisiin. Työskentelyssä pyritään tapahtumien ja muistojen mahdollisimman elävään ja koskettavaan tavoittamiseen. Muistojen tarkastelu mahdollistaa kosketuksen saamisen ydinminuutta edustaviin tunteisiin ja kokemuksiin. Lapsuuden kokemukset ovat luonteeltaan hyvin ehdottomia ja konkreettisia. Näiden kokemusten ymmärtäminen on perustana kokemusten suhteellistamiselle aikuisen tasolla ja näin ongelmallinen kokemus voi saada uudenlaisen merkityksen (Toskala, 2001a; Toskala & Hartikainen, 2005).

Kaiken terapeutisen työskentelyn perusta on kuitenkin aina asiakkaan ja terapeutin välinen emotionaalinen ja luottamuksellinen yhteistyösuhde. (Frank, 1985; Greenberg, Rice, & Elliot, 1993; Safran & Segal, 1990). Terapeutin on luotava jatkuvasti kontaktia asiakkaaseen, ja ylläpidettävä aitoa ymmärtämystä asiakkaan sisäisistä kokemuksista. (Greenberg, ym., 1993). Terapeutin asiakkaan sisäisiin kokemuksiin kohdistamat empaattiset vastineet auttavat asiakasta tuntemaan itsensä ymmärretyksi, rentoutumaan ja kääntämään huomionsa omiin sisäisiin tiloihinsa. (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, ym., 1993). Empaattisuuden edellytyksenä on, että terapeutti on aito, arvostaen ja hyväksyen asiakkaan juuri sellaisena kuin hän on. (Greenberg, ym., 1993). Terapeutin ja asiakkaan välinen positiivinen, yhteistyötä korostava suhde on vahvasti yhteydessä hoidon tuloksellisuuteen, ja se on merkittävä tekijä asiakkaassa tapahtuvassa muutoksessa terapian viitekehystä huolimatta. (Kuusinen, 2001a; Strupp, 1978). Kognitiivis-konstruktivisessa terapiassa hyvään terapeuttiin suhteeseen liittyy myös se, että asiakas nähdään kehittyvänä, aktiivisena toimijana, niin terapiassa kuin elämässä yleensä, jonka valintoja ja päätöksiä terapeutin tulee tukea ja kunnioittaa. (Greenberg, ym., 1993; Toskala, 2001a). Terapeutti toimii aktiivisesti asiakkaan kehitystä ohjaten nostamatta itseään kuitenkaan auktoriteetin asemaan. (Kuusinen 2001b; Toskala, 2001a).

Kognitiiviset ryhmäpsykoterapiat ovat kehittyneet yksilöhoitosuhteiden pohjalta (Morrison, 2001) ja näin ollen ryhmämuotoiset terapiat ovatkin enemmän yksilön hoitoa ryhmässä kuin varsinaista ryhmäterapiaa. (Lestinen, Mönkkönen, Pursiainen, & Ruotsalainen, 2001). Kognitiiviseen ryhmämuotoiseen psykoterapiaan kuuluu opetuksellisia piirteitä ja toisaalta varsinaista psykoterapeuttista ongelmien tarkastelua. (Lestinen ym., 2001). Asiakkaat haastatellaan ennen terapian alkua, jotta saataisiin mahdollisimman hyvä kuva heidän oireistaan ja kyvystään työskennellä ryhmässä ja samalla heille kerrotaan tulevan terapian periaatteista. (Lestinen ym., 2001; Morrison, 2001). Terapia on useimmiten pitkälle strukturoitu, jolloin jokainen istunto jäsenetään temakohtaisesti ja tämän ajatellaan edistävän terapian vaikutusta. Kognitiiviseen ryhmämuotoiseen terapiaan liittyvillä harjoituksilla ja tehtävillä pyritään ylläpitämään asiakkaan motivaatiota, edistämään terapiaprosessia ja vahvistamaan asetettujen tavoitteiden mukaista muutosta. Istuntoja edeltävillä tai niiden välillä esitetyillä tehtävillä asiakasta ohjataan istuntojen mukaisiin teemoihin ja samalla annetaan mahdollisuus yksilölliselle työskentelylle. Lyhytkestoisessa ryhmämuotoisessa

psykoterapiassa ryhmän jäseniä motivoidaan alkuinformaation avulla ja terapiassa keskitytään enemmän tämän hetken ongelmiin lapsuuden aikaisten kokemusten ja varhaisiin vuorovaikutukseen liittyvien tunteiden sijasta (Lestinen ym., 2001). Tässä tutkimuksessa terapian kontekstilla viitataan ryhmämuotoisuuteen ja lyhytkestoisuuteen eikä muita kontekstia mahdollisesti määrittäviä tekijöitä ole otettu huomioon.

Vuosien saatossa psykoterapiaa on tutkittu eri näkökulmista käsin. Aluksi tutkimuksen kohteena oli vain terapioiden tuloksellisuus, mutta vähitellen pyrittiin myös selvittämään tietynlaisen persoonallisuuden omaavan terapeutin ja asiakkaan yhteensopivuutta terapeutisessa työskentelyssä. (esim. Luborsky, Crits-Christoph, & Auerbach, 1988). Nykyisin mielenkiinto on kohdistunut enemmän psykoterapeuttiseen prosessiin ja tutkimuksissa on pyritty selvittämään sitä, mikä terapeutisessa työskentelyssä aiheuttaa asiakkaassa tapahtuvan muutoksen (Petermann & Müller, 2001; Toukmanian & Rennie, 1992). Kognitiivis-konstruktivisesta näkökulmasta psykoterapeuttista prosessia ovat tutkineet muun muassa Maijala ja Pitkälä (1998), Nikula (1998), Sarlin ja Syrjäläinen (1999), Mikola ja Oksanen (1999), Ahonen ja Sinkkonen (2001) sekä Hokkanen ja Kiuru (2002), mutta erityisesti terapeutin työskentelyä kognitiivis-konstruktivisessa viitekehyksessä on tutkittu vain vähän. Eskelinen (2001) on käsitellyt terapeutin työskentelyä ja asiakkaiden reaktioita terapeutista prosessia auttavien ja estävien tekijöiden näkökulmasta lyhytkestoisessa ryhmämuotoisessa terapiassa. Hänen tutkimuksessaan terapia kohdistui sosiaalisesta fobiasta kärsiviin asiakkaisiin. Kognitiivis-konstruktivisen terapeutin työskentelyä erityisesti masentuneiden lyhytkestoisessa ryhmämuotoisessa psykoterapiassa ei kuitenkaan ole aiemmin tutkittu.

Terapeutin toimintaa eri viitekehyksissä on yleensä tarkasteltu osana psykoterapian tuloksellisuuden tai terapeutin liittouman (alliance) tutkimusta. Tällaisissa tutkimuksissa analyysin pohjana on käytetty sekä terapeutin omaa arviota työskentelystään (esim. O'Malley, Foley, & Rounsaville, 1988; Sullivan, Skovholt, & Jennings, 2005), että terapian ulkopuolisten tutkijoiden tekemää analyysia terapeutin toiminnasta (esim. Ablon & Jones, 1999; Jones, Cumming, & Horowitz, 1988; Winter & Watson, 1999). Terapeutin prosessin tutkimuksessa ja siten myös terapeutin toiminnan tutkimuksessa on usein käytetty apuna erilaisia arviointiasteikkoja (ks. Cecero, Fenton, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001). Esimerkkejä tällaisista

arviointiasteikoista ovat muun muassa Vanderbilt Psychotherapy Process Scale, California Psychotherapy Alliance Scale ja Psychotherapy Process Q-set, joita on käytetty erilaisissa tutkimuksissa (esim. Coombs, Coleman, & Jones, 2002; Hatcher, Barends, Hansell, & Gutfreund, 1995; Henry, Butler, Strupp, & Schacht, 1993; Loneck, Banks, Way, & Bonaparte, 2002; Multon, Kivlighan, & Gold, 1996). Terapeutin toimintaa on tarkasteltu joko tapaustutkimusten kautta (esim. Chitalker & Pande, 1996; Crowe & Luty, 2005), tai tutkimalla useampaa terapiaprosessia, jolloin aineistoksi on useimmiten rajattu vain osa kustakin terapiasta (esim. Ablon & Jones, 1999; Jones, ym., 1988; O'Malley, ym., 1988; Winter & Watson, 1999). Pelkästään terapeutin toimintatapoihin keskittyvää tutkimusta on tehty kuitenkin vähän, ja erityisesti terapeutin toiminnan kokonaisvaltainen tarkastelu yhden terapiaprosessin aikana on jäänyt vaille riittävää huomiota. Tämänkaltaisten kuvausten avulla olisi mahdollista ymmärtää monipuolisemmin niitä toimintatapoja, joita terapeutit käytännön työssään todella toteuttavat.

Teoreettisen taustan ajatellaan vaikuttavan terapeutin käytännön toimintaan. (Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999; Winter & Watson, 1999). Harvat terapeutit kuitenkin käyttävät pelkästään yhden teorian mukaisia interventioita kliinisessä työssä (Goldfried & Newman, 1992). Eri lähestymistavoista lainattuja hoitoprosessiin liittyviä tekijöitä näyttäytyy myös käsikirjojen mukaan etenevissä psykoterapioissa. (Ablon & Marci, 2004). Se, ettei teoreettinen viitekehys aseta liian tiukkoja rajoja terapeutiselle työskentelylle näyttäytyy esimerkiksi siinä, että psykodynaamisesta ja kognitiivis-behavioraalisesta viitekehuksesta käsin toimivat terapeutit saattavat hyödyntää toistensa toiminta-ajatuksia. (Goldfried, Raue, & Castonguay, 1998). Psykoterapiaa koskevissa tutkimuksissa on selvitetty eri terapiamuotojen vaikuttavuutta erilaisten psyykkisten ongelmien hoidossa. Terapiamuotojen eroja ei kuitenkaan ole järkevää tutkia, ellei ole ensin selvittänyt sitä, toimiiko terapeutti todella tietyn teoreettisen viitekehksen mukaisesti. Muutoin ei voida olla varmoja esimerkiksi siitä, mitkä tekijät ovat aiheuttaneet terapeutin muutoksen (Ablon & Marci, 2004).

Teorian näyttäytymistä terapeutin toiminnassa on tutkittu eri näkökulmista. Tutkimuksissa on erilaisia arviointiasteikkoja hyödyntäen tutkittu sitä, miten eri viitekehysistä käsin toimivien terapeuttien työskentely eroaa toisistaan (esim. Ablon & Jones, 1999; Goldfried, Raue, & Castonguay, 1998; Stiles, Startup, & Hardy, 1996; Winter & Watson, 1999). Toisaalta teorian heijastumista käytännön toimintaan on

tutkittu sen kautta, miten koulutuksessa lisääntynyt tieto psykoterapian teoriasta vaikuttaa terapeutin työskentelyyn (esim. Multon, ym., 1996). Terapeutin toiminnassa ilmenevää teoriaa on kuvattu myös osana tapauskertomusta. Esimerkiksi Crowe ja Luty (2005) tarkastelivat tapaustutkimuksessaan terapeutin interventioita suhteessa viitekehyksen teoreettisiin lähtökohtiin.

Teorian näyttäytymistä terapeutin toiminnassa on ylipäätään tutkittu kuitenkin vähän, ja sen vuoksi tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään teorian ilmenemistä terapeutin toiminnassa. Terapeutin toimintatapoihin keskitytään yhden terapiaprosessin aikana ja terapeutin toimintaa verrataan kognitiivis-konstruktivisen psykoterapian teoriaan. Samalla tuodaan esiin kognitiivis-konstruktivinen näkökulma erityisesti masennuksen hoidossa. Tutkimus perustuu terapian ulkopuolisten arvioijien tekemään laadulliseen analyysiin ja osana tutkimusta hyödynnetään standardoitua arviointiasteikkoa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten terapeutti toimii lyhytkestoisessa masennuksesta kärsivien ryhmämuotoisessa kognitiivis-konstruktivisessa terapiassa, ja näyttäytyykö kognitiivis-konstruktivinen taustateoria ja terapian konteksti käytännön työssä. Tutkimuksessa vertaillaan myös käyttävätkö terapeutti ja asiakkaat samanlaisia tunnekäsitteitä kuvaillessaan masennukseen liittyviä tunteita ja kokemuksia, sekä ilmentävätkö käsitteet menetyksen, pettymyksen ja vaillejäämisen merkitysorganisaatiota.

## **2. MENETELMÄ**

### **2.1. Aineisto**

Tutkimuksen aineistona oli masentuneiden kognitiivis-konstruktiiivinen lyhytkestoinen ryhmämuotoinen terapia, joka koostui kahdestatoista istunnosta, joista jokaisen kesto oli noin 90 minuuttia. Asiakkaat osallistuivat myös pienryhmäkeskusteluun varsinaisten istuntojen jälkeen sekä seurantaistuntoon terapian päätyttyä, mutta nämä eivät olleet mukana tutkimuksen aineistossa. Terapia pidettiin 4.9.2000 - 4.12.2000 ja seuranta 14.5.2001, joissa ohjaajana toimi vaativan erityistason psykoterapeutti. Terapiaan osallistui kuusi henkilöä, viisi naista ja yksi mies, joista mies jätti terapian kesken kahdeksannen istunnon jälkeen. Ennen terapian alkua asiakkaat oli haastateltu masennusdiagnoosin varmistamiseksi. Terapiaistunnot oli taltioitu kuvanauhalle, josta ne oli siirretty ääninauhalle ja siitä ne edelleen transkriboitiin sanatarkasti. Sanatarkkuuteen päädyttiin siksi, että kaikki puheen ja vuorovaikutuksen vivahteet huomioivan transkriboimisen huolelliseen opetteluun ja sen tekemiseen ei olisi ollut riittävästi aikaa. Näin mahdollisesti syntyneet virheet olisivat vieneet tarkemmasta transkriboimisesta saatavan hyödyn. Tarkempi transkriboiminen olisi saattanut tuoda hyödyllistä lisäinformaatiota, mutta yleisesti tutkimusta ajatellen sanatarkkuus oli riittävä. Pyrkimyksenä oli kuitenkin huomioida nonverbaalista viestintää ja taukoja silloin, kun se oli oleellista oikeanlaisen ymmärryksen tavoittamiseksi. Aineistosta on aiemmin tehty tutkimus asiakkaiden muutosprosessista refleksiivisyyden näkökulmasta. (Ahonen & Sinkkonen, 2001).

### **2.2. Sisältöanalyysi**

Psykoterapian tutkimuksessa käytetään yhä enemmän laadullisia menetelmiä, koska niiden avulla voidaan lisätä ymmärrystä siitä, miten psykoterapia on rakentunut ja miksi se toimii. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan erotella eri lähestymistapoja ja

menetelmiä, mutta kaikille on yhteistä se, että tarkoituksena ei ole pelkän selityksen löytäminen, vaan ilmiöiden parempi ymmärtäminen (McLeod, 2001). Tutkimusprosessi ei etene suoraviivaisesti, vaan aineiston lukeminen, hypoteesien esittäminen ja tulkinta vuorottelevat tutkimuksen edetessä. Laadullisessa tutkimuksessa on usein kyse ainutkertaisesta, perussääntöjä luovasti soveltavasta prosessista, jolloin pitäytyminen yhdessä analyysitavassa ei ole mielekäästä (Alasuutari, 1994). Päinvastoin joissain tapauksissa voi olla jopa suositeltavaa muotoilla metodista omalle tutkimukselle sopiva väline (Eskola & Suoranta, 2000). Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan laadullisen tutkimuksen periaatteita sekä soveltamaan aineiston käsittelyssä eri välineitä juuri tälle tutkimukselle sopivalla tavalla.

Osana tutkimusta käsiteltiin kognitiivis-konstruktivisen psykoterapian teorian ja käytännön istunnoissa ilmenevän terapeutin toiminnan välistä yhteyttä. Tutkimuksen aineistossa näyttäytyi alustavan tutustumisen perusteella teorian mukainen struktuuri ja tämän vuoksi menetelmäksi valittiin sisältöanalyysi, koska sen avulla oli mahdollisuus tutustua aineistoon myös teorialähtöisesti. Sisältöanalyysi on selkeä, vaiheittain etenevä aineiston erittelymenetelmä, joka soveltuu hyvin kommunikaation tutkimiseen. (Mayring, 2000). Sisältöanalyysissä, kuten yleensäkin laadullisessa tutkimuksessa, aineistoa käsitellään hajottamalla se osiin, käsitteellistämällä ja koodaamalla uudeksi kokonaisuudeksi käyttämällä loogista päättelyä ja tulkintaa (Hämäläinen, 1987; Tuomi & Sarajärvi, 2002).

Sisältöanalyysia sovellettiin tässä tutkimuksessa siten, että terapeutin puheen olennaisimpia sisältöjä merkittiin koodeilla Atlas.ti- tietokoneohjelmaa apuna käyttäen. Koodien avulla nimettiin yhden tai useamman lauseen muodostamia kokonaisuuksia, ja ne viittasivat siihen, mitä ja miten terapeutti on puhunut. Koodeja ei muodostettu yksittäisten sanojen tai ilmaisujuonien pohjalta, vaan niillä viitattiin laajempiin sisältökokonaisuuksiin. Sisältöanalyysin periaatteita noudattaen koodeista muodostettiin terapeutin puheen sisältöjä yleisemmin kuvaavia kategorioita (taulukko 1, s. 19).

Koodien ja kategorioiden muodostamisen rinnalla sisällön analyysia on tehty myös Psychotherapy Process Q-Set (PQS)- luokittelujärjestelmää hyödyntäen. PQS on Enrico E. Jonesin kehittämä luokittelujärjestelmä, joka tarjoaa standardoidun tavan terapeutin prosessin kuvailuun. Jonesin (2000) mukaan PQS -menetelmää voidaan käyttää terapiaprosessin tutkimiseen terapeutin teoreettisesta lähestymistavasta riippumatta ja se mahdollistaa vertailevien analyysien tekemisen eri terapioiden välillä.

PQS- luokittelujärjestelmässä on sata eri luokitteluyksikköä (item) (LIITE 2). Luokitteluyksiköitä on kolmea eri tyyppiä, joista osa kuvailee asiakkaan asennetta ja käyttäytymistä tai kokemista, ja osa taas ilmentää terapeutin toimintaa ja asenteita. Kolmannen tyyppin luokitteluyksiköt pyrkivät sisällyttämään vuorovaikutuksen luonteen ja istuntojen ilmapiiriin.

PQS- luokittelujärjestelmän mukaan luokitteluyksiköt jaetaan yhdeksään eri kategoriaan sen mukaan, miten hyvin ne kuvaavat aineistoa. (LIITE 1). Luokitteluyksiköt on jaettava siten, että erittäin kuvaavien ja erittäin ei-kuvaavien luokitteluyksiköiden kategoriaan voi molempiin asettaa viisi luokitteluyksikköä. Hyvin kuvaavien ja hyvin ei-kuvaavien luokitteluyksikköjen kategoriaan on mahdollista sijoittaa kahdeksan luokitteluyksikköä. Kohtalaisen kuvaavien ja kohtalaisen ei-kuvaavien luokitteluyksiköiden kategoriaan voi molempiin kuulua vain kaksitoista luokitteluyksikköä. Jonkin verran kuvaavia ja jonkin verran ei-kuvaavia luokitteluyksiköitä voi olla kuusitoista kumpaakin. Suurin kategoria on suhteellisen neutraalien tai merkityksettömien luokitteluyksiköiden kategoria, joka voi sisältää kahdeksantoista luokitteluyksikköä. Jonesin mukaan luokitteluyksiköiden jakaminen yllämainitulla, ennalta sovitulla tavalla on tarkoituksenmukaista, koska se vaatii tutkijoita tekemään monitasoista arviointia luokitteluyksiköiden välillä ja samalla se varmistaa sen, ettei luokitteluyksiköiden kategorisointi painotu liian positiivisesti tai negatiivisesti. (Jones, 2000).

### **2.3. Tutkimuksen eteneminen**

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymyksen määrittelyn pohjana on kirjallisuuteen perehtyminen, mutta se muotoutuu lopullisesti vasta aineistoon tutustumisen jälkeen. (McLeod, 2001). Tässäkin tutkimuksessa kirjallisuus asetti kehyksen tutkimuskysymysten muotoilulle, mutta myös alustava tutustuminen aineistoon transkriboinnin myötä vaikutti sekä tutkimuskysymysten muotoiluun, metodin valintaan että ajatuksiin aineiston luokittelumahdollisuuksista. Tutkimuskysymysten asetelun pohjalta aineiston käsittely rajattiin koskemaan ainoastaan terapeutin puheenvuoroja. Terapeutin puheenvuoroihin liitettäviä koodeja kehitettiin osin teorialähtöisesti siten, että teorian annettiin vaikuttaa koodaukseen,



mutta osa koodeista syntyi puhtaasti aineiston pohjalta. Täysin teorialähtöisestä koodista esimerkkinä on ”3. strategiavaiheen tavoite”. Aineistolähtöisesti muodostettuja koodeja taas kuvaa esimerkiksi ”huumoria” –koodi. Koodeja muokattiin istunto istunnolta ja tarkennettiin palaamalla aineistossa jo aiemmin tarkasteltuihin kohtiin kunnes saavutettiin riittävä saturaatio koodien suhteen. Näin koodeja muodostui yhteensä 79. Koodien muodostamisen jälkeen koko aineisto käytiin vielä kerran läpi tarkastaen koodien osuvuus ja riittävyys.

Koodit muodostettiin kahden koodaajan välisen vuoropuhelun tuloksena. Aineiston läpikäyminen ja koodien merkitseminen aineistoon tehtiin myös yhteistyössä. Poikkeuksena oli yhdestoista terapiaistunto, jonka kumpikin koodaaja koodasi itsenäisesti muiden istuntojen pohjalta muodostettujen koodien avulla. Koodauksen yksiköksi määriteltiin aina yksi terapeutin puheenvuoro, johon koodaajan oli mahdollista sijoittaa haluamansa koodit. Näihin koodiyksiköihin valittuja koodauksia vertailtiin keskenään. Yhdennessätoista istunnossa oli 76 terapeutin puheenvuoroa, joihin liitettyjä koodauksia oli yhteensä 127. Näistä koodauksista 85 koodausta olivat täysin yhdenmukaisia kahden koodaajan välillä. 42 eriävästä koodauksesta 17 koodauksessa erot johtuivat siitä, että koodaajat olivat tulkinneet kyseisen kohdan eri tavalla. Lopuissa 25 koodauksessa ero johtui siitä, että toinen koodaaja oli huomannut jotain sellaista, mitä toinen ei ollut. Näiden 25 koodauksen kohdalla koodauksia jälkeinpäin vertailtaessa havaittiin, että molemmat koodaajat pystyivät hyväksymään toisen tekemät koodaukset ja erot koodauksissa johtuivat vain siitä, että jompikumpi koodaajista oli joissakin kohdissa tarkempi kuin toinen. Yhteneväisyys 85 koodauksen kohdalla ilmentää sitä, että koodien kriteerit olivat selvät, mikä puolestaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta erot koodauksen tarkkuudessa antavat viitteitä siitä, että on perusteltua käyttää vähintään kahta koodaajaa laadullista aineistoa käsiteltäessä.

79 koodista muodostettiin kymmenen koodeja kuvaavaa kategoriaa. Koodeista pyrittiin tavoittamaan niiden keskeisin sisältö, ja ensisijaisena kategorioiden muodostamisen perusteena oli se, että sisällöllisesti samantyyppiset koodit ryhmiteltiin omiin kategorioihinsa. Kategorioita muokattiin niin kauan, että jokainen koodi saatiin sijoitettua sisältönsä puolesta sille sopivaan kategoriaan. Toisaalta myös teoreettinen tieto terapeuttisesta toiminnasta sekä PQS- luokittelujärjestelmän herättämät ajatukset terapeutin toiminnan eri puolista ohjasivat osittain kategorioiden muodostamista.

Koodeista muodostetut kategoriat tiivistettiin edelleen niiden keskeisimpien sisältöjen mukaan, jolloin muodostui viisi eri terapeutin toimintaa ilmentävää teemaa (taulukko 1, s. 19). Pyrkimyksenä kategorisoinnin ja teemojen muodostamisessa oli tavoittaa terapeutin toiminnan keskeisimpiä piirteitä.

Aineiston kategorisoinnin ja teemoittelun jälkeen terapeutin toimintaa eriteltiin PQS-luokittelujärjestelmän avulla. Koska tutkimuksessa keskityttiin terapeutin toiminnan tarkasteluun, PQS-luokittelujärjestelmän luokitteluyksiköistä otettiin käsittelyn kohteeksi ne luokitteluyksiköt, jotka ilmentävät terapeutin toimintaa ja asenteita. Vuorovaikutuksen luonnetta ja istuntojen ilmapiiriä arvioivat luokitteluyksiköt otettiin myös analyysiin mukaan, koska niiden avulla saatiin tietoa keskustelun aiheista ja terapeutin tavasta olla vuorovaikutuksessa. Kaikkien luokitteluyksiköiden arviointi perustui vain terapeutin puheenvuoroihin. Asiakkaiden asennetta, käyttäytymistä ja kokemista kuvaavat luokitteluyksiköt jätettiin pois analyysistä, koska ne eivät vastaa tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Näin sadasta alkuperäisestä luokitteluyksiköstä analyysiin jäi 55.

PQS-luokitteluyksiköiden rajaamisen jälkeen luokitteluyksiköitä vertailtiin aiemmin muodostettuihin koodeihin. Osa koodeista ja luokitteluyksiköistä olivat sisällöltään yhteneväiset. Esimerkiksi luokitteluyksikkö 21 (*Therapist self-discloses*) vastasi koodia ”henkilökohtainen taustatieto”. Osalle luokitteluyksiköistä ei löytynyt suoraa vastinetta koodeista. Koodausten avulla kuitenkin aineistosta rajattiin ne kohdat, jotka olivat luokitteluyksikön kuvaavuuden arvioimisen kannalta oleellisia. Esimerkiksi luokitteluyksikkö 40:n (*Therapist makes interpretations referring to actual people in the patient's life*) kuvaavuutta pystyttiin arvioimaan etsien aineistosta kohdat, jotka olivat saaneet koodit ”tulkinta” tai ”varovainen tulkinta”. Tällaisissa tapauksissa luokitteluyksikkö tarkensi koodattujen puheenvuorojen sisältöä. Joitakin luokitteluyksiköitä vastasi useampi koodi yhdessä, eli koodit tarkensivat sitä, miten luokitteluyksikkö ilmeni aineistossa. Esimerkiksi luokitteluyksikköä 57 (*Therapist explains rationale behind his or her technique or approach to treatment*) kuvasivat muun muassa koodit ”teoriasta nouseva selitys”, ”masennuksen kuvailu teorian kautta”, ”käsitteen selittäminen” ja ”1. strategiavaiheen esittely”.

PQS-luokitteluyksiköt jaettiin PQS-järjestelmän mukaisesti yhdeksään kategoriaan niiden kuvaavuuden suhteen (kuvio 2, s. 18). Koska valittuja luokitteluyksiköitä oli vain 55, jokaiseen kategoriaan tulevien luokitteluyksiköiden määrä on suhteutettu

alkuperäiseen siten, että erittäin kuvaavia ja erittäin ei-kuvaavia luokitteluyksiköitä on molempia kolme. Hyvin kuvaavia ja hyvin ei-kuvaavia luokitteluyksiköitä on kumpiakin neljä. Kohtalaisen kuvaavien ja kohtalaisen ei-kuvaavien luokitteluyksiköiden kategoriaan kuuluu seitsemän luokitteluyksikköä molempiin. Jonkin verran kuvaavien luokitteluyksiköiden kategoriassa on yhdeksän luokitteluyksikköä ja suhteellisen neutraalien ja merkityksettömien luokitteluyksiköiden kategoriassa kymmenen. Jonkin verran ei-kuvaavien luokitteluyksiköiden kategoriaan kuuluu vain kahdeksan luokitteluyksikköä, koska 55 luokitteluyksikköä ei saatu jaettua alkuperäisen mallin suhteen mukaisesti tasan. Yhden luokitteluyksikön puuttuminen tästä kategoriasta näytti vähiten merkitykselliseltä aineiston osuvan kuvaamisen kannalta.

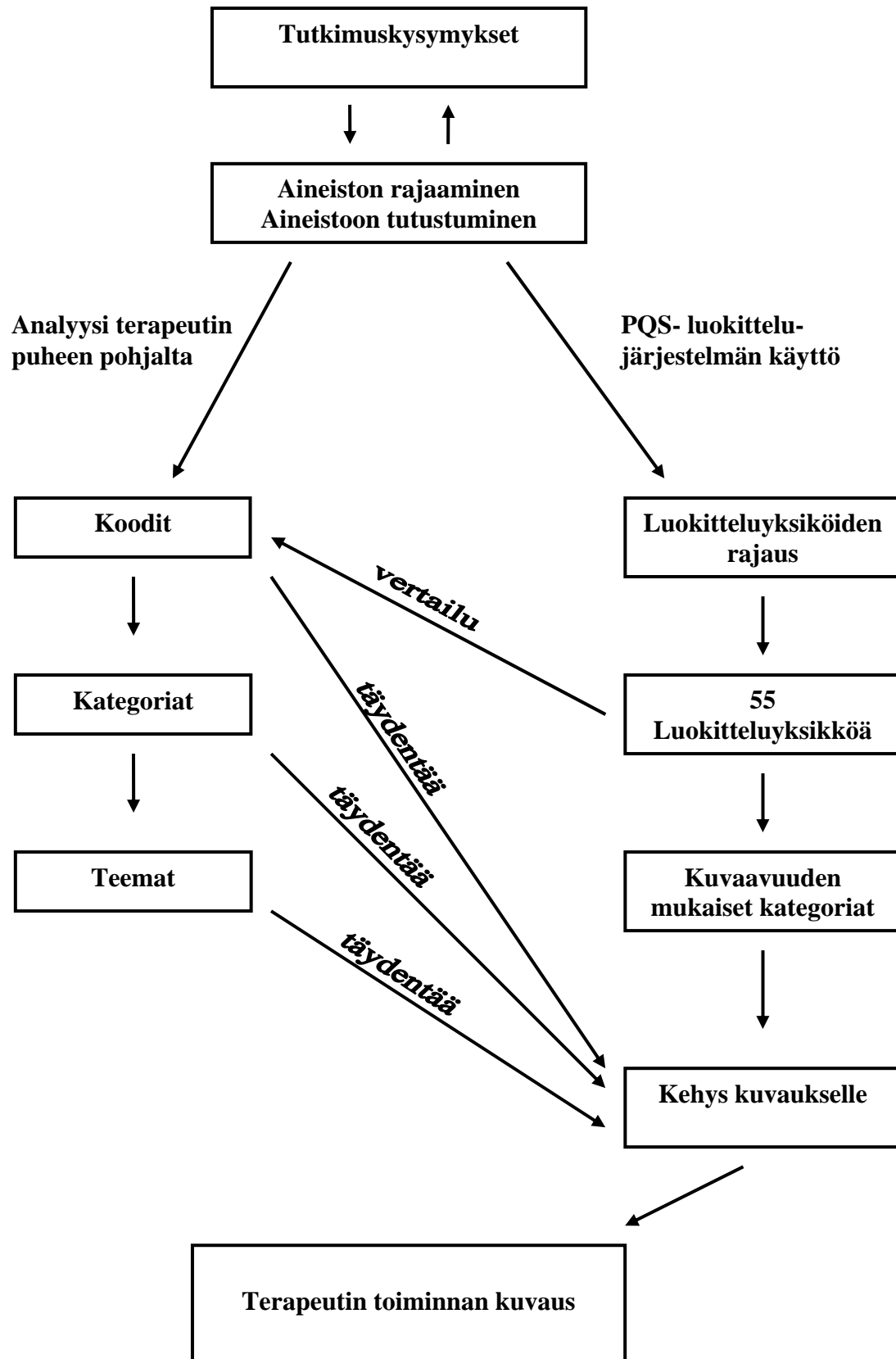
Luokitteluyksiköiden jakaminen kuvaavuuden mukaisiin kategorioihin tapahtui siten, että jokaisen luokitteluyksikön kuvaavuutta suhteessa terapeutin toimintaan arvioitiin erikseen. Luokitteluyksikkö määriteltiin aineistoa erittäin kuvaavaksi, jos sen mukaista toimintaa ilmeni usein, toistuvasti läpi aineiston. Erittäin ei-kuvaavaksi luokitteluyksikkö määriteltiin silloin, kun sen mukaista toimintaa ei ilmennyt lainkaan tai vain harvoissa yksittäisissä kohdissa. Luokitteluyksiköt jaettiin tälle välille kuvaavuuden eri kategorioihin aina sen mukaan, miten usein niiden mukaista toimintaa ilmeni aineistossa. Luokitteluyksiköt, jotka eivät osoittautuneet merkittäviksi aineistossa tai joiden kuvaavuudesta ei pystytty tekemään luotettavaa arviota, sijoitettiin suhteellisen neutraalien tai merkityksettömien kategoriaan. Näin luokitteluyksiköt saatiin kahden arvioijan vuoropuhelun pohjalta sovitettua yhdeksään eri kuvaavuuden kategoriaan PQS -järjestelmän edellyttämän mallin mukaisesti.

PQS- luokittelujärjestelmän pohjalta saatuun kuvaukseen yhdistettiin kategorisoinnin tuottama kuvaus terapeutin toiminnasta. Kuvausten yhdistäminen tapahtui siten, että PQS- luokittelujärjestelmän mukainen kuvaus toimi pohjana analyysille, mutta sitä täydennettiin ja tarkennettiin koodeja ja niistä muodostettuja kategorioita apuna käyttäen. Yhdistelemisen lähtökohtana oli aiemmin tehty vertailu koodien ja luokitteluyksiköiden yhteneväisyydestä. PQS -luokittelujärjestelmä ja aineiston sisältöihin perustuva koodaus täydensivät toinen toisiaan, ja kuvauksia yhdistelemällä olikin tarkoituksena saada kattava kuvaus terapeutin toiminnasta.

Terapeutin toiminnan kuvaamisen lisäksi tutkimuksessa selvitettiin terapeutin ja asiakkaiden käyttämiä tunnekäsitteitä. Apuna käytettiin Atlas.ti- tietokoneohjelman

automaattista koodaustoimintoa, joka etsii haluttaessa koko aineistosta tietyt ilmaisut. Tässä vaiheessa käsittelyn kohteena oli poikkeuksellisesti koko aineisto, asiakkaiden puheenvuorot mukaan lukien. Koodauksen kohteeksi valittiin merkitysorganisaatio-teorian mukaisia masennukseen liittyviä keskeisiä tunteita kuvaavia sanoja sekä aineistosta tutustumisen pohjalta esiinnousseita oleellisia tunnesanoja. Lopullisen tarkastelun kohteeksi tuli seuraavien sanojen ilmeneminen: arvottomuus, häpeä, hätä, ilo, katkeruus, kontrolli, masennus, menetys, pelko, pettyminen, suru, syyllisyys, tarvitsevuus, toivottomuus, turvattomuus, uhka, vaillejääminen, viha, voimattomuus ja väsymys. Nämä sanat on koodattu siten, että niiden ilmeneminen terapeutin ja asiakkaan puheessa on eroteltu ottaen myös sanojen eri taivutusmuodot huomioon.

Kuvauksen muodostaminen ja tunnekäsitteiden tutkiminen toimivat lähtökohtana, kun kognitiivis-konstruktivisen teorian näyttäytymistä tarkasteltiin terapeutin toiminnassa. Kun aineistosta oli saatu terapeutin toimintaa yleisesti luonnehtiva kuvaus, terapeutin toimintaa siirryttiin tarkastelemaan strategioittain. Aineisto jaettiin osiin istunnoittain siten, miten teorian mukaan strategiavaiheiden oletettiin toteutuvan. Terapeutin toimintaa tarkasteltiin etsimällä puheesta viittaukset erilaisiin tavoitteisiin ja viittausten pohjalta muodostettiin kuvaus terapeutin esittämistä tavoitteista terapian eri vaiheissa. Näin muodostetusta kuvauksesta tutkittiin teoreettisten strategiavaiheiden toteutumista. Tämän jälkeen siirryttiin tarkastelemaan yleisesti taustateorian ja kontekstin vaikutusta terapeutin toimintaan terapian aikana. Terapeutin toiminnan kuvauksista listattiin keskeisimmät tulokset ja niitä tarkasteltiin eri tekijöiden kautta, jotka määräytyivät teorian tietoon tutustumisen jälkeen. Näitä tekijöitä olivat yleiset kognitiivisiin terapioihin liittyvät piirteet, konstruktiviseen psykoterapiaan liittyvät näkemykset, yleinen terapeutin toiminta sekä terapian konteksti. Pyrkimyksenä on ollut tavoittaa terapeutin toimintaa keskeisesti selittäviä tekijöitä.



KUVIO 1. Koodien ja PQS- luokittelujärjestelmän käyttö terapeutin toiminnan kuvauksen muodostamisessa

### 3. TULOKSET

#### 3.1. Kategorisoinnin ja PQS- luokittelujärjestelmän tuottamat tulokset

79 koodista muodostettiin kymmenen kategoriaa, joista muodostettiin viisi terapeutin toimintaa kuvaavaa teemaa (taulukko 1, s. 19). Tiedon jakamisen teemaan katsottiin liittyväksi teorian esittelyä sekä teoriasta riippumattoman tiedon esiintuomista. Kuuntelemisen osoittamisesta, tiedon keräämisestä ja pyrkimyksestä yksiselitteiseen ilmaisuun muodostettiin asiakkaan huomioimista kommunikaatiossa kuvaava teema. Terapeutin toimintaa kuvasivat myös terapeutin suhteen vahvistaminen yhteistyöhön kannustavana toimintana sekä terapeutin työkentelytavat. Työkentelytavat jakautuivat reflektointiin, tulkintaan, ohjaamiseen sekä positiiviseen ajatteluun pyrkimiseen. Lisäksi terapeutin toimintaa kuvasi käytännön toimintaan liittyvän ohjeistuksen teema. PQS- luokittelujärjestelmän yksiköistä taas muodostettiin luokittelujärjestelmän mukaiset yhdeksän kategoriaa sen mukaan, miten osuvasti ne kuvasivat aineistoa. Yksittäisten luokitteluyksiköiden sijoittuminen eri kategorioihin on kuvattu alla olevassa kuviossa. (vrt. LIITE 1 ja 2).

				19					
				21					
				22					
				27		9			
		6		36		16	12		
		30		35		47	40		
		31		38		66	43		
	3	37		45		68	67	2	
23	17	48		62		79	64	51	4
57	18	50		74		80	91	77	11
65	86	81		93		85	96	99	98
Erittäin kuvaava	Hyvin kuvaava	Kuvaava	Jonkin verran kuvaava	Suhteellisen neutraali tai merkityksetön	Jonkin verran ei- kuvaava	Ei- kuvaava	Hyvin ei- kuvaava	Erittäin ei- kuvaava	

KUVIO 2. Luokitteluyksiköiden jakautuminen aineistossa.

TAULUKKO 1. Terapeutin toimintaa kuvaavien teemojen jakautuminen kategorioihin ja esimerkit kategorioihin sijoittuvista koodeista.

<b>TIEDON VÄLITTÄMINEN</b>	
<b>Teorian esittely</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaiheisiin liittyvät tavoitteet</li> <li>- masennuksen kuvailu teorian kautta</li> <li>- teoriasta nouseva selitys</li> <li>- käsitteen selittäminen</li> </ul>
<b>Teoriasta riippumattoman tiedon esiintuominen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- taustatieto</li> <li>- näkemys</li> </ul>
<b>KÄYTÄNNÖN TOIMINTAAN LIITTYVÄ OHJEISTUS</b>	
<b>Työskentelyn ohjaaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ohjaaminen teorian mukaiseen järjestykseen</li> <li>- toimintaperiaate</li> <li>- suorat käytännön ohjeet</li> <li>- ehdotus tulevasta toiminnasta</li> </ul>
<b>ASIAKKAAN HUOMIOIMINEN KOMMUNIKAATIOSSA</b>	
<b>Kuuntelemisen osoittaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ymmärtävä kuunteleminen</li> <li>- vastaaminen</li> <li>- viittaus asiakkaan puheeseen</li> <li>- yhteenvedo asiakkaiden puheesta</li> </ul>
<b>Pyrkimys yksiselitteiseen ilmaisuun</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- puheen tarkentaminen</li> <li>- perustelu</li> <li>- kielikuva</li> <li>- esimerkki</li> </ul>
<b>Tiedon kerääminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kysymykset</li> <li>- kuullun tarkentaminen</li> </ul>
<b>TERAPEUTTISIA TYÖSKENTELYTAPOJA</b>	
<b>Reflektioivat ja tulkitsevat työtavat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asiakkaan puheen uudelleenmuotoilu</li> <li>- tulkinta, varovainen tulkinta</li> <li>- toisto</li> <li>- ymmärryksen tarkentaminen</li> </ul>
<b>Ohjaaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ohjaaminen teorian mukaiseen ajatteluun</li> <li>- ehdotelmia toimintatavalle</li> <li>- ohje / neuvo</li> <li>- ohjaava esimerkki</li> </ul>
<b>Positiiviseen ajatteluun pyrkiminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toivoa luovan näkökulman esittäminen</li> <li>- positiivisen näkökulman etsiminen</li> </ul>
<b>TERAPEUTTISEN SUHTEEN VAHVISTAMINEN</b>	
<b>Yhteistyöhön kannustava toiminta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ymmärtäminen</li> <li>- kannustaminen, motivointi</li> <li>- huumori</li> <li>- asiakkaan henkilökohtainen huomioiminen</li> <li>- asiakkaiden tiedon/osaamisen osoittaminen</li> <li>- henkilökohtainen taustatieto</li> </ul>

### 3.2. Terapeutin toiminnan kuvaus

Aineistossa erittäin kuvaavana voidaan pitää sitä, että terapeutti kertoi hoidon tekniikoiden tai lähestymistavan perusteista välittäen tietoa taustalla olevasta teoriasta. Tiedon välittäminen sisälsi terapeuttien strategioiden esittelyn, strategiaihin liittyvien tavoitteiden esiintuomisen ja niiden tarkentamisen sekä viittauksia eri strategiavaiheisiin.

*”ja nyt seuraava vaihe on se että otettais niinkö elämän näyttämö joka meillä on joka päivä olemassa meidän ympärillämme me olemme suhteessa meille tärkeisiin läheisiin ihmisiin miten nää asiat jotka tällä tavalla tän sisällön rakentaa miten ne tulee meidän läheisiin tärkeisiin ihmissuhteisiin tää ois ikään kuin yleinen ohjeistaminen mihin suuntaan josta lähettäis miettimään”*

Teorian esittely sisälsi myös masennuksen kuvailua ja erilaisten ilmiöiden sekä käsitteiden selittämistä kognitiivis-konstruktivisesta näkökulmasta käsin.

*”tää tunteiden rinnalla oleminen tarkoittaa sitä että me tunnustetaan tää pettymys itessä ja uskalletaan niinkö sitä elää itessämme omana tunteenamme että mä todella olen pettynyt (...) vaihtoehtoisuus on sitä että saisi paremman kosketuksen yhteyden näihin tunteisiin jotka on pelottavia uhkaavia kivuliaita jotka tunteet antaa meille ikään kuin semmosta tietoutta me ei kestä me ei selviydytä me ei jakseta”*

Terapeutin esittelemät strategiat ohjasivat siihen, että keskustelu pitäytyi pitkälti tietyissä ennalta määrätyissä aiheissa, ja terapeutti myös ohjasi aktiivisesti asiakkaita pohtimaan kunkin strategian kannalta olennaisia kysymyksiä. Istunnoissa erittäin kuvaavaa on myös se, että terapeutti käytti toistuvasti istunnoista toiseen refleктоivaa työskentelytapaa, eli hän toisti tai muotoili uudelleen sen, mitä asiakas oli aiemmin sanonut.

*”eli nää pettymykset et sä koet että kun sua ei kuunneltu niin sä jäit siinä sitten niinkun ulkopuolelle tai et päässyt riittävän tämmöseen jakavaan läheisyyteen”*

Refleктоiva työote näyttäytyi myös ymmärtämisen tarkentamisena, jolloin terapeutti ohjasi asiakasta esimerkiksi kokemuksen tarkempaan kuvaamiseen.

*”anteeks nyt vielä ihan palaan siihen ku sä sanoit niinku että perheessä jotenki mä en ihan sitä tavottanu että mitä miten sä niinku”*

Erittäin kuvaavaa on myös se, että asiakkaiden tavoitteista hoitoa koskien ei keskusteltu eikä terapeutti myöskään aktiivisesti nostanut esille terapiasuhdetta, vaan aihetta



käsiteltiin vasta, kun asiakkaat toivat sen esille. Seksuaalisista tunteista ja kokemuksista ei keskusteltu istuntojen aikana.

Terapeutin toimintaa kuvaa hyvin se, että terapeutti kontrolloi aktiivisesti vuorovaikutusta ohjaten asiakkaita strategioiden mukaiseen keskusteluun, esittämällä kysymyksiä ja tarvittaessa palaamalla aikaisempiin teemoihin tai viittaamalla tulevaan toimintaan. Vuorovaikutuksen kontrollointiin liittyivät myös sekä terapeutin toimintaan yleisesti sisältyvien periaatteiden esilletuominen että suorien käytäntöön liittyvien ohjeiden antaminen.

*”okei mää pikkasen teen nyt sitte mejän tässä keskustelussa semmosta väkivaltaa että mä kuvaan vähän mejän seuraavaa työskentelyä käydään nää vaiheet niinku tällä lailla läpi mutta että sit syvennetään kutakin vaihetta tuota että tähänki käytetään sitte ainaki kaks tai nimenomaan kaks istuntoo eikä me nyt näitä niin kategorisesti sillä lailla etteikö me voi aina uudelleen ja uudelleen palata johonki tiettyyn vaiheeseen mutta se toinen asia sitte että mitä tehdään seuraavaks niin tuota kun meillä on...”*

Terapeutin toiminnassa kuvaavaa on se, että hän osoitti ei-tuomitsevaa hyväksyntää asiakkaita kohtaan ymmärtävien kommenttien kautta tuoden esiin, että asiakkaiden oma kokemus on tärkeä. Terapeutti ei suhtautunut tahdittomasti tai alentuvasti asiakasta kohtaan, mikä ilmeni siinä, ettei hän asettunut auktoriteetin asemaan ja toi esiin asiakkaan tietämystä ja osaamista. Terapeutti toimi terapeutista suhdetta vahvistavasti kannustamalla ja motivoimalla asiakkaita terapeutin työskentelyyn. Hän huomioi asiakkaita myös henkilökohtaisesti, eikä erityisellä tavalla haastanut heidän näkemyksiään. Terapeutti pyrki omilla kommentteillaan kannustamaan asiakkaita puhumaan ja osoitti kuuntelevansa heitä esimerkiksi toistamalla, mitä asiakas oli sanonut, viitaten myöhemmin hänen sanomaansa. Tarvittaessa terapeutti myös tarkensi kuulemaansa.

Aineistossa kuvaavaa on se, että terapeutti on sensitiivinen asiakkaan tunteille ja empaattisesti virittäytynyt, mikä ilmenee asiakkaan kokemuksia jakavana ymmärtämisenä.

*”joo se on erittäin syvä semmonen voimakas kokonaisvaltainen ahdistuksen kokeminen on tosi niinko rankkaa kyllä”*

Toisaalta terapeutti kiinnitti huomiota reflektoitavien ja tulkitsevien työtapojen kautta myös niihin tunteisiin, joita asiakkaat eivät pitäneet hyväksyttävänä. Terapeutti painotti joitain asiakkaiden tunteita tulkintojen, henkilökohtaisten kysymysten ja asiakkaiden

puheesta tekemien uudelleen muotoilujen kautta tarkoituksenaan auttaa heitä kokemaan tunteita syvemmin.

*”mitä esimerkiksi A niinku sä oot pettymyksen tila alkaa sussa rakentua jos sulla ois ikään kuin sä antaisit sille pettymykselle avaisit sen pettymyksen tää nyt on tämmöstä kielikuvaa niin miten sä sen pettymyksen kanssa haluaisit mitä sä haluat siinä pettyneenä mitä sä saat suhteessa toisiin ihmisiin nähden miten sä haluaisit jos oikein syvältä tasolta ikään kuin tavoittaa mitä sä haluat kun sä oot pettyny”*

Terapeutin tekemille tulkinnoille ominaista oli, että ne eivät liittyneet asiakkaiden elämässä vaikuttaviin yksittäisiin henkilöihin, vaan enemmänkin muihin ihmisiin yleensä.

*”tässä mitä sä H puhuit niin siinä oli tavallaan että kauheen paljo ottaa kaikkee mitä muut ajattelee tai mitä muiden kuvittelee ajattelevan tai odottavan sinusta että sä et luota niihin omiin tarpeisiin kun sä sanoit että sä haluat nyt levätä se on sun tarpees tai tavottes”*

Istuntoja kuvaavaa on myös se, että terapeutti kannusti asiakkaita toiminnan ja mielipiteiden itsenäisyyteen tuomalla esiin terapeuttiseen työskentelyyn liittyviä toimintaperiaatteita ja ohjaamalla itsenäisiin toimintatapoihin.

*”mut eiks siinä voi sillai ajatella ettei kukaan määrää sua töihin ei psykiatri eikä kukaan muu vaan et se on nyt susta itestä (...) luottaa siihen omaan arviointiin (...) haluatko sä jaksatko sä ja niin edelleen”*

Terapeutti huomioi asiakasta keskusteluissa siten, että hän kysyi usein lisää tietoa ja tarkennuksia asiakkailta henkilökohtaisin ja kaikille yhteisesti osoitettujen epäsuorien ja suorien kysymysten avulla, sekä tarkentamalla, onko hän ymmärtänyt asiakkaan kertoman oikein. Kuvaavana voidaan pitää myös sitä, että terapeutti toimi ajoittain opetuksellisella tavalla tuoden esiin terapian kannalta keskeisiä teoreettisia lähtökohtia. Ominaista keskusteluille oli kognitiivisiin teemoihin, kuten ideoihin ja uskomusjärjestelmiin keskittyminen. Tämä ilmeni läpi istuntojen esimerkiksi siinä, miten terapeutti kuvaili masennusta tai antoi selityksiä eri ilmiöille oman lähestymistapansa näkökulmasta käsin. Yleisesti istunnoissa ei keskustella lapsuuden muistoista muutoin kuin terapian viimeisessä vaiheessa. Romanttisista suhteista ja niihin liittyvistä tunteista ei myöskään erityisesti keskustella, vaikka asiakkaiden parisuhteet nousevatkin keskustelussa ajoittain esille. Hiljaisuuksia esiintyi istuntojen aikana, mutta ne olivat osa luonnollista vuorovaikutusta eivätkä nousseet merkitykselliseen asemaan.

Terapeutti vahvisti terapeutista suhdetta paljastamalla istuntojen aikana jonkin verran tietoja itsestään sekä käyttämällä huumoria silloin tällöin.

*”pannaan tossa vihreellä tussilla musta tussi liittyy liikaa masennukseen pannaan vihreellä et se on vähän ilosempi”*

*”mulla on erittäin huono nimimuisti se on geneettistä perimystä mun äitini meitä oli kuus lasta se niinku kutsu meitä aina millon milläkin nimellä että mulla on vähän sama tässä”*

Terapeutti identifioi myös toistuvia teemoja asiakkaiden kokemuksessa tai käytöksessä, mikä näyttäytyi asiakkaiden puheesta tehtyjen tulkintojen tai reflektiivisten uudelleenmuotoilujen kautta sekä toisaalta siinä, miten terapeutti haki selityksiä omaksumansa teorian avulla. Terapeutti ei kuitenkaan mukauttanut toimintaansa kovin paljoa, jos vuorovaikutus yksittäisen asiakkaan kanssa oli vaikeaa. Ohjaaminen ilmeni terapeutin työskentelyssä siten, että terapeutti antoi jonkin verran neuvoja suorien ohjeiden muodossa sekä toisaalta epäsuorempien esimerkkien ja ehdotelmien kautta. Minä-kuvaa koskevat kysymykset sekä syyllisyyden tunteet nousivat jonkin verran esille keskusteluissa. Käytännön toimintaan liittyvään ohjeistukseen sisältyi se, että istuntojen aikana keskusteltiin jonkin verran asiakkaille tarkoitetuista istunnon ulkopuolella toteutettavista erityisistä toiminnoista tai tehtävistä. Terapian keskeytyksistä, poissaoloista, terapian päättymisestä tai maksuista keskusteltiin vain siinä määrin, mikä oli käytännön kannalta välttämätöntä eivätkä ne nousseet työskentelyn kannalta merkittävään asemaan.

### **3.3. Terapeutin toiminta terapiastrategioittain**

Terapiassa oli jokaisen terapeutin strategian käsittelyyn varattu aikaa kaksi istuntoa. Lisäksi terapian alussa oli työskentelyyn ohjaava istunto ja viimeisessä istunnossa tehtiin yhteenvetoa terapiaprosessista. Ensimmäistä istuntoa luonnehti se, että terapeutti esitteli tulevaa työskentelyä ohjaavat strategiat ja käytti muihin istuntoihin verrattuna paljon puheenvuoroja. Hän toi myös esiin erityisesti käytännön työskentelyyn liittyviä ohjeita, periaatteita sekä yleisiä tavoitteita, joita kognitiivis-konstruktivisen lähestymistavan puitteissa pyritään saavuttamaan.

Toisen ja kolmannen istunnon aikana käsiteltiin tavoitteita, jotka liittyivät ensimmäiseen strategiaan eli ongelman tunnistamiseen mielen sisäisenä prosessina. Terapeutti ohjasi asiakkaita pohtimaan sitä, mistä oma masennus on lähtenyt liikkeelle, miten masennukseen johtava kehä rakentuu ja mitkä ovat keskeiset tunteet ja ajatukset masennuksen yhteydessä, sekä miten tunteet ovat yhteydessä kehollisiin reaktioihin.

*”varsinainen mejän tämän kerran niinkö tää työskentelyn tavote on yrittää rakentaa sitä semmosta henkilökohtaista kehää että mistä mun masennukseni lähtee liikkeelle ja miten se rakentuu mun mielessä ja miten se etenee ja niin edelleen että tän kehän niinkö tämmönen syventävä tarkastelu”*

Toisen istunnon aikana terapeutin toiminnassa erityistä muihin istuntoihin verrattuna oli se, että hän toisti usein sitä, mitä asiakkaat olivat sanoneet ja hän keskittyi asiakkaiden fyysisiin tuntemuksiin masennuksen yhteydessä.

Ongelman käsitteellistämisen ja uudelleenmuotoilun terapeutti otti esiin neljännen ja viidennen istunnon aikana ohjaamalla asiakkaita etsimään masennukselle sopivia vaihtoehtoisia nimityksiä sekä avaamaan ongelmallista kokemusta siten, että kokemuksen ydin eli pettymys olisi tavoitettavissa.

*”eli tällä tavalla masennuksen vois eräällä tavalla lyhyenä nimetä juuri tämmösenä niinkö mikähän se nyt ois hyvä nimi joku semmonen niinkö miten te nimeäisitte miten te antasitte uuden nimen masennukselle tällä tavalla mikä ois semmonen osuva nimi ikään kuin masennukselle mitä masennus on miksi masennus”*

Terapeutti ohjasi vaihtoehtoisuuden rakentamiseen kuudennen ja seitsemännen istunnon aikana etsimällä vaihtoehtoisuutta kokemuksille, ajatuksille ja tunteille. Terapeutti johdatti asiakkaita siten, että he uskaltaisivat kokea pettymystä, tarvitsevuutta ja vaillejäämisiä realistisemmin ja avoimemmin sekä hyväksyisivät ne osaksi itseään oikeutettuina kokemuksina. Terapeutti tarjosi asiakkaille surua vaihtoehtoisena kokemuksena, jonka kautta he voisivat hyväksyä pettymiset ja vaillejäämiset itselleen kuuluviksi ja päästä kokemuksiansa kanssa avoimempaan suhteeseen.

*”yritettäis rakentaa tämmöstä uudenlaista suhdetta että me sitä tunnetta tavoitetaan itessä paremmin uskalletaan se tunnistaa paremmin me voidaan elää ja ilmasta se omana tunteenamme jolloin se tulee mejän käyttöön eikä meitä niinku jotenki lamaannuttava tai...”*

Ongelmallisen kokemuksen näyttäytymistä läheisissä ihmissuhteissa käsiteltiin siten, että terapeutti otti esiin ongelmallisen kokemuksen generoitumisen läheisiin

ihmissuhteisiin arkielämässä ja kuinka tietyt toimintatavat toistuvat asiakkaiden ihmissuhteissa. Tätä teemaa käsiteltiin kahdeksannen ja yhdeksännen istunnon aikana.

*”me ruvetaan niinko kattoon näitä asioita nimenomaan miten ne näyttäytyy meidän läheisimmissä tärkeimmissä ihmissuhteissa minkälaisia muotoja ne siinä saa koska nää voi saada kauheen monia muotoja joku ihminen on meille läheinen tärkeä merkittävä ihminen läheisimpiä tärkeitä ovat tietysti usein aviopuolisot tai heitä vastaavat ihmiset tai hyvät ystävät tai tuttavat tai ystävät mitä muotoja niissä tämmönen pettyminen syyllisyys häpeä ehkä saavat”*

Terapeutti johdatti ongelmallisen kokemuksen historialliseen ymmärtämiseen kymmenennen ja yhdennentoista istunnon aikana siten, että hän pyrki herättämään asiakkaissa mahdollisimman eläviä muistoja hylkäämisestä, vaillejäämisestä ja pettymisestä suhteessa vanhempiin ja tätä kautta hän pyrki osoittamaan yhteyden menneisyyden kokemusten ja nykyhetken masennuksen välillä. Lapsuuden kokemukset olivat muista istunnoista poiketen erityisesti esillä näiden istuntojen aikana.

*”meillä oli puhetta että nyt sitten mennään siihen lapsuuden kokemukseen ja erityisellä tavalla oli puhetta siitä viime kerralla että palautettaisiin sieltä lapsuuden ihmissuhteisiin liittyviä tämmösiä pettymyksiä vaillejäämisiä niihin liittyviä kokemuksia miten niitä ilmasee ja miten niitä ehkä kohtas tai mitä kaikkea nousee tämmösinä muistikuvina esille mä aattelin että lähdetäs ihan tässä niinkö että itse kukin pyrkii jotenkin ikään kuin palaamaan tämmösiin muistoihin ja kertomaan niistä ihan sillä tavalla vapaamuotoisesti”*

Kahdennessatoista istunnossa terapeutti teki yhteenvetoa koko terapiaprosessista palauttaen asiakkaille mieleen terapiastrategioiden mukaisen vaiheittaisen etenemisen istunnosta toiseen ottaen huomioon asiakkaiden omia kokemuksia terapiaprosessiin liittyen.

*”lähdetään tästä vähän liikkeelle nyt sitten että minkälaisia semmosia omia ajatuksia tai pohdintoja teillä nyt on ehkä käy kaikesta tästä niinkö noussu esille että mitä matkaa ootte ehkä tunteneet että ootte tehneet tästä tai mikä matka on jääny kokonaan ehkä tekemättä tai miten nää matkat on muuttuneet ehkä erilaiset kuin tässä on kuvattu tai mitä tässä yritin luonnehtia (...) sitten että minkälaista matkaa me nyt sitten ollaan kuljettu näillä kahellatoista kerralla mä aattelin et mä hiukan ikään kuin keräisin tätä mejän yhteistä matkaa tänne että mitä tää mejän matkan teko on sisältänyt jos sitä nyt tällä tavalla voi verrata voidaan yhdessä miettiä vielä tätä näkökulmaa eli niinkö se*

*matkalle lähtö oli niinkö lähtöä itseen lähtöä itseen eli kosketusta siihen mitä meidän sisällä tapahtuu silloin kun me kohdataan masennusta tai vastaavia vaikeita tunteita”*

Terapiaprosessin aikana teoriaan pohjautuvat strategiat toteutuivat aineistossa hyvin. Kaikki strategioihin pohjaavat tavoitteet käytiin istuntojen aikana läpi ja terapia eteni selvästi vaiheittain kuitenkin siten, että vaiheisiin sisältyviä tavoitteita käsiteltiin joustavasti. Strategioihin liittyvät tavoitteet käytiin läpi teorian mukaisissa vaiheissa, mutta lisäksi niihin liittyviä teemoja aloitettiin jo edellisen vaiheen aikana tai jatkettiin seuraaviin istuntoihin tarpeen vaatiessa. Terapeutin tyyli toimia oli pääpiirteissään yhdenmukaista istunnosta toiseen ensimmäiseen istuntoon liittyvistä erityispiirteistä huolimatta.

### **3.4. Teoreettisten tunteisiin liittyvien käsitteiden näyttäytyminen aineistossa**

Merkitysorganisaatioteorian mukaiset masennuksen taustalla vaikuttavat perustunteet kuten pettyminen, syyllisyys ja vaillejääminen esiintyivät terapeutin ja asiakkaiden kielellä läpi aineiston. Menetyksen käsite, jonka merkitysorganisaatioteorian mukaan voisi olettaa olevan keskeinen, nousi terapeutin ja asiakkaiden puheessa vain vähän esille. Terapeutin puheessa useimmin ilmenneet tunnesanat olivat pettyminen, masennus, syyllisyys, suru, katkeruus ja tarvitsevuus. Asiakkaat käyttivät myös puheessaan eniten pettymisen, masennuksen ja syyllisyyden käsitteitä. Lisäksi asiakkaat toivat esiin puheessaan pelon ja häpeän käsitteet. Terapeutin puheessa tunnesana tarvitsevuus esiintyi huomattavasti useammin kuin asiakkaiden puheessa ja toisaalta asiakkaat toivat esiin pelko-sanana huomattavasti terapeuttia useammin. Yleisesti käsitteet ilmenivät tasaisesti läpi aineiston, mutta syyllisyyttä käsiteltiin toisen ja neljännen strategian kohdalla vähemmän kuin muiden strategioiden vaiheissa. (taulukko 2, s. 27).

TAULUKKO 2. Tulosten kannalta merkittävimmät teoreettiset tunteisiin liittyvät käsitteet terapeutin ja asiakkaiden puheessa ja käsitteiden ilmenemisen frekvenssit.

<b>TERAPEUTTI</b>	<b>ASIAKKAAT</b>
<b>Eniten esiintyneet sanat:</b>	
1. pettyminen (411)	1. pettyminen (187)
2. masennus (307)	2. masennus (165)
3. syyllisyys (139)	3. syyllisyys (116)
4. suru (97)	4. pelko (80)
5. katkeruus (95)	5. häpeä (68)
6. tarvitsevuus (84)	6. suru (63)
<b>Suurimmat erot terapeutin ja asiakkaan välillä:</b>	
tarvitsevuus (84)	tarvitsevuus (22)
pelko (33)	pelko (80)

### 3.5. Terapeutin toiminnan teoreettinen ja kontekstuaalinen tarkastelu

Terapian kognitiivinen viitekehys näyttäytyi aineistossa siten, että terapian aikana käsiteltiin kognitiivisia teemoja kuten ylyleistäviä ajatuksia ja masennuksen kehää, joiden tiedostamiseen terapeutti ohjasi asiakkaita (ks. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Guidano & Liotti, 1983; Robins & Hayes, 1995). Aineistosta ilmeni, että terapeutti antoi asiakkaille tehtäviä istuntojen ulkopuolella pohdittaviksi. Perinteisesti istuntojen ulkopuolella olevien tehtävien suorittaminen on liitetty kognitiiviseen psykoterapiaan (ks. Beck, ym., 1979, Kuusinen, 2001b; Lestinen ym., 2001). Kognitiivisille psykoterapioille on ominaista, että terapiassa on opetuksellisia aineksia ja että terapeutti on aktiivisessa roolissa (ks. Kuusinen, 2001b; Toskala, 2001a). Aineistossa aktiivisuus näyttäytyi siten, että terapeutti toi teoreettisia ajatuksia esiin opettamalla, antoi käytäntöön liittyvää ohjeistusta ja ohjasi vuorovaikutusta istuntojen aikana.

Konstruktiivinen näkemys tiedon subjektiivisuudesta ja asiakkaan henkilökohtaisen kokemuksen ymmärtämisen tärkeydestä näkyi aineistossa siten, että terapeutti ei erityisellä tavalla haastanut asiakkaiden näkemyksiä, vaan oli kiinnostunut asiakkaiden omista kokemuksista ja korosti asiakkaiden oman ajattelun tärkeyttä. (ks. Greenberg, ym., 1993; Guidano 1991b, 1995; Hayes & Oppenheim, 1997; Kuisma, ym., 1993; Mahoney,

1988; Mahoney, ym., 1995) Kognitiivis-konstruktiiivisesti orientoitunut terapeutti pyrkii tasavertaiseen suhteeseen asiakkaan kanssa. (Kuusinen, 2001a; Toskala & Hartikainen, 2005). Tämä näyttäytyi aineistossa siten, että terapeutti ei nostanut itseään auktoriteetin asemaan ja teki läpinäkyväksi hoidon periaatteet tuomalla esiin työskentelyn taustalla vaikuttavaa teoriaa. Kognitiivis-konstruktiiivisen teorian mukaisesti myös tunteiden käsittelyn merkitys näyttäytyi aineistossa. Terapeutti pyrki huomioimaan asiakkaiden tunteita ongelmallisten kokemusten yhteydessä (ks. Guidano, 1991a, 1991b).

Kognitiivisen ja konstruktiiivisen näkemyksen ohella terapeutin toimintaa voi selittää yleisen terapeutin toiminnan kautta. Aineistossa terapeutin osoittama empaattisuus ja hyväksyvyys sekä asiakkaiden kannustaminen ja motivointi ilmensivät terapeutin suhteen kannalta olennaisia tekijöitä. (ks. Greenberg, ym., 1993). Terapeutin toimintaan liittyi reflektiivinen työote, jota terapeutti osoitti heijastamalla asiakkaan puheen sisältöjä uudella tavalla ja tarkentamalla onko hän ymmärtänyt asiakkaan ilmaisut oikein (ks. Tiuraniemi, 2001b). Terapeutti ilmensi terapeutin toiminnalle olennaista kiinnostusta asiakkaita kohtaan kysymällä lisää tietoa sekä osoittamalla kuuntelevansa heitä. (ks. Greenberg, ym., 1993). Terapeutin persoonallisuus vaikuttaa hänen tapansa olla suhteessa asiakkaan kanssa. (Safran & Segal, 1990). Tässä tutkimuksessa terapeutin oma tapa toimia näyttäytyi muun muassa siinä, että hän käytti jonkin verran huumoria sekä jakoi asiakkaiden kanssa henkilökohtaista taustaansa. Se, että terapeutti jakaa henkilökohtaisia tietoja itsestään voi edesauttaa avoimuutta asiakkaissa (Dies, 2003; Safran & Segal, 1990).

Teoreettisen taustan lisäksi terapian konteksti vaikutti terapeutin työskentelyyn. Ryhmämuotoinen hoitomalli heijastui siihen, että terapeutti ohjasi aktiivisesti vuorovaikutusta ja antoi suoria ohjeita asiakkaille. Ohjatessaan terapiaprosessia ryhmämuotoisena terapeutin tulee kiinnittää huomiota siihen, että jokainen asiakas ymmärtää istuntoihin liittyvät käytännöt ja saa tilaa käsitellä omia kokemuksiaan. (Morrison, 2001). Vuorovaikutuksen ja keskustelun aiheiden kontrollointi olivat osittain seurausta siitä, että hoitoprosessi oli lyhytkestoinen ja tietyt strategiat oli tuotava esiin ennalta määrätyn ajan puitteissa. Konteksti vaikutti myös siihen, että terapeutti toimi opetuksellisella tavalla. (ks. Lestinen ym., 2001). Ryhmämuotoinen työskentely edellyttää terapeutilta sitä, että hänen pitää huolehtia jokaisen ryhmän jäsenen terapeutin prosessista, jolloin terapeutti ei voinut kovin pitkälle mukauttaa toimintaansa yksittäisen asiakkaan toiveiden mukaisesti. (ks. Dies, 2003).



## 4. POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten kognitiivis-konstruktiiivisesta viitekehuksesta käsin toimiva terapeutti toimii masentuneiden ryhmämuotoisessa lyhytkestoisessa terapiassa ja miten kognitiivis-konstruktiiivinen taustateoria ja terapian konteksti näyttäytyvät käytännön työssä. Tutkimuksessa selvitettiin myös terapeutin ja asiakkaiden käyttämiä tunnekäsitteitä masennukseen liittyvien tunteiden kuvailussa. Tutkimuksen mukaan terapeutin toiminnalle oli ominaista, että hän kertoi hoidon taustalla vaikuttavasta teoriasta ja hän kontrolloi vuorovaikutusta, jolloin keskustelu pitäytyi tietyissä aiheissa. Terapeutti käytti paljon refleктоivaa työtapaa ja osoitti empatiaa pitäen yllä kannustavaa ja motivoivaa vuorovaikutussuhdetta. Istuntojen aikana näyttäytyi myös opetuksellinen työtapaa. Terapeutti osoitti lisäksi ei-tuomitsevaa hyväksyntää ja kannusti asiakkaita mielipiteiden ja toiminnan itsenäisyyteen. Terapiassa toteutui hyvin ennalta asetetut strategiavaiheet ja niiden käsittelyssä noudatettiin joustavuutta tilanteen mukaan.

Terapeutin toiminnassa näyttäytyi kognitiivis-konstruktiiivinen viitekehys siten, että istuntojen aikana käsiteltiin kognitiivisia teemoja, mutta otettiin myös esiin tunteiden merkitys syvätason muutoksen mahdollistajana. Kognitiivinen tausta ilmeni terapeutin työskentelyssä aktiivisuutena ja ohjaamisena istunnon ulkopuolisiin tehtäviin. Konstruktiivinen ajattelu heijastui siten, että terapeutti ei haastanut asiakkaan näkemyksiä, vaan pyrki tasavertaiseen yhteistyösuhteeseen asiakkaan kanssa muun muassa tuomalla taustalla vaikuttavan teorian läpinäkyväksi. Kognitiivinen viitekehys selitti paljon terapeutin käytännön toiminnasta, mutta konstruktiivisuus näyttäytyi tietoteoreettisena perustana ja myös menetelmien lähtökohtana. Refleksiivisyyttä tavoiteltiin siten, että terapeutti ohjasi asiakkaita refleктоivien työtapojen kautta joustavampaan omien tunteiden, ajatusten ja toiminnan tunnistamiseen. Menetyksen, pettymyksen ja vaillejäämisen merkitysorganisaation mukaiset keskeisimmät käsitteet osoittautuivat tunteiden erittelyn lähtökohdaksi terapeutin toiminnassa, joihin asiakkaatkin näyttivät käsitteiden käytön tutkimisen perusteella pääsääntöisesti tarttuvan. Terapeutin toimintaan vaikuttivat myös hänen henkilökohtainen tapansa toimia sekä konteksti, jossa hän työskenteli.

Tutkimuksella saavutettiin uutta tietoa siitä, miten kognitiivis-konstruktiivisesti orientoitunut terapeutti toimii lyhytkestoisessa masentuneiden ryhmämuotoisessa terapiassa. Aiemmassa tutkimuksessa, joka koski samaa masentuneiden asiakkaiden ryhmää tutkittiin asiakkaissa tapahtuvaa muutosprosessia. Tutkimuksen mukaan asiakkaissa terapian aikana alkanut muutos mahdollisti asiakkaille sallivamman ja hyväksyvemmän suhteen omiin kokemuksiin, jolloin heille tuli mahdolliseksi tarkastella kokemuksiaan monipuolisemmin (Ahonen & Sinkkonen, 2001). Terapian lyhyteen vedoten Ahonen ja Sinkkonen (2001) olettavat, että terapia voi tarjota välineitä muutokselle, mutta välineiden sisäistäminen tapahtuu vähitellen ja jatkuu osittain terapian päättymisen jälkeen. Terapeuttisen hoidon vaikutukset eivät siis välttämättä näy heti hoidon jälkeen, vaan vasta pidemmän ajan kuluessa. (Chambless & Hollon, 1998; Goldfried & Wolfe, 1998). Terapeutin työskentelyn taustalla onkin todennäköisesti vaikuttanut myös ajatus siitä, että syvätason muutosta ei aina saada aikaiseksi lyhytkestoisen terapian aikana, vaan tarkoituksena on enneminkin tarjota uutta näkökulmaa, jota asiakkaat voivat hyödyntää tulevaisuudessa. (ks. Hoyt, 2003). Ahosen ja Sinkkonen (2001) tutkimustulosten perusteella voidaan olettaa, että tässä tutkimuksessa kuvattu terapeuttinen toiminta saavutti sille alun perin asetettuja tavoitteita.

Sisältöanalyysi menetelmänä osoittautui toimivaksi, koska tutkimuksen tavoitteena oli saada kokonaisvaltainen kuva terapeutin toiminnasta ja huomioida taustateoria analyysia tehtäessä. Sisältöanalyysin toteuttaminen aineisto- ja teorialähtöisesti muodostettujen koodien sekä PQS- luokittelujärjestelmän avulla mahdollisti monipuolisen kuvan saamisen terapeutin toiminnasta, koska koodit ja PQS-luokittelujärjestelmä täydensivät toisiaan. Tutkittaessa terapeutin käytännön toiminnan ja teorian vastaavuutta, saattaisi olla hyödyllistä tehdä analyysia puhtaasti aineistolähtöisesti, ettei tiedostamattaan hae vain sellaista tietoa, jota etukäteen olettaa löytävänsä. Tässä tutkimuksessa taustateoria ohjasi koodien muodostamista, mutta myös aineiston annettiin vaikuttaa koodien syntyyn, jolloin teorialähtöisyys ei oletettavasti vaikuttanut analyysissä liian ohjaavasti.

Voidaan olettaa, että tutkimuksessa sovelletut sisältöanalyysin toteutustavat tavoittivat terapeutin toiminnan keskeisiä tekijöitä. Elliott ym. (1987) ovat vertailleet kuutta eri arviointijärjestelmää, joilla on tutkittu terapeutin vastaustapoja. Kaikki kuusi arviointijärjestelmää pyrkivät arvioimaan terapeutin puheesta kysymyksiä, neuvomista,

tiedon jakamista, reflektointia, tulkintaa ja henkilökohtaisen tiedon jakamista. Elliot ym. (1987) mukaan nämä tekijät myös kuvaavat hyvin terapeutin erilaisia vastaustapoja. Huomionarvoista on, että nämä samat vastaustavat olivat osana terapeutin puheen tarkastelua myös tässä tutkimuksessa.

PQS- luokittelujärjestelmä on tarkoitettu terapeutin prosessin tutkimiseen terapian viitekehystä riippumatta, jolloin se tarjosi uusia mahdollisuuksia tarkastella terapeutin toimintaa, jotka yksistään kognitiivis-konstruktivisesta näkökulmasta tarkasteltuna olisivat saattaneet jäädä huomaamatta. Standardoidun luokittelujärjestelmän hyöty näyttäytyy erityisesti silloin, kun tutkijoille itselleen ei ole muodostunut vankkaa tieto- tai kokemuspohjaa psykoterapiasta, johon arviointia voisi perustaa. Standardoidun menetelmän käyttäminen terapeutin toiminnan tarkastelussa mahdollistaa myös vertailun muihin samoilla menetelmillä tehtyihin tutkimuksiin.

PQS- luokittelujärjestelmällä on kuitenkin myös omat rajoituksensa. Vaikka Jones on pyrkinyt muodostamaan PQS:n luokitteluksiköt teoriataustasta riippumatta, on niiden syntyyn ja sisältöihin saattanut vaikuttaa Jonesin psykodynaaminen tausta. Lisäksi luokitteluksiköiden pakottaminen PQS- luokittelujärjestelmän mukaiseen jakaumaan aiheuttaa sen, että joidenkin luokitteluksiköiden kohdalla arvioija joutuu tekemään kompromisseja jakaessaan niitä kuvaavuuden mukaisiin kategorioihin. PQS- luokittelujärjestelmä on luotu kokonaisvaltaiseen terapiaprosessin tarkasteluun, jolloin tässä tutkimuksessa järjestelmän käytön rajaaminen koskemaan vain terapeutin puhetta on saattanut myös vaikuttaa tuloksiin, koska keskustelun aiheita on tarkasteltu vain siitä näkökulmasta, mitä aiheita terapeutti tuo esille.

Koodauksien ja PQS- luokittelujärjestelmän pohjalta luodun kuvauksen syntyyn on mahdollisesti vaikuttanut se, että aineisto pohjautui kuvanauhataltointeihin eikä omakohtaiseen läsnäoloon istunnoissa (ks. Stiles, ym., 1999). Tämä on saattanut vaikuttaa siten, että kaikki terapiassa tapahtunut ei ole täysin välittynyt kuvanauhojen välityksellä ja sen takia joitain terapeutin toiminnan piirteitä on voinut jäädä huomaamatta. Toisaalta ulkopuolisena arvioijana on todennäköisesti ollut helpompi välttää omien henkilökohtaisten istunnoissa syntyvien merkitysten vaikutusta tulkintojen muodostumiseen ja näin terapeutin toiminnasta on muodostunut objektiivisempi kuva.

Tutkimuksen tuloksiin erilaisten tunnesanojen käyttöön liittyen on syytä suhtautua varauksella. Tulokset antavat viitteitä masentuneille keskeisistä tunnesanoista, mutta

välineenä käytetty Atlas.ti- tietokoneohjelman automaattinen koodaus asettaa rajoitteita johtopäätösten tekemiselle. Automaattinen koodaus jättää pois kontekstin, joissa asioista on keskusteltu, jolloin sanojen todellista merkitystä on vaikea arvioida. Toisekseen on olemassa yksilöllisiä, erilaisia tunteisiin viittaavia ilmaisuja, jolloin todennäköisesti joitakin tunteisiin liittyviä sanoja on jäänyt huomioimatta.

Tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia tarkasteltaessa on myös syytä ottaa huomioon, että kaikki tehdyt jaottelut ja luokitukset ovat osittain päällekkäisiä ja ne on tehty vain kuvauksen selventämiseksi. Niiden ei ole tarkoitus esittää mitään ehdottomia vaikutussuhteita, vaan kuvatut ilmiöt ovat yhteydessä toisiinsa monitasoisesti. Esimerkiksi teoreettisessa tarkastelussa ilmiöt on esitetty ilmeisimmän selityksen mukaan, mutta se ei poista sitä mahdollisuutta, etteikö muita selitystapoja olisi olemassa.

Terapeuttiseen prosessiin on tutkimukseen kuuluvien istuntojen lisäksi liittynyt asiakkaiden alkuhaastattelut, seurantaistunto, sekä istuntojen jälkeen käydyt pienryhmäkeskustelut että välitehtävät. Näistä yksikään ei ole ollut tässä tutkimuksessa varsinaisen tarkastelun kohteena, mutta niillä on todennäköisesti ollut vaikutuksensa terapeutin toimintaan. Esimerkiksi tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaiden omista henkilökohtaisista tavoitteista hoitoa koskien ei keskusteltu, vaikka kognitiivisessa terapiassa tavoitteiden läpikäyminen yhdessä asiakkaan kanssa nähdään tärkeänä (ks. Kuusinen, 2001a). Näin ollen alkuhaastatteluiden merkitys voi näyttäytyä siinä, että asiakkaiden omia henkilökohtaisia tavoitteita hoitoa koskien on todennäköisesti käsitelty alkuhaastattelussa. Pienryhmäkeskustelut saattavat taas vaikuttaa siten, että ne mahdollistivat terapeutille opetuksellisen ja keskustelun aiheita rajaavan tyylin aineistoon kuuluvien istuntojen aikana. Terapeutin toimintaa ohjasi luultavasti ajatus siitä, että asiakkaat saavat mahdollisuuden keskustella henkilökohtaisista kokemuksistaan ja merkityksistään lisää pienryhmien aikana. Lisäksi terapian lähtöajatuksena oli työskentely myös istuntojen välillä, jonka tarkoituksena oli erilaisten tehtävänantojen kautta ohjata asiakkaita pohtimaan terapiassa esiin nousseita kysymyksiä myös istuntojen ulkopuolella (ks. Kuusinen, 2001b; Lestinen ym., 2001; Wells & Phelps, 1990). Voidaan olettaa, että välitehtävien kautta myös terapian tausta-ajatukset tulivat asiakkaille entistä läpinäkyvimmiksi.

Tutkimus tarjoaa kuvauksen kognitiivis-konstruktiiivisesta viitekehystä käsin toimivan terapeutin toiminnasta ja siinä heijastuvasta taustateoriasta, mutta kuvauksen yleistäminen koskemaan muita kognitiivis-konstruktiiivisesti toimivien terapeuttien

toimintaa saattaa olla ongelmallista. Tämän tutkimuksen aineistossa tutkimuksen kohteena oleva terapeutti on hyvin kokenut, vaativan erityistason koulutuksen saanut psykoterapeutti. Hän on itse kehittänyt merkittävästi kognitiivis-konstruktiiivisen psykoterapian teoriaa, mikä saattaa vaikuttaa taustateorian vahvaan heijastumiseen aineistossa. Voidaan toisaalta olettaa, että kognitiivis-konstruktiiivisen teorian erittäin hyvin sisäistäneen terapeutin toimintaa tarkastelemalla on mahdollista saavuttaa kattava kuvaus kognitiivis-konstruktiiivisen terapeutin toimintatavoista.

Tämä tutkimus vahvistaa sen, että teoreettinen tausta vaikuttaa terapeutin käytännön toimintaan ja toimintaa pystyttiin selittämään pitkälti kognitiivis-konstruktiiivisen teorian kautta (ks. Stiles, ym., 1999). Eri tutkimukset ovat antaneet kuitenkin viitteitä siitä, että terapeutin toimintaan vaikuttavat myös varsinaisen viitekehyksen ulkopuoliset teorit. (Ablon & Marci, 2004; Goldfried & Newman, 1992; Goldfried, Raue, & Castonguay, 1998). Voi siis olla, että tässä tutkimuksessa kognitiivis-konstruktiiivisen teorian selvästä näyttäytymisestä huolimatta terapeutin toimintaan ovat mahdollisesti vaikuttaneet myös muiden teorioiden mukaiset tekniikat, mutta sen selvittämiseksi tarvittaisiin laajempaa tutkimusta. Toisaalta kognitiivis-konstruktiiivinen psykoterapia edustaa integratiivista lähestymistapaa ja monet konstruktivistit korostavatkin sitä, että terapiatekniikoiden lainaaminen muista suunnista on jopa suotavaa, jos ne sopivat konstruktivistiseen teoriaan. (Tiuraniemi, 2001a; Toskala, 2001a). Tässä tutkimuksessa terapian lyhyt kesto on myös voinut vaikuttaa terapeutin toimintaan enemmän kuin on osattu arvioida. On nimittäin mahdollista, että useimmat lyhytterapiat tuottavat muutoksia samanlaisten transaktionaalisten prosessien kautta ja erityiset tekniikat ja teoreettiset selitykset ovat vähemmän tärkeitä (Ablon & Marci, 2004; Goldfried & Wolfe, 1998).

PQS- luokittelujärjestelmän käyttö kognitiivis-konstruktiiivisen terapian tutkimuksessa tuotiin tässä tutkimuksessa ensimmäistä kertaa esille. Olisikin mielenkiintoista vertailla kognitiivis-konstruktiiivisen terapeutin ja toisesta viitekehyksestä käsin toimivan terapeutin toimintaa PQS- luokittelujärjestelmän avulla. Samoin olisi kiinnostavaa tutkia, eroaako kognitiivis-konstruktiiivisesti orientoituneen terapeutin toiminta masentuneiden hoidossa verrattuna muiden psyykkisten ongelmien hoitoon muutoin kuin merkitysorganisaatioteorian kautta. PQS- luokittelujärjestelmä antaa mahdollisuuden myös kvantitatiivisten analyysien tekemiseen terapiaprosessista, mikä helpottaa erilaisten vertailujen tekemistä. Esimerkkinä eri terapiamuotojen erojen

tutkimuksesta PQS -luokittelujärjestelmällä on Ablon & Jonesin (1999) tekemä masennuksen kognitiivis-behavioraalista ja interpersoonallista terapiaa vertaileva tutkimus. PQS- luokittelujärjestelmä vaikuttaa monipuoliselta välineeltä terapeutin prosessin tutkimiseen, joten jatkossa PQS- luokittelujärjestelmää ja erityisesti sen kvantitatiivisia ominaisuuksia voisi hyödyntää tutkimuksissa enemmänkin.

Kognitiivis-konstruktivisen psykoterapian yhtenä perusajatuksena on, että asiakas tulisi tietoiseksi hoidon ja ongelmallisen kokemuksen taustalla olevista teoreettisista ajatuksista, koska se auttaa asiakasta ymmärtämään terapiaprosessin eri puolia ja vähentää siten vastarintaa (Kuusinen, 2001a; Toskala & Hartikainen, 2005). Näin ollen olisikin tärkeää selvittää, missä määrin terapeutin välittämä tieto siirtyy asiakkaille. Prosessitutkimuksissa (Ahonen ja Sinkkonen, 2001; Hokkanen & Kiuru, 2002; Maijala & Pitkälä, 1998; Mikola & Oksanen, 1999; Nikula, 1998; Sarlin & Syrjäläinen, 1999) on selvitetty sitä, miten muutosprosessi on rakentunut asiakkaissa uudenlaisen ymmärtämisen kautta, mutta sitä, miten terapeutin toiminta vaikuttaa juuri teoreettisen tiedon omaksumiseen asiakkaissa, ei ole tutkittu.

Terapeutin toimintaan eri tekijät näyttävät vaikuttavan eri tavoin; työskentelytavoista osa selittyy terapeutin teoreettisella lähestymistavalla, osa taas terapian kontekstilla ja terapeutin henkilökohtaisella tyylillä toimia. Osana teoreettista lähestymistapaa menetyksen, pettymyksen ja vaillejäämisen merkitysorganisaatio selittää myös terapeutin toimintaa. Tämä tutkimus antaa kuitenkin viitteitä siitä, että terapeutin toimintaa ohjaava merkitysorganisaatio ei kata täydellisesti ongelmallisia kokemuksia, joita tässä aineistossa olevat asiakkaat ottivat esille. Voidaan olettaa, että terapian lyhytkestoisuuden vuoksi terapeutilla ei ole mahdollisuutta tarttua kaikkiin asiakkaiden esiintuomiin ilmaisuihin, vaan hän keskittyy merkitysorganisaation kannalta keskeisten tunteiden käsittelyyn. Toisaalta merkitysorganisaatioteoria saattaa ohjata terapeutin toimintaa siihen suuntaan, ettei hän huomaa kaikkia asiakkaiden esiintuomia masennukseen liittyviä tunteita. Tulokset tunnesanojen ilmenemisestä ovat kuitenkin vain viitteellisiä ja siksi arvokasta lisätietoa saisikin, jos tutkisi käsitteiden ilmenemistä kontekstissa monipuolisemmin erilaisia tunteisiin liittyviä ilmaisuja huomioiden. Tämänkaltaisen tutkimuksen kautta olisi mahdollista saada tietoa siitä, mitkä merkitysorganisaatioihin liittyvät tunteet ovat todella keskeisiä asiakkaiden näkökulmasta ja mitkä merkitysorganisaatioteorian ulkopuoliset kokemuksiin liittyvät tunneilmaisut taas vaatisivat terapeutilta enemmän huomiota.

Terapeutin toiminnan keskeisimpiä piirteitä kuvaamalla on haluttu lisätä ymmärrystä terapeutin toiminnasta kognitiivis-konstruktivisessa terapiassa. Ymmärrys terapeutin toiminnasta eri viitekehyksissä voi alentaa kynnystä hakeutua terapiaan ja antaa myös asiakkaalle mahdollisuuden arvioida eri terapioita totuudenmukaisesti. Toisaalta se, että terapeutin on osoitettu noudattavan teoreettisia päämääriä, vahvistaa sen, että psykoterapeuttinen työ ei ole sattumanvaraista tai päämäärätöntä, vaan se noudattaa tutkimus- ja teoretietoon pohjaavia toimintatapoja. Kognitiivis-konstruktivisen teorian heijastuminen terapeutin konkreettisesti käytännön työskentelyssä osoittaa myös sen, että psykoterapian teorian kehittäminen myös käsitteellisellä tasolla on tärkeää. Teoreettiset ajatukset eivät jää irrallisiksi käytännön toiminnasta vaan ne todella elävät mukana terapeutin työskentelyssä ja myös mahdollistavat muutoksen terapeutin toiminnan perustavalla tasolla.

## LÄHTEET

- 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* (1), 64-75.
- Ablon, J. S., & Marci, C. (2004). Psychotherapy process: the missing link: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner. *Psychological Bulletin, 130* (4), 664-668.
- Ahonen, S., & Sinkkonen, M. (2001). *Refleksiivisyyden kehittyminen masennuksen kognitiivis-konstruktivistinen ryhmämuotoisessa psykoterapiassa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu –tutkielma.
- Alasuutari, P. (1994). *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.
- Alho, I., Ruuska, P., & Toskala, A. (2003). Työuupumus merkitysorganisaatioiden näkökulmasta. *Psykologia, 38* (6), 416-425.
- Beck, A. T., Rush, S. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Cecero, J. J., Fenton, L. S., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M., (2001). Focus on therapeutic alliance: the psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38* (1) 1-11.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (1), 7-18.
- Chitalker, Y., & Pande, N. (1996). Collusion and entanglement in the therapy of a patient with multiple personalities. *American Journal of Psychotherapy, 50* (2) 243-251.
- Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: the importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39* (3) 223-244.
- Crowe, M., & Luty, S. (2005). The process of change in interpersonal psychotherapy (IPT) for depression: a case study for the new IPT therapist. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 68* (1) 43-54.



- Dies, R. R. (2003). Group psychotherapies. Teoksessa A. S. Gurman & S. B. Messer (toim.), *Essential psychotherapies. Theory and practice* (s. 515-550). New York: The Guildford Press.
- Elliot, R., Hill, C. E., Stiles, W. B., Friedlander, M. L., Mahrer, A. R., & Margison, F. R. (1987). Primary therapist response modes: comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55* (2) 218-223.
- Eskelinen, J. (2001). *Terapeutin toimintatavat ja asiakkaiden reaktiot kognitiivis-konstruktivisessa ryhmäterapiassa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu- tutkielma.
- Eskola, J., & Suoranta, J. (2000). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Frank, J. D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. Teoksessa M. J. Mahoney & A. Freeman (toim.), *Cognition and Psychotherapy* (s. 49-80). New York: Plenum Press.
- Goldfried, M. R., & Newman, C. F. (1992). A history of psychotherapy integration. Teoksessa J. C. Norcross & M. R. Goldfried (toim.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 46-93). New York: Basic Books.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J., & Gastonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (5), 803-810.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (1) 143-150.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1991a). Affective change events in a cognitive therapy. Teoksessa J. D. Safran & L. S. Greenberg (toim.), *Emotion, psychotherapy and change* (s.50-79). New York: Guilford Press.

- Guidano, V. F. (1991b). *Self in process*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1995). Constructivist psychotherapy: A theoretical framework. Teoksessa R. A. Neimeyer, & M. J. Mahoney (toim.), *Constructivism in psychotherapy* (s. 93-108). Washington: American Psychological Association.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., & Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4) 636-643.
- Hayes, R. L., & Oppenheim, R. (1997). Constructivism: Reality is what you make it. Teoksessa T. L. Sexton & B. L. Griffin (toim.), *Constructivist thinking in counseling practice, research, and training* (s. 19-40). New York: Teachers College Press.
- Henry, W. P., Butler, S. F., Strupp, H. H., & Schacht, T., E., (1993). Effects on training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 434-440.
- Hokkanen, J., & Kiuru, N. (2002). *Refleksiivisyyden yhteys terapeuttiliseen muutokseen: Masennuksen hoito kognitiivis-konstruktivistisessa ryhmämuotoisessa lyhytterapiassa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu –tutkielma.
- Hoyt, M. F. (2003). Brief psychotherapies. Teoksessa A. S. Gurman & S. B. Messer (toim.), *Essential psychotherapies. Theory and practice* (s. 350-399). New York: The Guildford Press.
- Hämäläinen, J. (1987). *Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen "käsiyötaitoon"*. Kuopion yliopiston julkaisuja. Tilastot ja selvitykset 2/1987. Kuopio.
- Isometsä, E. (2000). Mielialahäiriöt: masennushäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, & T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s. 118-174). Helsinki: Duodecim.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale: Jason Aronson inc.

- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the non-specific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (1) 48-55.
- Karila, I. (2001). Masennushäiriöt. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.57-79). Helsinki: Duodecim.
- Kuisma, J., Sarkkinen, H. L., Stachon, V., & Suutala, H. (1993). Eriasteisten psyykkisten häiriöiden kognitiivis-konstruktiiivinen tarkastelu. Teoksessa A. Toskala (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.88-120). Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Kuusinen, K-L. (2001a). Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.25-36). Helsinki: Duodecim.
- Kuusinen, K-L. (2001b). Yleiskatsaus kognitiivisiin terapioihin. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.12-24). Helsinki: Duodecim.
- Lawson, H. (1985). *Reflexivity. The post-modern predicament*. London: Hutchinson.
- Lestinen, J., Mönkkönen, J., Pursiainen, O., & Ruotsalainen, S. (2001). Ryhmämuotoinen kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.324-336). Helsinki: Duodecim.
- Loneck, B., Banks, S., Way, B., & Bonaparte, E. (2002). An empirical model of therapeutic process for psychiatric emergency room clients with dual disorders. *Social work research*, 26 (3), 132-144.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?* New York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (1988). Constructive metatheory: I. Features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (1995). Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. Teoksessa M. J. Mahoney (toim.), *Cognitive and constructive psychotherapies. Theory, research and practice* (s. 3-19). New York: Springer Publishing.

- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy. A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Mahoney, M. J., Miller, H. M., & Arciero, G. (1995). Constructive metatheory and the nature of mental representation. Teoksessa M. J. Mahoney (toim.), *Cognitive and constructive psychotherapies. Theory, research and practice* (s. 103-120). New York: Springer Publishing.
- Maijala, R., & Pitkälä, S. (1998). *Paniikkiahdistus foobisen merkitysorganisaation ongelmallisena ilmentymänä ja terapeutinen muutosprosessi: kolme tapaustutkimusta paniikkihäiriön kognitiivis-konstruktivisesta ryhmämuotoisesta terapiasta*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu-tutkielma.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Social Research*. Saatavilla 30. toukokuuta 2005 osoitteessa: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-200/2-00mayring-e.html>
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Mikola, T., & Oksanen, H. (1999). *Reaktiivisesta refleksiiviseen positioon sosiaalisen fobian terapiassa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu –tutkielma.
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 29 (3). 311-332.
- Multon, K. D., Kivlighan, D. M. Jr., & Gold, P. B. (1996). Changes in counselor adherence over the course of training. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (3) 356-363.
- Mäntymaa, K. (2000). Personallisuuden merkitysorganisaatioiden kehittyminen Redan kuvaamana. Teoksessa K-L. Kuusinen (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia ja kiintymyssuhdeteoria* (s.54-83). Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Neimeyer, R. A. (1995). Constructivist psychotherapies: features, foundations, and future directions. Teoksessa R. A. Neimeyer, & M. J. Mahoney (toim.), *Constructivism in psychotherapy* (s.11-38). Washington: American Psychological Association.

- Neimeyer, R. A., & Harter, S. (1988). Facilitating individual change in personal construct therapy. Teoksessa G. Dunnet (toim.), *Working with people. Clinical uses of personal construct psychology* (s. 174-185). London: Routledge.
- Nikula, L. (1998). *Paniikkihäiriötöilaan minä-integraation kehittyminen kognitiivis-konstruktiiivisessa lyhytterapiassa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu -tutkielma.
- O'Malley, S. S., Foley, S. H., & Rounsaville, B. J., (1988). Therapist competence and patient outcome in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (4) 496-501.
- Petermann, F., & Müller, J. M. (2001). *Clinical Psychology and single-case evidence. A practical approach to treatment, planning and evaluation*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Robins, C. J., & Hayes, A. M. (1995). An appraisal of cognitive therapy. Teoksessa M. J. Mahoney (toim.), *Cognitive and constructive psychotherapies. Theory, research and practice* (s. 41-65). New York: Springer Publishing.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Sarlin, K., & Syrjäläinen, R. (1999). *Reaktiivisesta positiosta refleksiiviseen positioon paniikkihäiriössä*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu -tutkielma.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Knobloch, L. (1999). Treatment process research methods. Teoksessa P. C. Kendall, J. N. Butcher, & G. N. Holmbeck (toim.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (s. 364-402). New York: Wiley.
- Stiles, W. B., Startup, M., & Hardy, G. E., (1996). Therapist session intentions in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (4) 402-414.
- Strupp, H. (1978). Psychotherapy research & practice: An overview. Teoksessa S. L. Garfield & A. E. Bergin (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (s. 3-22). New York: John Wiley & Sons.
- Sullivan, M. F., Skovholt, T. M., & Jennings, L., (2005). Master therapists' construction of the therapy relationship. *Journal of Mental Health Counseling*, 27 (1) 48-70.
- Tiuraniemi, J. (2001a). Kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa J. Tikka & J. Tiuraniemi (toim.), *Psykoterapian sovelluksia* (s.32-43). Turku: Psykologikeskus ProMente.

- Tiuraniemi, J. (2001b). Psykoterapeuttiset tekniikat. Teoksessa J. Tikka & J. Tiuraniemi (toim.), *Psykoterapian sovelluksia* (s.44-55). Turku: Psykologikeskus ProMente.
- Toskala, A. (2001a). Kognitiivis-konstruktivistinen ja kokemuksellinen näkökulma. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 361-373). Helsinki: Duodecim.
- Toskala, A. (2001b). Kognitiivisten psykoterapioiden historia. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.388-399). Helsinki: Duodecim.
- Toskala, A., & Hartikainen, K., (2005). *Mielen rakentuminen: Psykyen kehitys ja kognitiivis-konstruktivinen psykoterapia*. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Toukmanian, S. G., & Rennie, D. L. (1992). Preface. Teoksessa S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (toim.), *Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches*. Newbury Park: Sage.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Wells, R. A., & Phelps, P. A. (1990). The brief psychotherapies: a selective overview. Teoksessa R. A. Wells & V. J. Giannetti (toim.), *Handbook of brief psychotherapies* (s. 3-26). New York: Plenum Press.
- Winter, D. A., & Watson, S. (1999). Personal construct psychotherapy and the cognitive therapies: different in theory but can they be differentiated in practice? *Journal of Constructivist Psychology*, 12 (1), 1-22.

**LIITE 1. The Psychotherapy Process Q-Set (PQS) Coding Manual: Categorization**

Teoksessa E.E. Jones, (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*.

Northvale: Jason Aronson inc. (s. 318).

<i>Category</i>	<i>No. of Items</i>	<i>Label of category</i>
9	5	Extremely characteristic or salient
8	8	Quite characteristic or salient
7	12	Fairly characteristic or salient
6	16	Somewhat characteristic or salient
5	18	Relatively neutral or unimportant
4	16	Somewhat uncharacteristic or negatively salient
3	12	Fairly uncharacteristic or negatively salient
2	8	Quite uncharacteristic or negatively salient
1	15	Extremely uncharacteristic or negatively salient

## **LIITE 2. The Psychotherapy Process Q-Set (PQS) Coding Manual.**

Teoksessa E.E. Jones, (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*.  
Northvale: Jason Aronson inc. (s. 321-361)

### **Item 1: Patient verbalizes negative feelings (e.g., criticism, hostility) toward therapist (vs. makes approving or admiring remarks).**

Place toward *characteristic* end if patient verbalizes feelings of criticism, dislike, envy, scorn, anger, or antagonism toward therapist, e.g., patient rebukes therapist for failing to provide enough direction in the therapy.

Place toward *uncharacteristic* direction if patient expresses positive or friendly feelings about therapist, e.g., makes what appear to be complimentary remarks to therapist.

### **Item 2: Therapist draws attention to patient's nonverbal behavior, e.g., body posture, gestures.**

Place toward *characteristic* end if therapist draws attention to patient's nonverbal behavior, such as facial expressions, blushes, laughter, throat clearing, or body movements, e.g., therapist points out that although patient says s/he is angry, the patient is smiling.

Place toward *uncharacteristic* end if there is little or no focus on nonverbal behavior.

### **Item 3: Therapist's remarks are aimed at facilitating patient speech.**

Place toward *characteristic* end if therapist's responses or behavior indicate that he or she is listening to the client and encouraging him or her to continue, such as mm-hmm, yeah, sure, right, and the like.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not respond in such a manner as to facilitate patient talk (item does not refer to questions, exploratory comments).

N.B. Rate item based on the therapist's intent, regardless of the actual effect on the facilitation of patient speech.

### **Item 4: The patient's treatment goals are discussed.**

Place toward *characteristic* end if there is talk about what the patient wishes to achieve as a result of therapy. These wishes or goals may refer to personal or "inner" changes (e.g., "I started therapy in order to get over my depressions") or change in life circumstances ("I wonder if therapy will result in my getting married").

Place toward *uncharacteristic* end if there is no reference or allusion by therapist or patient to the possible consequences of the therapy.

### **Item 5: Patient has difficulty understanding the therapist's comments.**

Place toward *characteristic* end if patient seems confused by therapist's comments. This may be defensive or a result of therapist's lack of clarity, e.g., patient repeatedly says "What?" or otherwise indicates that s/he doesn't know what the therapist means.

Place toward *uncharacteristic* end if patient readily comprehends therapist's comments.



**Item 6: Therapist is sensitive to the patient's feelings, attuned to the patient; empathic.**

Place toward *characteristic* end if therapist displays the ability to sense the patient's "private world" as if it was his or her own; if the therapist is sensitive to the patient's feelings and can communicate this understanding in a way that seems attuned to the patient, e.g., therapist makes a statement that indicates an understanding of how the patient felt in a certain situation.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not seem to have a sensitive understanding of patient's feelings or experience.

**Item 7: Patient is anxious or tense (vs. calm and relaxed).**

Place toward *characteristic* end if patient manifests tenseness or anxiety or worry. This may be demonstrated by direct statements, e.g., "I feel nervous today," or indirectly by stammers, stuttering, etc., or other behavioral indicators.

Place toward *uncharacteristic* end if patient appears calm or relaxed or conveys a sense of ease.

**Item 8: Patient is concerned or conflicted about his or her dependence on the therapist (vs. comfortable with dependency, or wanting dependency).**

Place toward *characteristic* end if patient appears concerned about or uncomfortable with dependency, e.g., shows a need to withdraw from the therapist, or in some manner reveals a concern about becoming dependent on the therapy

Place toward *uncharacteristic* end if patient appears comfortable with being dependent. This may take the form of expressions of helplessness; or the patient may appear either comfortable or gratified by a dependent relationship with the therapist.

Rate as *neutral* if patient experiences a sense of relative independence in the therapy relationship.

**Item 9: Therapist is distant, aloof (vs. responsive and effectively involved).**

Place toward *characteristic* direction if therapist's stance toward the patient is cool, formal, and detached, or marked by emotional retreat or withdrawal.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist is genuinely responsive and affectively involved.

**Item 10: Patient seeks greater intimacy with the therapist.**

Rate as *characteristic* if patient appears to either wish or attempt to transform the therapy relationship into a more social or personal and intimate relationship, e.g., patient expresses concern about the therapist; or attempts to gain knowledge of the therapist's personal life.

Place in *uncharacteristic* direction if patient does not appear to seek greater closeness with the therapist.

**Item 11: Sexual feelings and experiences are discussed.**

Place toward *characteristic* end if the patient's sexuality is discussed. This can take the form of a discussion of sexual problems, or the patient's sexual feelings or fantasies or actual sexual experiences, e.g., patient talks of wanting to have sex with a romantic partner more frequently.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not discuss sexual or erotic material

**Item 12: Silences occur during the hour.**

Place toward *characteristic* end if there are many periods of silence or significant pauses during the hour, or a few extended periods of silence.

Place in *uncharacteristic* direction if there are few silences.

N.B. Brief pauses in speech should not be rated as silences unless they are very frequent, or longer than several seconds.

**Item 13: Patient is animated or excited.**

Place toward *characteristic* end if patient directly expresses, or behaviorally displays, a feeling of excitation or appears aroused in some way, e.g., patient becomes animated in response to therapist's interpretation.

Place toward *uncharacteristic* end if patient appears bored, dull, or lifeless.

**Item 14: Patient does not feel understood by therapist.**

Place toward *characteristic* end if patient expresses concern about, or conveys the feeling of being misunderstood, or assumes that the therapist can not understand, e.g., a widow doubts the therapist's ability to understand her plight since he has never been in her situation.

Place toward *uncharacteristic* end if patient somehow conveys the sense that the therapist understands his or her experience or feelings, e.g., patient comments, in response to therapist's remarks, "Yes, that's exactly what I mean."

**Item 15: Patient does not initiate topics; is passive.**

Place toward *characteristic* end if patient does not initiate topics for discussion, bring up problems, or otherwise fails to assume some responsibility for the hour, e.g., patient states that s/he doesn't know what to talk about.

Place toward *uncharacteristic* end if patient is willing to break silences, or supplies topics either spontaneously or in response to therapist's probes, and actively pursues or elaborates them.

**Item 16: There is discussion of body functions, physical symptoms, or health.**

Place toward *characteristic* direction if discussion emphasizes somatic concerns or physical symptoms, e.g., patient may complain of fatigue or illness, or of having headaches, menstrual pains, poor appetite, and the like.

Place toward *uncharacteristic* end if physical complaints are not an important topic of discussion.

**Item 17: Therapist actively exerts control over the interaction (e.g., structuring, and / or introducing new topics).**

Place toward *characteristic* end if therapist intervenes frequently. Do not rate on the basis of perceptiveness or appropriateness of interventions, e.g., rate as very characteristic if therapist is so active that s/he frequently interrupts or intervenes to ask questions or make a point, or provides a good deal of direction during the hour.

Place toward *uncharacteristic* direction if therapist intervenes relatively infrequently, and makes little effort to structure the interaction; or if therapist tends to follow the lead of patient, e.g., allowing patient to introduce main topics and helping patient to follow his or her train of thought.

**Item 18: Therapist conveys a sense of nonjudgmental acceptance. (N.B. Placement toward uncharacteristic end indicates disapproval, lack of acceptance.)**

Place toward *characteristic* end if therapist refrains from overt or subtle negative judgments of the patient; "unacceptable" or problematic behavior of the patient may be explored while conveying the sense that the patient is worthy. Therapist displays unconditional acceptance.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's comments or tone of voice convey criticism, a lack of acceptance. A more extreme placement indicates therapist communicates that patient's character or personality is somehow displeasing, objectionable, or disturbed.

**Item 19: There is an erotic quality to the therapy relationship.**

Place toward *characteristic* end if the therapy relationship seems somehow sexualized. This could range from the presence of a warm, erotically tinged relationship to coy, or seductive behavior on the part of the patient, to overtly stated wishes for sexual gratification, e.g., patient talks of sexual experiences in such a way as to invite the sexual interests of the therapist.

Place toward *uncharacteristic* end if therapy relationship seems basically unsexualized; a more extreme placement in this direction indicates that patient or therapist avoid topics or behavior that might be viewed as betraying a sexual interest; or that there is an attempt to suppress erotic feeling.

**Item 20: Patient is provocative, tests limits of the therapy relationship. (N.B. Placement toward uncharacteristic end implies patient behaves in a compliant manner.)**

Place toward *characteristic* end if patient seems to behave in a manner aimed at provoking an emotional response in the therapist, e.g., patient may invite rejection by the therapist by behaving in a way that might anger him or her, or by violating one or another aspect of the therapy contract.

Place toward *uncharacteristic* end if patient is particularly compliant or deferential, or seems to be playing the role of the "good patient" as a way of courting the therapist.

**Item 21: Therapist self-discloses.**

Place toward *characteristic* end if therapist reveals personal information, or personal reactions to the patient, e.g., therapist tells patient where he or she grew up, or tells the patient "I find you a very likable person."

Place toward *uncharacteristic* end if therapist refrains from such self-disclosure. More extreme placement in this direction indicates therapist does not self-disclose even when patient exerts pressure for therapist to do so, e.g., therapist does not directly answer the question when patient asks whether the therapist is married.

**Item 22: Therapist focuses on patient's feelings of guilt.**

Place toward *characteristic* end if therapist focuses on, or somehow draws attention to, patient's guilty feelings particularly when there is an intent to help alleviate such feelings, e.g., therapist remarks that patient appears to feel guilty when she occasionally does not respond to one of her daughter's incessant requests for help.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not emphasize patient's feelings of guilt.

**Item 23: Dialogue has a specific focus.**

Place toward *characteristic* end if interaction is kept to a single or a few primary foci, e.g., the foremost topic of the hour is the patient's feeling that throughout the course of his life, and in many different ways, he has failed to live up to his father's expectations of him.

Place toward *uncharacteristic* end if multiple topics are discussed or if dialogue seems somewhat diffuse.

**Item 24: Therapist's own emotional conflicts intrude into the relationship.**

Place toward *characteristic* end if therapist appears to respond to the patient in a somehow ineffective or inappropriate way, and when this response does not stem solely from the therapy encounter, but conceivably derives from the therapist's own emotional or psychological conflicts, i.e., countertransference reaction, e.g., therapist seems to steer away from certain affects that the patient expresses or needs to express. I

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's personal emotional responses do not intrude in the therapy relationship inappropriately.

**Item 25: Patient has difficulty beginning the hour.**

Place toward *characteristic* end if patient manifests discomfort or awkwardness in the initial moments or minutes of the session, e.g., after a lengthy silence, the patient says, "Well, I don't know what to talk about today."

Place in *uncharacteristic* direction if patient begins hour directly without lengthy pauses or prompting questions from the therapist.

**Item 26: Patient experiences discomforting or troublesome (painful) affect.**

Place toward *characteristic* end if patient expresses feelings of shame, guilt, fear, or sadness while the session is in progress. Extremeness of placement indicates the intensity of the affect.

Place toward *uncharacteristic* direction indicates the patient does not express such troublesome feelings, or expresses feelings of comfort or contentment.

**Item 27: Therapist gives explicit advice and guidance (vs. defers even when pressed to do so).**

Place toward *characteristic* end if therapist gives explicit advice or makes particular suggestions which patient is then free to accept or ignore, e.g., therapist says, "You know, you might find it helpful to consult a lawyer about how to handle your inheritance." Or therapist might guide patient to consider a range of options and to explore each alternative, e.g., therapist

may point out possibilities the patient overlooks and direct patient to explore possible consequences of each line of action.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist refrains from giving advice; extreme placement in this direction indicates that the therapist does not supply such guidance despite pressure from the patient to do so.

**Item 28: Therapist accurately perceives the therapeutic process.**

Place toward *characteristic* end if the therapist seems to accurately perceive the patient's experience of the therapy relationship. This should be inferred from the therapist's comments, interventions, or general stance toward the patient. Judgment should be independent of the type of therapy (i.e., cognitive-behavioral, psychoanalytic) being conducted; rater should attempt an assessment from the perspective of the kind of therapy represented.

Place toward *uncharacteristic* end if the therapist appears in some manner to misperceive the patient's emotional state, the intent of his or her speech, the nature of the interaction between them, or to misformulate the problem.

**Item 29: Patient talks of wanting to be separate or distant.**

Place toward *characteristic* direction if patient talks about wanting greater distance or a sense of independence from someone (excludes therapist), e.g., states wish to finally be free of his or her parents' influence.

Place toward *uncharacteristic* direction if patient does not talk of wanting to be separate, independent, or detached.

**Item 30: Discussion centers on cognitive themes, i.e. about ideas or belief systems.**

Place toward *characteristic* end if dialogue emphasizes particular conscious ideational themes, beliefs, or constructs used to appraise others, the self or the world, e.g., therapist suggests they look more closely at a patient's idea or belief that unless he accomplishes everything he attempts perfectly, he is worthless.

Place toward *uncharacteristic* end if there is little or no discussion of such ideas or constructs.

**Item 31: Therapist asks for more information or elaboration.**

Place toward *characteristic* end if the therapist asks questions designed to elicit information, or presses the patient for a more detailed description of an occurrence, e.g., therapist asks about the patient's personal history, or inquires what thoughts went through the patient's mind when she met an acquaintance by chance on the street.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not actively elicit information.

**Item 32: Patient achieves a new understanding or insight.**

Place toward *characteristic* end if a new perspective, or new connection or attitude, or warded-off content emerges during the course of the hour, e.g., following the therapist's remark, the patient appears thoughtful and says, "I think that's true. I had never really thought about the situation that way before."

Place toward *uncharacteristic* end if no evidently new insight or awareness emerges during the hour.

**Item 33: Patient talks of feelings about being close to or needing someone.**

Place toward *characteristic* end if patient talks about being, or wanting to be, close or intimate with someone (excluding therapist), e.g., patient states he is lonely, and would like to be with someone.

Place toward *uncharacteristic* direction if patient does not make statements about wanting to be close and intimate.

**Item 34: Patient blames others, or external forces, for difficulties.**

Place toward *characteristic* end if patient tends to externalize, blaming others or chance events for difficulties, e.g., patient claims his or her problems with work stem from bad luck with employers.

Place toward *uncharacteristic* end if patient tends to assume responsibility for his or her problems, e.g., noting that unhappiness in romantic relationships may be the result of choosing unsuitable partners.

**Item 35: Self-image is a focus of discussion.**

Place toward *characteristic* end if a topic of discussion is patient's concept, or feelings, attitudes, and perceptions of self whether positive or negative, e.g., patient talks of how it is sometimes difficult for her to stand up for herself because she then experiences herself as being too aggressive.

Place toward *uncharacteristic* end if images of the self play little or no part in the dialogue.

**Item 36: Therapist points out patient's use of defensive maneuvers, e.g., undoing, denial.**

Place toward *characteristic* end if a major topic is the control operations used by the patient to ward off awareness of threatening information or feelings, e.g., the therapist points out how the patient is compelled to profess love for his father directly after having made critical remarks about him.

Place toward *uncharacteristic* end if this sort of interpretation of defenses plays little or no role during the hour.

**Item 37: Therapist behaves in a teacher-like (didactic) manner.**

Place toward *characteristic* end if therapist's attitude or stance toward patient is like that of a teacher to a student. This can be judged independently of content, i.e., therapist can impart information or make suggestions without behaving in a didactic or teacherly way; alternatively interpretations could be offered in the form of instruction.

Place toward *uncharacteristic* direction if therapist does not assume a tutor-like role in relation to the patient.

**Item 38: There is discussion of specific activities or tasks for the patient to attempt outside of session.**

Place toward *characteristic* end if there is discussion of a particular activity the patient might attempt outside of therapy, such as testing the validity of a particular belief or behaving differently than she might typically do, or reading books, e.g., there is talk about the patient facing a feared situation or object that she usually avoids.

Place toward *uncharacteristic* if there is no talk about the patient attempting particular actions of this sort outside of therapy.

**Item 39: There is a competitive quality to the relationship.**

Place toward *characteristic* end if either patient or therapist seems competitive with the other. This may take the form of boasting, "one-upping," or putting the other down, e.g., the patient suggests that therapists live a cloistered life while s/he is out living and working in the real world.

Place toward *uncharacteristic* end if there is little or no feeling of competitiveness between patient and therapist.

**Item 40: Therapist makes interpretations referring to actual people in the patient's life. (N.B. Placement toward uncharacteristic end indicates therapist makes general or impersonal interpretations.)**

Place toward *characteristic* end if therapist's interpretations refer to particular people the patient knows, e.g., therapist says, "You felt hurt and angry when your mother criticized you."

Placement of the item in the *uncharacteristic* direction signifies that interpretations do not refer to particular people, or refer to other aspects of the patient's life, e.g., therapist comments, "You seem to be inclined to withdraw when others become close"

**Item 41: Patient's aspirations or ambitions are topics of discussion**

Place toward *characteristic* end if patient talks about life projects, goals, or wishes for success or status, e.g., patient talks about her hopes to become a lawyer and earn a substantial income.

Place toward *uncharacteristic* end if patient shows or talks about a constriction of future expectations in the discussion of realistic plans or wishful thinking.

**Item 42: Patient rejects (vs. accepts) therapists comments and observations.**

Place toward *characteristic* end if patient typically disagrees with or ignores therapist's suggestions, observations, or interpretations, e.g., after the therapist made a major interpretation, the patient casually remarked that s/he didn't think that was quite it.

Placement toward *uncharacteristic* direction indicates that patient tends to agree with therapist's remarks.

**Item 43: Therapist suggests the meaning of others' behavior.**

Place toward *characteristic* direction if therapist attempts to interpret the meaning of the behavior of people in the patient's life, e.g., the therapist suggests that the patient's romantic partner has problems with intimacy.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not make comments about the meaning of the behavior of others.

**Item 44: Patient feels wary or suspicious (vs. trusting and secure).**

Place toward *characteristic* end if patient appears wary, distrustful, or suspicious of the therapist, e.g., patient wonders whether the therapist really likes him or her, or if there is another, hidden meaning in the therapist's remarks.

Place toward *uncharacteristic* end if patient seems to be trusting and unsuspecting.

**Item 45: Therapist adopts supportive stance.**

Place toward *characteristic* end if therapist assumes a supportive, advocate-like posture toward the patient. This may take the form of approval of something the patient has done, or encouraging, for example, the patient's self-assertion. Or the therapist may agree with the patient's positive self-statement, or emphasize the patient's strengths, e.g., "You did this in the past, and you can do it again."

Place toward *uncharacteristic* direction if therapist tends not to assume a supportive role of this sort.

**Item 46: Therapist communicates with patient in a clear, coherent style.**

Place toward *characteristic* end if therapist's language is unambiguous, direct, and readily comprehensible. Rate as very characteristic if therapist's verbal style is evocative, and marked by a freshness of words and phrasing.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist language is diffuse, overly abstract, jargon-laden, or stereotypic.

**Item 47: When the interaction with the patient is difficult, the therapist accommodates in an effort to improve relations.**

Place toward *characteristic* end if therapist appears willing and open to compromise and accommodation when disagreement occurs, or when conflicts arise in the dyad, e.g., when the patient becomes annoyed with the therapist, he or she makes some effort to mollify the patient.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not exert an effort to improve matters when the interaction becomes difficult.

**Item 48: The therapist encourages independence of action or opinion in the patient.**

Place toward *characteristic* end if therapist urges patient to think for him or herself and to take action based on what he or she thinks best, e.g., therapist notes that he has now heard from the patient what her mother and colleagues think she should do, but it's not clear what she wants or thinks.

Place toward *uncharacteristic* direction if therapist does not introduce the issue of independence or initiative as a topic of discussion.



**Item 49: The patient experiences ambivalent or conflicted feelings about the therapist.**

Place toward *characteristic* end if patient expresses mixed feeling about the therapist or if the patient's overt verbalizations about the therapist are incongruent with the tone of his or her behavior or general manner, or if there seems to be some displacement of feelings, e.g., the patient cheerfully agrees with the therapist's suggestion but then goes on to express hostility toward people who tell him or her what to do.

Place toward *uncharacteristic* end if there is little expression of patient ambivalence toward therapist.

**Item 50: Therapist draws attention to feelings regarded by the patient as unacceptable (e.g., anger, envy, or excitement).**

Place toward *characteristic* direction if therapist comments upon or emphasizes feelings that are considered wrong, inappropriate, or dangerous by the patient, e.g., therapist remarks that patient sometimes feels a jealous hatred of his more successful brother.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to emphasize feeling reactions that the patient finds difficult to recognize or accept.

**Item 51: Therapist condescends to or patronizes the patient.**

Place toward *characteristic* end if therapist seems condescending toward patient, treating him or her as if less intelligent, accomplished, or sophisticated. This may be inferred from the manner in which therapist delivers comments, or offers advice.

Place toward *uncharacteristic* direction if therapist conveys by his or her manner, tone of voice, or comments, that s/he does not assume an attitude of superiority.

**Item 52: Patient relies upon therapist to solve his/her problems.**

Place toward *characteristic* end if patient appears to present problems to the therapist in a manner that suggests a hope or expectation that the therapist will offer specific suggestions or advice in the way of a solution, e.g., patient states uncertainty as to whether or not to break up with a romantic partner and asks the therapist what to do. Note that the appeal for a solution need not be explicitly stated but may be implied by the manner in which the patient discusses the problem.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not appear explicitly or implicitly to rely on the therapist to solve problems.

**Item 53: Patient is concerned about what therapist thinks of him or her.**

Place toward *characteristic* end if patient seems concerned with what the therapist might think of his or her behavior, or is concerned about being judged, e.g., the patient might comment, "You are probably thinking that was a stupid thing to do." Rater may also infer this from patient behavior, e.g., patient boasts of accomplishments in order to favorably impress the therapist.

Place toward *uncharacteristic* if patient does not seem concerned with the kind of impression s/he is creating, or appears unworried about being judged by therapist

**Item 54: Patient is clear and organized in self-expression**

Place toward *characteristic* direction if patient expresses him- or herself in a manner that is easily understandable, and relatively clear and fluent.

Placement in *uncharacteristic* direction is indicative of rambling, frequent digression, or vagueness. This can sometimes be judged by the rater's inability to readily follow the connections between topics the patient discusses

**Item 55: Patient conveys positive expectations about therapy.**

Place toward *characteristic* end if patient expresses the hope or expectation that therapy will be of help. A more extreme placement in this direction indicates that the patient expresses unrealistically positive expectations, i.e., therapy will solve all of his or her problems and will be a protection against future difficulties, e.g., client may convey hope that therapy will provide quick results.

Place toward *uncharacteristic* end if patient expresses criticisms of therapy, e.g., conveys a sense of disappointment that therapy is not more effective or gratifying. A more extreme placement indicates patient expresses skepticism, pessimism, or disillusionment about what can be accomplished in therapy.

**Item 56: Patient discusses experiences as if distant from his or her feelings. (N.B. Rate as neutral if affect and import are apparent but modulated.)**

Refer to patient's attitude toward the material spoken, how much s/he appears to care about it, as well as how much overt affective expression there is. Place toward *characteristic* end if patient displays little concern or feeling, and is generally flat, impersonal, or halfheartedly indifferent (tension may or may not be apparent).

Rate as *uncharacteristic* if affect and import are apparent, but well modulated and balanced by cooler material. Place toward *very uncharacteristic* end if patient expresses sharp affect, or outbursts of emotion, and deeply felt concern.

**Item 57: Therapist explains rationale behind his or her technique or approach to treatment.**

Place toward *characteristic* end if therapist explains some aspect of the therapy to the patient, or answers questions about the treatment process, e.g., therapist may reply in response to a direct question or request by the patient that s/he prefers not to answer immediately, since this would provide a better opportunity to explore thoughts or feelings associated with the question. This item is also intended to capture the therapist suggesting the patient use, or instructing the patient about, certain therapy techniques, e.g., therapist suggests that patient try to focus on her feelings, or close her eyes and attempt to imagine a scene, or to hold a conversation in fantasy with someone during the hour.

Place toward *uncharacteristic* end if little or no effort is made by therapist to explain the rationale behind some aspect of the treatment even if there is pressure, or there may be some usefulness, in doing so.

**Item 58: Patient resists examining thoughts, reactions, or motivations related to problems.**

Place toward *characteristic* end if patient is reluctant to examine his or her own role in perpetuating problems, e.g., by balking, avoiding, blocking, or repeatedly changing the subject whenever a particular topic is introduced.

Place toward *uncharacteristic* end if patient actively contemplates, or is able to pursue, trains of thought that might be emotionally stressful or unsettling.

**Item 59: Patient feels inadequate and inferior (vs. effective and superior).**

Place toward *characteristic* end if patient expresses feelings of inadequacy, inferiority, or ineffectiveness, e.g., patient states that nothing he attempts really turns out the way he hopes it will.

Place toward *uncharacteristic* direction if patient expresses a sense of effectiveness, superiority, or even triumph, e.g., recounts personal achievements, or claims attention for a personal attribute or skill.

**Item 60: Patient has cathartic experience. (N.B. Rate as uncharacteristic if emotional expression is not followed by a sense of relief.)**

Place toward *characteristic* direction if patient gains relief by giving vent to suppressed or pent-up feeling, e.g., patient cries intensely over the death of a parent, and then tells the therapist he feels better as a result of getting these feelings out.

Place toward *uncharacteristic* end if the experience of strong affect is not followed by a sense of relaxation or relief.

Rate as *neutral* if cathartic experience plays little or no role in the hour.

**Item 61: Patient feels shy and embarrassed (vs. unselfconscious and assured).**

Place toward *characteristic* end if patient appears shy, embarrassed, or not self-assured, or at the extreme, humiliated or mortified.

Place toward *uncharacteristic* end if patient appears unselfconscious, assured, or certain of him- or herself.

**Item 62: Therapist identifies a recurrent theme in the patient's experience or conduct.**

Place toward *characteristic* end if therapist points out a recurrent pattern in the patient's life experience or behavior, e.g., therapist notes that patient repeatedly offers herself to sexual partners on a platter, thereby inviting shabby treatment.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not identify such a theme or recurrent pattern.

**Item 63: Patient's interpersonal relationships are a major theme.**

Place toward *characteristic* end if a major focus of discussion is the patient's social or work relationships, or personal emotional involvement (*excludes* discussion of therapy relationship [see Item 98] and *excludes* discussion of love or romantic relationships [see Item 64] ), e.g., patient discusses, at some length his or her distress over conflicts with a boss.

Place toward *uncharacteristic* direction if a good portion of the hour is devoted to discussion of matters that are not directly connected to relationships, e.g., the patient's compulsion to work, or drive to achieve, or his/her preoccupation with food and eating.

N.B. Item does not refer to discussion of relationships in the distant past. (See Item 91, Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion.)

**Item 64: Love or romantic relationships are a topic of discussion.**

Place toward *characteristic* end if romantic or love relationships are talked about during the hour, e.g., patient talks about feelings toward a romantic partner.

Place toward *uncharacteristic* direction if love relationships do not emerge as a topic.

N.B. This item refers to the *quality* of the relationship as opposed to marital status, e.g., discussion of a marital relationship that does not involve love or romance would *not* be rated in the characteristic direction.

**Item 65: Therapist clarifies, restates, or rephrases patient's communication.**

Place toward *characteristic* end if one aspect of the therapist's activity is restating or rephrasing the patient's affective tone, statements, or ideas in a somewhat more recognizable form in order to somehow render their meaning more evident, e.g., therapist remarks, "What you seem to be saying is that you're worried about what therapy will be like."

Place toward *uncharacteristic* end if this kind of clarifying activity is seldom used by the therapist during the hour.

**Item 66: Therapist is directly reassuring. (N.B. Place in uncharacteristic direction if therapist tends to refrain from providing direct reassurance.)**

Place toward *characteristic* end if therapist attempts to directly allay patient's anxieties, and instills the hope that matters will improve, e.g., therapist tells patient there is no reason for worry, he's sure the problem can be solved.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends to refrain from providing direct reassurance of this kind when pressed to do so.

**Item 67: Therapist interprets warded-off or unconscious wishes, feelings, or ideas.**

Place toward *characteristic* end if therapist draws the patient's attention to feelings, thoughts, or impulses that may not have been clearly in awareness. Rater must attempt to infer the quality of mental content (i.e., the extent to which it is in awareness) from the context of the hour (*exclude* interpretation of defensive maneuvers; see Item 36).

Place in *uncharacteristic* direction if therapist focuses on material that appears to be clearly in the conscious awareness of the patient.

**Item 68: Real vs. fantasized meanings of experiences are actively differentiated.**

Place toward *characteristic* end if therapist or patient notes differences between patient's fantasies about an occurrence and the objective reality, e.g., therapist points out that although the patient may have harbored death wishes toward the deceased, he did not, in reality, cause

his heart attack. Distortions and erroneous assumptions should also be included, e.g., therapist asks where patient got that idea when he repeatedly described the world as dangerous.

Place toward *uncharacteristic* direction if little of the activity of the therapy hour is concerned with distortions of reality.

**Item 69: Patient's current or recent life situation is emphasized in discussion.**

Place toward characteristic end if patient or therapist emphasizes very recent or current life events, e.g., patient talks about depression over a spouse's recent death.

Place toward *uncharacteristic* direction if discussion of current life situation was not an important aspect of the hour.

**Item 70: Patient struggles to control feelings or impulses.**

Place toward *characteristic* end when patient attempts to manage or control strong emotions or impulses, e.g., patient fights to hold back tears while obviously distressed.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not appear to make an effort to control, restrain, or mitigate feelings s/he is experiencing, or has little or no difficulty achieving control over them.

**Item 71: Patient is self-accusatory; expresses shame or guilt.**

Place toward *characteristic* end if patient expresses self-blame, shame, or guilt, e.g., patient claims that if s/he had paid more attention to a spouse's low moods, the spouse might not have committed suicide.

Place toward *uncharacteristic* direction if patient does not make statements reflecting self-blame, a sense of shame, or pangs of conscience.

**Item 72: Patient understands the nature of therapy and what is expected.**

Placement toward *characteristic* end reflects the extent to which the patient appears to comprehend what is expected of him or her in the situation and what will happen in therapy.

Placement toward *uncharacteristic* end suggests that the patient is uncertain or confused or misunderstands his or her role in therapy and what is expected in the situation.

**Item 73: The patient is committed to the work of therapy.**

Place toward *characteristic* end if patient seems committed to the work of therapy. May include willingness to make sacrifices to continue the endeavor, in terms of time, money, or inconvenience; may also include genuine desire to understand more about himself in spite of the psychological discomfort this may entail, e.g., a patient is so interested in beginning treatment that he is willing to give up a weekly golf game to keep therapy appointments.

Place toward *uncharacteristic* end if patient seems ambivalent about therapy, or unwilling to tolerate the emotional hardships that therapy might entail. May be expressed in terms of complaints about the expense of therapy, scheduling conflicts, or statements of doubt about the effectiveness of treatment, or uncertainty about wanting to change.

**Item 74: Humor is used.**

Place toward *characteristic* end if therapist or patient display humor during the course of the hour. This may appear as a defense/coping mechanism in the patient; or the therapist may use wit or irony to make a point or to facilitate development of a working relationship with the patient, e.g., patient demonstrates an ability to laugh at herself or her predicament.

Place toward *uncharacteristic* direction if the interaction appears grave, austere, or somber.

**Item 75: Interruptions or breaks in the treatment, or termination of therapy, are discussed.**

Place toward *characteristic* end if either patient or therapist talks of interruptions or breaks in the treatment, e.g., for vacations or illness, or of ending therapy. Includes all references to treatment interruptions or termination, i.e., whether it is wished for, feared, or threatened.

Place in *uncharacteristic* direction if discussion of interruptions in the treatment, or termination, seems to be avoided, e.g., an upcoming lengthy break in the treatment due to summer vacation is mentioned in passing, but neither patient nor therapist pursues topic.

Rate as *neutral* if no reference to interruptions in treatment, or termination, is made.

**Item 76: Therapist suggests that patient accept responsibility for his or her problems.**

Place toward *characteristic* direction if therapist attempts to convey to the patient that he must take some action, or change somehow, if his or her difficulties are to improve, e.g., therapist comments, "Let's look at what you may have done to elicit that response (from another person)."

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's actions are in general not aimed at persuading patient to assume greater responsibility, or if the therapist suggests the patient already assumes too much responsibility.

**Item 77: Therapist is tactless.**

Place toward *characteristic* end if therapist's comments seem to be phrased in ways likely to be perceived by the patient as hurtful or derogatory. This lack of tact or sensitivity may not be a result of therapist's annoyance or irritation, but rather a result of lack of technique, polish, or verbal facility.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's comments reflect kindness, consideration, or carefulness.

**Item 78: Patient seeks therapist's approval, affection, or sympathy.**

Place toward *characteristic* end if patient behaves in a manner that appears designed to make therapist like him or her, or to gain attention or reassurance.

Place toward *uncharacteristic* direction if patient does not behave in this fashion.

**Item 79: Therapist comments on changes in patient's mood or affect.**

Place toward *characteristic* end if therapist makes frequent or salient comments about shifts in the patient's mood or quality of experience, e.g., therapist notes that in response to his

comments, patient has shifted from a "devil may care" attitude to feeling hurt but working more seriously on his problems.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to comment on changes in patient's states of mind during the hour.

**Item 80: Therapist presents an experience or event in a different perspective.**

Place toward *characteristic* end if therapist restates what the patient has described in such a way that the patient is likely to look at the situation differently ("reframing" or "cognitive restructuring"). A new (and usually more positive) meaning is given to the same content, e.g., after patient berates herself for having started an ugly quarrel with a romantic partner, therapist says, "Perhaps this is your way of expressing what you need in that relationship." In rating this item, a particular event or experience that has been reframed should be identified.

Place in *uncharacteristic* direction if this does not constitute an important aspect of the therapist's activity during the hour.

**Item 81: Therapist emphasizes patient's feelings in order to help him or her experience them more deeply.**

Place toward *characteristic* end if therapist stresses the emotional content of what the patient has described in order to encourage the experience of affect, e.g., therapist suggests that the interaction the patient has just described in a storytelling manner probably made him feel quite angry.

Place toward *uncharacteristic* direction if therapist does not emphasize the experience or affect or appears interested in patient's objectified descriptions.

**Item 82: The patient's behavior during the hour is reformulated by the therapist in a way not explicitly recognized previously.**

Place toward *characteristic* end if therapist makes frequent or a few salient comments about the patient's behavior during the hour in a way that appears to shed new light on it, e.g., therapist suggests that the patient's late arrival for the hour may have a meaning, or therapist notes that whenever patient begins to talk about emotional topics, he quickly shifts to another focus.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to reformulate the patient's in-therapy behavior.

**Item 83: Patient is demanding.**

Place toward *characteristic* end if patient makes more than the "average" number of demands or requests of the therapist or pressures therapist to meet a request, e.g., patient requests evening appointments, medication, or requests more structure or more activity on therapist's part.

Place toward *uncharacteristic* end if patient is reluctant or hesitant to make usual or appropriate requests of the therapist, e.g., fails to ask for another appointment despite a schedule conflict with another, very important event.

**Item 84: Patient expresses angry or aggressive feelings.**

Place toward *characteristic* end if patient expresses resentment, anger, bitterness, hatred, or aggression (*excludes* such feelings directed at therapist; see Item 1).

Place in *uncharacteristic* direction if the expression of such feelings does not occur, or if patient expresses feelings of affection or love.

**Item 85: Therapist encourages patient to try new ways of behaving with others.**

Place toward *characteristic* end if therapist suggests alternative ways of relating to people, e.g., therapist asks patient what he thinks might happen if he were to be more direct in telling his mother how it affects him when she nags. More extreme placement implies that the therapist actively coaches patient on how to interact with others, or rehearses new ways of behaving with others.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to make suggestions about how to relate to others.

**Item 86: Therapist is confident or self-assured (vs. uncertain or defensive).**

Place toward *characteristic* end if therapist appears confident, sure, and nondefensive.

Rate as *uncharacteristic* if therapist appears uncertain, embarrassed, or at a loss.

**Item 87. Patient is controlling.**

Place in *characteristic* direction if patient exercises a restraining or directing influence in the hour, e.g., patient dominates the interaction with compulsive talking, or interrupts the therapist frequently.

Place in *uncharacteristic* direction if patient does not control the interaction, working with therapist in a more collaborative fashion.

**Item 88: Patient brings up significant issues and material.**

Placement in *characteristic* direction indicates that rater judges that what the patient brings up and talks about during the hour is importantly related to patient's psychological conflicts, or are topics of real concern.

Place toward *uncharacteristic* end if discussion seems unrelated to or somehow removed from issues of central concern.

**Item 89: Therapist acts to strengthen defenses.**

Place toward *characteristic* end if therapist's stance is characterized by a calm, attentive compliance intended to avoid upsetting the patient's emotional balance or if he or she actively intervenes to help patient avoid or suppress disturbing ideas or feelings.

Place in *uncharacteristic* direction if therapist does not act to shore up defenses or suppress troublesome thoughts or feelings.

**Item 90: Patient's dreams or fantasies are discussed.**

Place toward *characteristic* end if a topic of discussion is dream content or fantasy material (daydreams or night dream), e.g., patient and therapist explore the possible meanings of a dream the patient had the night before starting therapy.



Place toward *uncharacteristic* end if there is little or no discussion of dreams or fantasy during the hour.

**Item 91: Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion.**

Place toward *characteristic* end if some part of the hour is taken up by a discussion of childhood or memories of early years of life.

Place in *uncharacteristic* direction if little or time is devoted to a discussion of these topics.

**Item 92: Patient's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past.**

Place toward *characteristic* end if several links or salient connections are made between the patient's current emotional experience or perception of events with those of the past, e.g., therapist points out (or patient realizes) that current fears of abandonment are derived from the loss of a parent during childhood.

Place toward *uncharacteristic* end if current and past experiences are discussed, but not linked overtly.

Place toward *neutral* category if these subjects are discussed very little or not at all.

**Item 93: Therapist is neutral.**

Place toward *characteristic* end if therapist tends to refrain from stating opinions or views of topics patient discusses. Therapist assumes role of neutral commentator, and the patient's view of matters is made pre-eminent in the dialogue, e.g., therapist asks how it would be for the patient if she, as the therapist, approved of his expressing his anger, and subsequently inquires how it would be for him if she disapproved.

Place toward *uncharacteristic* direction if therapist expresses opinions, or takes positions either explicitly or by implication, e.g., therapist tells patient that it is very important that he learn how to express his anger, or comments that the relationship the patient is in right now is not a very good one, and that she should consider getting out of it.

N.B. Neutrality is not synonymous with passivity. The therapist can be active and still maintain a neutral stance.

**Item 94: Patient feels sad or depressed (vs. joyous or cheerful).**

Place toward *characteristic* end if patient's mood seems melancholy, sad, or depressed.

Place toward *uncharacteristic* end if patient appears delighted or joyful or somehow conveys a mood of well-being or happiness.

**Item 95: Patient feels helped.**

Place toward *characteristic* end if patient somehow indicates a sense of feeling helped, relieved, or encouraged.

Placement *uncharacteristic* direction indicates that patient feels discouraged with the way therapy is progressing, or frustrated, or checked. (N.B. Item does not refer to events outside of therapy.)

**Item 96: There is discussion of scheduling of hours, or fees.**

Place toward *characteristic* end if therapist and patient discuss the scheduling or rescheduling (times, dates, etc.) of a therapy hour, or if there is discussion of the amount of fee, time of payment, and the like.

Place toward *uncharacteristic* direction if these topics are not taken up.

**Item 97: Patient is introspective, readily explores inner thoughts and feelings.**

Place toward *characteristic* end if patient appears unguarded, and relatively unblocked. In this instance the patient pushes beyond ordinary constraints, cautions, hesitations, or feelings of delicateness in exploring and examining thoughts and feelings.

Place in *uncharacteristic* direction if patient's discourse appears hesitant or inhibited, shows constraint, reserve, or a stiffening of control, and does not appear loose, free, or unchecked.

**Item 98: The therapy relationship is a focus of discussion.**

Place toward *characteristic* end if therapy relationship is discussed, e.g., therapist calls attention to features of the interaction or interpersonal process between the patient and him or herself.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist or patient does not comment on the nature of transactions between them, i.e., focuses on content.

**Item 99: Therapist challenges the patient's view (vs. validates the patient's perceptions).**

Place in *characteristic* end if therapist somehow raises a question about the patient's view of an experience or an event, e.g., therapist might say "How is that so?" or "I wonder about that," or simply utter an "Oh?" This item does not refer to interpretations or reframing in the sense of providing a new or different meaning to the patient's discourse, but instead refers simply to raising a question about the patient's viewpoint in some way.

Place in *uncharacteristic* direction if therapist somehow conveys a sense of agreement, concurrence with, or substantiation of the patient's perspective, e.g., therapist may say, "I think you're quite right about that" or "You seem to have a good deal of insight into that."

**Item 100: Therapist draws connections between the therapeutic relationship and other relationships.**

Place toward *characteristic* end if therapist makes several or a few salient comments linking the patient's feelings about the therapist and feelings toward other significant individuals in his or her life. Includes current relationships, and past or present relationships with parents (transference/ parent link), e.g., therapist remarks that she thinks the patient is sometimes afraid she will criticize her just as her mother does.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's activity during the hour includes no or few attempts to link the interpersonal aspects of therapy with experiences in other relationships.