

Pirjo Lehtovuori

Psykoterapeutin henkilökohtaisten
ominaisuuksien merkitys
psykoterapiassa ja niiden vaikutus
tuloksellisuuteen
identiteettihaastattelun perusteella



Pirjo Lehtovuori

Psykoterapeutin henkilökohtaisten
ominaisuuksien merkitys psykoterapiassa
ja niiden vaikutus tuloksellisuuteen
identiteettihaastattelun perusteella

Esitetään Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden ja psykologian tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa S212
tammikuun 20. päivänä 2018 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of
the Faculty of Education and Psychology of the University of Jyväskylä,
in building Seminarium, auditorium S212, on January 20, 2018 at 12 o'clock noon.



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2018

Psykoterapeutin henkilökohtaisten
ominaisuuksien merkitys psykoterapiassa
ja niiden vaikutus tuloksellisuuteen
identiteettihaastattelun perusteella

Pirjo Lehtovuori

Psykoterapeutin henkilökohtaisten
ominaisuuksien merkitys psykoterapiassa
ja niiden vaikutus tuloksellisuuteen
identiteettihaastattelun perusteella



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2018

Editors

Timo Suutama

Department of Psychology, University of Jyväskylä

Pekka Olsbo, Päivi Vuorio

Open Science Centre, University of Jyväskylä

Cover photo by Marjo Tynkkynen.

Permanent link to this publication: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7310-0>

URN:ISBN:978-951-39-7310-0

ISBN 978-951-39-7310-0 (PDF)

ISBN 978-951-39-7309-4 (nid.)

ISSN 0075-4625

Copyright © 2018, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2018

ABSTRACT

Lehtovuori, Pirjo

The significance of the personal characteristics of psychotherapists in psychotherapy and their effect on treatment results based on an identity interview

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2018, 177 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research

ISSN 0075-4625; 602)

ISBN 978-951-39-7309-4 (nid.)

ISBN 978-951-39-7310-0 (PDF)

The purpose of my study was to use the Psychotherapist Identity Interview (PII) method, developed for this study and based on Erik H. Erikson's and Heinz Kohut's theories, to examine the significance of the personal characteristics of psychotherapists for psychotherapy, and their effect on treatment results. The study described the theoretical background and development of the interview method and the validation of the instrument. The study involved 68 contract therapists from the Helsinki Psychotherapy Study and 333 patients, of whom 65 therapists and 308 patients were included in the assessment of benefit from therapy. Videotaped, semistructured therapist interviews were assessed using 16 variables describing therapists and based on Erikson's and Kohut's theories. Three factors, *Creative will*, *Empathy*, and *Ability to form close interpersonal relationships*, were formed from the variables and examined in relation to demographic and therapist factors. Solution-focused therapists had more slightly pronounced Creative will than advanced specialist level and specialist level psychodynamic therapists. Therapists delivering solution-focused therapy had more pronounced Creative will compared to other therapists. Therapists delivering solution-focused therapy had less Empathy than other therapists. Therapists living alone with one or more minor children had less Ability to form close interpersonal relationships than those living with a spouse or with a spouse and one or more minor children. Cluster analysis provided six clusters described qualitatively on the basis of the researcher's description of the atmosphere in the interview situation. The clusters were assessed in relation to the benefit from therapy at 12 months as assessed by outside interviewers. Based on paired comparison of the clusters only the fifth cluster (*Dependence-tinged warmth and calm unhurriedness, scant awkward feelings*) differed from all others. The patients' benefit from therapy delivered by therapists of that cluster was clearly less than in the case of the other clusters. According to assessment by external interviewers at 12 months, patients of therapists administering long-term psychodynamic psychotherapy had benefited from therapy more, on average, than patients whose therapists did not administer long-term psychodynamic psychotherapy. The difference between the benefit obtained by the patients of therapists providing long-term psychodynamic psychotherapy and the patients of therapists not providing that therapy was independent of the therapists' characteristics.

Keywords: psychotherapy, personal characteristics of psychotherapist, identity interview, effectiveness

Author's address Pirjo Lehtovuori
Orapihlajatie 21-27 A 3
00320 Helsinki
pirjo.lehtovuori@kolumbus.fi

Supervisors Professor Jaakko Seikkula
Department of Psychology
University of Jyväskylä

Professor emeritus Jarl Wahlström
Department of Psychology
University of Jyväskylä

Professor Asko Tolvanen
Methodology Center for Human Sciences
University of Jyväskylä

Reviewers Docent Henrik Enckell
Helsinki

Professor emeritus Karl-Erik Wahlberg
Department of Psychiatry
Research Unit of Clinical Neuroscience
University of Oulu

Opponent Docent Henrik Enckell
Helsinki

TIIVISTELMÄ

Lehtovuori, Pirjo

Psykoterapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitys psykoterapiassa ja niiden vaikutus tuloksellisuuteen identiteettihaastattelun perusteella
Jyväskylä: University of Jyväskylä, 218, 177 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research

ISSN 0075-4625; 602)

ISBN 978-951-39-7309-4 (nid.)

ISBN 978-951-39-7310-0 (PDF)

Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää haastattelumenetelmä, arvioida sen käytettävyyttä psykoterapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien kuvauksessa ja niiden mahdollista yhteyttä tuloksellisuuteen. Menetelmä, joka pohjaa Erik H. Eriksonin ja Heinz Kohutin teorioihin, nimettiin Psykoterapeutin Identiteettihaastatteluksi. Tutkimuksessa kuvattiin haastattelumenetelmän teoreettista taustaa, kehittämistyötä ja mittarin validointia. Tutkimuksessa oli mukana 68 Helsingin Psykoterapiatutkimuksen sopimusterapeuttia ja 333 potilasta, joista 65 terapeuttia ja 308 potilasta oli mukana terapiasta saadun hyödyn arvioinnissa. Videoituja puolistrukturoituja terapeuttien haastatteluja arvioitiin Eriksonin ja Kohutin teorioihin pohjaavilla, terapeuttia kuvaavilla, 16 muututtujalla. Muuttujista muodostettuja kolmea faktoria, *Luova tahdonvoima*, *Empatia*, *eläytyminen* ja *Kyky läheiseen ihmissuhteeseen*, tarkasteltiin suhteessa demografisiin ja terapeutiteikijöihin. Voimavarasuuntautuneilla terapeuteilla oli enemmän hieman ylikorostunutta Luovaa tahdonvoimaa kuin psykodynaamisilla vaativan erityistason ja erityistason psykoterapeuteilla. Terapeuteilla, jotka tekivät voimavarasuuntautunutta terapiaa, oli ylikorostuneemmin Luovaa tahdonvoimaa kuin niillä, jotka eivät sitä tehneet. Voimavarasuuntautunutta terapiaa tehneillä oli vähemmän Empatiaa, eläytymistä kuin niillä jotka eivät sitä tehneet. Terapeuteilla, jotka asuivat yksin yhden tai useamman alaikäisen lapsen kanssa, oli vähemmän Kykyä läheiseen ihmissuhteeseen kuin niillä, jotka asuivat avio-/avopuolison kanssa kaksistaan tai lisäksi alaikäisen lapsen tai lasten kanssa. Pääkomponenttipistemääristä tehdyn klusterianalyysin pohjalta saatiin kuusi klusteria, joita kuvattiin laadullisesti tutkijan haastattelutilanteessa luoman tunnelmakuvauksen avulla. Klustereita tarkasteltiin suhteessa terapiasta 12. kuukauden kohdalla saatuun hyötyyn, jota arvioivat ulkopuoliset haastattelijat. Ryhmien parittaisen vertailun perusteella vain viides klusteri (*rauhallisen verkkaisuuden ja hankalien tunteiden niukkuuden riippuvaissävyinen lämpö*) erosi kaikista muista. Tämän klusterin terapeuttien potilaat hyötyivät terapiasta selkeästi vähemmän verrattuna muiden klustereiden terapeuttien potilaisiin. Ulkopuoliset haastattelijat arvioivat pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden psykoterapeuttien potilaiden hyötynneen terapiasta 12. kuukauden arvioinnissa keskimäärin enemmän kuin niiden potilaiden, joiden terapeutit eivät tehneet pitkää psykodynaamista psykoterapiaa. Pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden psykoterapeuttien potilaiden terapiasta saama hyöty oli riippumatonta terapeutin ominaisuuksista.

Avainsanat: psykoterapia, psykoterapeutin henkilökohtaiset ominaisuudet, identiteettihaastattelu, tuloksellisuus

ESIPUHE

Tutkimusmatkani alkoi Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa (ent. Psykoterapiaprojekti) keväällä 1990. Minulle tarjoutui tällöin mahdollisuus alkaa tutkia itseäni kiinnostavaa aihetta Terapeutin identiteetti. Lisensiaatintutkimuksessani (2002) käytin DPCCQ-kyselylomaketta, jonka käyttöön olin saanut luvan professori David Orlinskyltä ja hänen kansainväliseltä tutkimusryhmältään. Tutkin silloin psykoterapeuttien kokemuksia ammatillisesta kehityksestä ja henkilökohtaisesta elämästä. Haastattelin vuosina 1995–1999 kyselylomakkeen täyttäneet Helsingin Psykoterapiatutkimuksen sopimusterapeutit laatimallani Psykoterapeutin Identiteettihaastattelu -menetelmällä, jonka tutkiminen on ollut väitöskirjani keskeinen tarkoitus.

Helsingin Psykoterapiatutkimus, jonka toiminta jatkuu nykyään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa, on toteutunut laaja-alaisessa yhteistyössä eri laitosten kesken. Tutkimukseni mahdollistumisen edellytyksistä vastanneita muita laitoksia ovat Kela, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka, Biomedicum Helsinki -säätiö, Kuntoutussäätiö ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

Olen kiitollinen Helsingin Psykoterapiatutkimuksen alkuvaiheen johtajalle, dosentti Veikko Aalbergille, joka ennakkoluulottomasti otti minut tutkijaksi vuonna 1990, ja psykiatrian erikoislääkäri Jorma Hannulalle, joka luotti minuun ja oli alkuvuosina monin tavoin apunani ymmärtävästi ja kannustavasti.

Kiitän Helsingin Psykoterapiatutkimuksen pitkäaikaista johtajaa, professori emeritus Paul Knektiä yhteistyön mahdollistumisesta läpi erilaisten tutkimusvaiheiden ja prosessien. Dosentti Olavi Lindforsia kiitän syvällä lämmöllä pitkäjänteisestä ja luottamuksellisesta työstä, jota hän on tehnyt säilyttääkseni tutkimusmahdollisuuden ja hyväksyvän yhteyden tutkimukseni ja Helsingin Psykoterapiatutkimuksen välillä. Olavi Lindfors on tukenut minua kohtavimmin koko pitkän tutkimusprosessini ajan, mikä on merkinnyt minulle paljon.

Olen kiitollinen ohjaajalleni professori Jaakko Seikkulalle, joka tuli mukaan uutena ohjaajana prosessini viime vaiheisiin. Hänen tapansa tarkastella työtäni, alkuun hieman etäämmältä, auttoi minua kiinnittämään huomiota työni epäkohtiin. Kiitän sydämestäni professori Jarl Wahlströmiä vuosien kärsivällisestä ohjauksesta ja epävarmuuteni ymmärtämisestäni. Erityisesti kiitän häntä siitä, ettei hän heittänyt ensimmäistä tutkimussuunnitelmaani vuonna 1993 lopullisesti roskakoriin. Viimeisimmän tutkimusaiheeni merkittävä ohjaaja on ollut professori Asko Tolvanen, joka on ollut tärkeänä tukenani ja tilastomenetelmien opastajana, mitä arvostan paljon.

Tekstini muokkaamisessa ymmärrettävämpään ja selkeämpään kieliasuun ovat auttaneet merkittävästi dosentti Timo Suutama ja diplomikielenkääntäjä Hilka Salmén sekä ystäväni Leena-Maria Blinnikka, vävyini Johannes Olli ja Hilla Lehtovuori. Iloiset kiitokseni teille kaikille kärsivällisyydestä ja kirjoitustyylini kunnioittamisesta.

Lämpimät kiitokseni kaikille teille tutkimukseeni osallistuneille terapeuteille, jotka rohkealla, avoimella ja tutkimusmyönteisellä asenteellanne mahdollistitte tutkimukseni toteutumisen. Kiitän myös Helsingin Psykoterapiatutkimuksen potilashaastattelijoita potilaiden hyötyarviohaastatteluista. Ajattelen myötäeläen teitä kaikkia tutkimukseen osallistuneita potilaita matkallanne turvallisemman elämän ja kohtaavamman suhteessa olon sisäistämiseksi.

Lämpimimminkin ja rakkautta kiitän miestäni Tuomoa, joka myös oman vakavan sairastumisensa keskellä jaksoi kestää ja huolehtia minusta yksinäisen tutkimusmatkani monisävyisyydessä.

Omistan väitöskirjani rakkaille, aikuisille lapsilleni, Ninnille ja Karrille, jotka ovat kanssaeläneet lempeästi äitinsä tutkijamatkaa. Sydämenkiitos äidilleni ja isälleni, jotka eläessään tukivat ja kannustivat minua monin tavoin.

Rakkaalla isäni kunnostamalla sukujuuriensa hirsitorpallani 28.10.2017

Pirjo Lehtovuori

KUVIOT

KUVIO 1	Wardin ryhmittelymenetelmää vastaava dendrogramma	77
KUVIO 2	Kuuden klusterin faktoripisteiden keskiarvo.....	78
KUVIO 3	Terapiasta saadun hyödyn keskiarvo klustereittain	87
KUVIO 4	Terapiasta saatu hyöty klustereittain.....	87

TAULUKOT

TAULUKKO 1	Kahden arvioijan väliset Pearsonin korrelaatiot.....	69
TAULUKKO 2	Kahden arvioijan keskiarvot, keskihajonnat ja t-testin p-arvo ...	70
TAULUKKO 3	Terapeutin ominaisuuksia kuvaavien muuttujien väliset korrelaatiot (Pearson).....	71
TAULUKKO 4	Pääkomponenttianalyysin variamax-rotatoidut lataukset	72
TAULUKKO 5	Terapeuttien demografisten ja terapeuttitekkijöiden yhteydet faktoripisteisiin (keskiarvot ja -hajonnat, F-testi parivertailuin)	74
TAULUKKO 6	Terapeuttipätevyys klustereittain; n (%).....	79
TAULUKKO 7	Terapeuttien kokemus oman terapian merkitys klustereittain; n (%)	84
TAULUKKO 8	Eri terapiamuotoa tehneiden/tekemättömien terapeuttien potilaiden terapiasta saaman hyödyn keskiarvot, keskihajonnat ja keskiarvojen vertailu t-testillä	88

LIITTEET

LIITE 1	Alkuperäiset haastattelukysymykset.....	156
LIITE 2	Alkuperäisen arviointimenetelmän pisteytysohjeet.....	162
LIITE 3	TER_IDENT-arviointilomake.....	172
LIITE 4	Hyötyarvion potilashaastattelukysymykset.....	176

SISÄLLYS

ABSTRACT
TIIVISTELMÄ
ESIPUHE
KUVIOT, TAULUKOT JA LIITTEET
SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	11
1.1	Tutkimuksen tarkoitus.....	11
1.2	Haastattelumenetelmät terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien arvioinnissa	14
1.3	Terapeuttiominaisuuksien vaikutus hoitotulokseen.....	15
1.3.1	Terapeutin sukupuoli ja ikä.....	16
1.3.2	Terapeutin ammatillinen tausta.....	17
1.3.3	Terapeutin tehokkuus - hyvät ja huonot terapeutit?.....	21
1.3.4	Terapeutin suhteessaolo- ja yhteistyötaitojen osuus tuloksellisuudessa	25
1.3.5	Terapeutin persoonallisten ominaisuuksien vaikutus tuloksellisuuteen.....	30
1.3.6	Terapeutin persoonallisten ominaisuuksien vaikutus negatiiviseen hoitotulokseen	38
1.4	Terapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitys psykoterapeuttien koulutuksessa.....	40
1.4.1	Koulutuspsykoterapian merkitys psykoterapeuttikoulutuksissa	47
2	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	50
3	AINEISTOT JA MENETELMÄT	52
3.1	Terapeutit.....	52
3.2	Potilaat.....	54
3.3	Terapiat	55
3.4	Terapeuttia koskevat menetelmät	56
3.4.1	Terapeuttien arviointi Erik H. Eriksonin määrittelemien käsitteiden pohjalta	56
3.4.2	Terapeuttien arviointi Heinz Kohutin määrittelemien käsitteiden pohjalta	58
3.4.3	Psykoterapeutin Identiteettihaastattelu (PII).....	61
3.5	Terapeuttiaineiston tilastollinen käsittely	64
3.6	Terapeuttiominaisuuksien laadullinen kartoitus.....	65
3.6.1	Faktoripisteistä saatujen klustereiden laadullinen kuvaus.....	65
3.6.2	Laadullinen kuvaus oman psykoterapian merkityksestä työlle ja elämälle	66
3.7	Potilasta koskevat menetelmät	67

4	TULOKSET.....	69
4.1	Terapeuttien ominaisuuksien arvioitsijareliabiliteetit	69
4.2	Terapeutin ominaisuuksia kuvaavien muuttujien tiivistäminen	70
4.3	Faktorien yhteydet demografisiin ja terapeuttipätevyysmuuttujiin...	74
4.4	Terapeuttien klusterianalyysi	78
4.5	Terapeuttiominaisuuksien laadullinen kartoitus.....	80
4.5.1	Faktoripisteistä saatujen klustereiden laadullinen kuvaus.....	80
4.5.2	Laadullinen kuvaus oman psykoterapian merkityksestä työlle ja elämälle	84
4.6	Klusterien yhteys terapiasta saatuun hyötyyn.....	87
4.7	Terapeuttien antaman terapiamuodon suhde terapiasta saatuun hyötyyn	89
5	POHDINTA	91
5.1	Tutkimustulokset.....	91
5.2	Tulosten pohdinta.....	93
5.2.1	Haastattelumenetelmän ja sen reliabiliteetin arviointi.....	93
5.2.2	Faktorien muuttujarakenne	98
5.2.3	Faktorien yhteydet demografisiin ja terapeuttipätevyysmuuttujiin.....	99
5.2.4	Klusterit ja niiden analysointi	101
5.2.5	Terapeutin ominaisuudet tuloksellisuuden ennustajina.....	102
5.2.6	Terapeutin oman hoidon merkitys tuloksellisuuden ennustajana.....	109
5.2.7	Terapeutin antaman terapiamuodon suhde terapiasta saatuun hyötyyn	110
5.2.8	Haastattelumenetelmän käyttö psykoterapeuttikoulutuksissa	113
5.3	Jatkotutkimuksen kysymyksiä	117
	SUMMARY	121
	LÄHTEET	126
	LIITTEET.....	156

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimukseni oli osa Helsingin Psykoterapiatutkimusta, ja sen tarkoituksena oli kartoittaa psykoterapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitystä psykoterapiassa ja niiden vaikutusta tulokseen tätä tutkimusta varten laaditulla Psykoterapeutin Identiteettihaastattelu -menetelmällä (Psychotherapist Identity Interview, PII). Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata haastattelumenetelmän teoreettista taustaa, kehittämistyötä ja mittarin validointia. Siinä oli mukana myös teoreettinen katsaus terapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien merkityksestä potilastyössä ja koulutuksessa. Terapeuttien ominaisuuksia tarkasteltiin suhteessa demografisiin tekijöihin, terapeuttipätevyystekijöihin ja terapiasta saatuun hyötyyn 12 kuukauden potilasseurannassa.

Psykoterapeutit olivat pitkään laiminlyöty (Beutler, 1997; Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble & Wong, 2004; Garfield, 1997; Kazdin, 1997), usein unohdettu tai huonosti ymmärretty tekijä psykoterapiatutkimuksissa (Luborsky, Crits-Christoph, McLellan, Woody, Piper, Liberman, Imber & Pilkonis, 1986; Luborsky, Diguier, McLellan, & Woody, 1995; Najavits & Strupp, 1994), vaikka psykoterapeutin osuuden tutkiminen psykoterapian tuloksellisuudessa oli yksi keskeisimmistä psykoterapian tutkimuskohteista 1980- ja 1990-luvuilla (Beutler, 1997; Strupp & Anderson, 1997). Tutkimus painottui enemmän tehokkaiden terapioiden tutkimiseen kuin terapioiden tuottajiin, terapeutteihin (APA Presidential Task Force..., 2006). Toisaalta, jo tällöin havaittiin, että terapeutin persoonallisuus, eritoten terapeutin kyky rakentaa lämmin ja tukeva työskentelysuhde potilaan kanssa sekä terapeutin vuorovaikutuskyvyt olivat merkittävämpiä tekijöitä hoidon tuloksellisuudelle kuin hoitomuoto (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Luborsky ym., 1986; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985). Vaikkakaan terapeutti ei ole ollut enää psykoterapiatutkimuksen laiminlyöty tekijä 2000-luvulla, panivat Orlinsky ja Rønnestad (2005) kuitenkin merkille, että huomiota kiinnitettiin yhäti enemmän itse terapiaan, muttei terapeuttiin – ikään kuin terapeutilla ei olisi mitään mer-

kitystä vaikuttavuuteen. Beutler ym. (2004) totesivatkin, että yhä tiedettiin niukasti tekijöistä, jotka aiheuttavat vaihtelua menestyneiden ja vähemmän menestyneiden terapeuttien välillä.

Psykoterapian vaikuttavuus perustuu käytettyyn terapiamenetelmään, yhteisiin terapiatekijöihin ja soveltavuuteen kullekin potilaalle (Aveline, 2005). Yhteisillä terapiatekijöillä tarkoitetaan sekä terapeutin ominaisuuksia että potilaan ja terapeutin välistä yhteistyösuhdetta, allianssia, jonka kautta terapeuttitekijät ilmeisimmin vaikuttavat hoidon tuloksellisuuteen (Lambert & Barley, 2002). Gelso ja Carter ovat kehittäneet vuodesta 1985 lähtien kolmiomallia, jossa terapeuttiseen suhteeseen katsotaan kuuluvan terapeutin ja potilaan todellinen ihmissuhde, allianssi ja transferenssi-vastatransferenssi-ilmiöt (Gelso, 2014; Gelso & Carter, 1985). Useimmissa terapioissa yhteisiä tekijöitä ovat parantumisen oletus, lämpö, huomio, ymmärrys ja rohkaisu. Näiden ominaisuuksien katsotaan olevan keskeisiä psykoterapeuttiselle muutokselle, ja niillä on tärkeä merkitys potilaan paranemisessa (Norcross, 2010; Norcross & Wampold, 2011; Wampold, 2001). Allianssitutkimuksen (Heinonen, Lindfors, Härkänen, Virtala, Jääskeläinen & Knekt, 2013; Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe, & Monsen, 2009; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Lambert & Barley, 2002; Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010; Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg & Rønnestad, 2013; Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002; Wampold, 2001) ja tuloksellisuustutkimuksen (mm. Baldwin & Imel, 2013; Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers & Schauenburg, 2008; Heinonen, Knekt, Jääskeläinen & Lindfors, 2014; Heinonen, Lindfors, Laaksonen & Knekt, 2012; Huppert, Bufka, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2001; Kim, Wampold & Bolt, 2006; Kivlighan, Gelso, Ain, Hummel & Markin, 2015; Nissen-Lie ym., 2013; Saxon & Barkham, 2012; Wampold & Bolt, 2006; Wampold & Brown, 2005; Zuroff, Shahrar, Blatt, Kelly & Leybman, 2016) ohella terapeuttiin liittyvä tutkimus on kohdistunut sosiodemografisiin tekijöihin, terapeuttikoulutukseen, ammatilliseen kokemukseen, terapeutin vuorovaikutustaitoihin ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin sekä niiden vaikutukseen psykoterapian tuloksellisuuteen (Lambert, 2004, 2013; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2011).

Useissa eri suuntauksissa alettiin kiinnittää huomiota jo 1970–1980-luvuilla psykoterapian haitallisiin puoliin (mm. Mays & Franks, 1985; Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977). Nykyään on osoitettu, että suhteessaolotaidoilla ja teknisillä tekijöillä on sekä positiivista että negatiivista vaikutusta tulokseen, kuten on myös terapeutin ja potilaan välisellä molemminpuolisuudella (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010; Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg ja Hayes, 2011; Wampold, 2007; Wampold & Imel, 2015). Enenevästi on alettu kiinnittää huomiota myös terapian haitallisiin puoliin (Castonguay ym., 2010).

Jo usean vuosikymmenen ajan on aavisteltu, oletettu, päätelty ja saatu näyttöä siitä, että psykoterapeutin henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on jonkinlaista osuutta ja merkitystä tuloksellisuuden kannalta. Kuitenkin terapeuttien henkilökohtaisia ominaisuuksia on tutkittu yhä hyvin vähän – erityisesti kokeneiden psykoterapeuttien osalta ja todellisissa, pitkissä psykoterapioissa. Valta-

osassa terapeuttiin liittyvistä tutkimuksista ei myöskään ole alun perin tutkittu yksittäisiä terapeutteja ja arvioitu heidän henkilökohtaisia ominaisuuksiaan, vaan on vertailltu ryhmätasolla jälkikäteen hoitojen tuloksellisuutta terapeuttien kesken.

Psykoterapeuttien henkilökohtaisia ominaisuuksia kartoittavissa tutkimuksissa on useimmiten käytetty terapeuttien itse täyttämiä kyselylomakkeita. Laaja-alaisin, kvantitatiivisia menetelmiä käyttävä kyselylomake on Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ; Orlinsky & Rønnestad, 2005), jonka pohjalta on olemassa, monista eri maista ja maanosista, itsearvioon perustuvaa vertailevaa tietoa eri terapeuttiryhmistä ja terapeutin henkilökohtaisista ominaisuuksista. Kyselymenetelmällä on kuitenkin osoitettu olevan merkittäviä rajoituksia, kun arvioitavana ovat terapeutin omat kyvyt ja taipumukset (Lehtovuori, 2002). Tutkimushauissa ei löytynyt tuloksellisuustutkimuksissa käytettyjä haastattelumenetelmiä, jotka kartoittavat psykoterapeutin henkilökohtaisia ominaisuuksia tai koko elämänkaarta. Terapeutin kiintymyssuhdetta on kartoitettu Adult Attachment Interview (AAI) -haastattelumenetelmällä (ks. kohta 1.2) On perusteltua olettaa, että intensiiviseen haastatteluun pohjautuva, teoreettisesti jäsentyneeseen malliin perustuva terapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien ja vuorovaikutuskykyjen arviointi tuottaisi objektiivisemmän ja luotettavamman arvion sellaisista henkilökohtaisista ominaisuuksista, joilla on merkitystä tuloksellisuuden ennustettavuuden kannalta. Validointitutkimusta tällaisesta persoonallisuusteorioihin perustuvasta haastatteluarviosta ei ole tehty. Ei myöskään ole tietoa persoonallisuusteorioihin pohjaavien, terapeutin henkilökohtaisia ominaisuuksia kartoittavien haastatteluarviointien yhteydestä psykoterapian tuloksellisuuteen.

Oman tutkimukseni tarkoitus on ollut vuodesta 1990 lähtien kartoittaa psykoterapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitystä psykoterapiassa ja niiden vaikutusta tulokseen. Lisensiaatintyössäni (Lehtovuori, 2002) keskityin kartoittamaan David Orlinskyn kehittämän DPCCQ-kyselylomakkeen pohjalta psykoterapeuttien kokemuksia ammatillisesta kehityksestä ja henkilökohtaisesta elämästä. Jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa psykoterapeutit päätettiin haastatella henkilökohtaisten ominaisuuksien laajempaa kartoitusta varten heti, kun terapeutit olivat saaneet ensimmäisen potilaan Helsingin Psykoterapiatutkimuksesta (ent. Psykoterapiaprojekti). Alun alkaen oli tarkoitus tutkia kartoitettujen henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutusta tuloksellisuuden ennustetekijöinä. Haastattelun tarkoituksena oli täydentää DPCCQ-kyselylomakkeen kysymyksiä ja toimia alun perin myös ko. kyselylomakkeen validointimenetelmänä, mistä luovuttiin tässä tutkimuksessa.

Koska 1990-luvun alussa ei ollut saatavilla testattua haastattelumallia psykoterapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutuksesta tuloksellisuuden ennustajina, nähtiin tärkeänä keskittyä kehittämään haastattelumenetelmää. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kehittää Erik H. Eriksonin (1964) ja Heinz Kohutin (1985) teorioiden pohjalta haastatteluun perustuva uusi menetelmä terapeutin ominaisuuksien arvioimiseksi. Terapeutin henkilökohtaisia ominaisuuksia arvioidaan Eriksonin (1964) minän perusvoima -muuttujien (toi-

vo, tahdonvoima, tarkoituksellisuus, pätevyyden ja osaamisen tunne, uskollisuus, rakkaus, huolenpito, viisaus) ja aikuisen minän kyvyt -muuttujien (läheisyys-eristyneisyys, generatiivisuus-lamaantuminen, integraatio-epätoivo) sekä Kohutin (1985) elämän perushyveiden (luovuus, empatia, rajojen tunnistaminen, kyky huumoriin ja viisaus) avulla (Lehtovuori, 1995).

Haastattelumenetelmällä ei voi ennustaa tuloksellisuutta ennen kuin sen toimivuus on varmistettu. Haastattelumenetelmän koostaminen, tutkiminen ja toimivuuden testaus oli tämän tutkimuksen aihe ja keskeinen tehtävä.

1.2 Haastattelumenetelmät terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien arvioinnissa

Terapeutteja on kartoitettu pääosin terapeuttien itseään kuvaavilla kyselylomakkeilla sekä potilaiden terapeuteista tekemien arviointien pohjalta, jotka yleensä eivät liity ennustetutkimuksiin vaan prosessitutkimukseen. Haastattelumenetelmiä terapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien kartoittamiseksi ennen terapioiden alkua, läpi elämänkaaren, ei ole. Terapeutin kiintymyssuhdetta on kartoitettu Adult Attachment Interview (AAI) -haastattelumenetelmällä (George, Kaplan & Main, 1985).

AAI-haastattelumenetelmällä on tehty kolme tutkimusta psykoterapeuttien kiintymyssuhteista: Dinger, Strack, Sachsse ja Schauenburg (2009) tutkivat kiintymyssuhteen yhteyttä allianssiin. Petrowski, Nowacki, Pokorny ja Buchheim (2011) tutkivat potilaiden ja terapeutin kiintymyssuhteiden yhteensopivuutta. Schauenburg, Buchheim, Beckh, Nolte, Brenk-Franz, Leichsenring, Strack ja Dinger (2010) tutkivat kiintymyssuhteen yhteyttä sekä allianssiin että tuloksellisuuteen. Heidän tutkimuksensa on siis ainoa, jossa on tutkittu AAI-menetelmällä myös tuloksellisuutta (ks. kohta 1.3.5).

AAI-haastattelumenetelmä (George ym., 1985) on tehty kartoittamaan aikuisten kiintymyssuhteita. AAI on puolistrukturoitu, tunnin pituinen, 18–20 kysymystä sisältävä haastattelu. Menetelmässä pyritään diskurssianalyysin keinoin kiintymyssuhdemallien erittelyyn. Haastattelun tarkoituksena on herättää mielikuvia ja tunteita, jotka liittyvät haastateltavan lapsuudenaikaisiin sekä nykyisiin merkityksellisiin läheisiin ihmisiin. Keskeistä on tarkastella ja tutkia sitä, miten nämä ovat vaikuttaneet häneen lapsena, aikuisena ja mahdollisena vanhempana. Haastateltavaa pyydetään kuvaamaan suhdettaan lapsuuden vanhempiin ja kertomaan vanhempisuhteisiin liittyvistä muistikuvista sekä lapsuudenkokemusten vaikutuksista itseensä aikuisena ja omaan vanhemmuuteen. Haastateltavaa pyydetään myös kuvaamaan erilaisia vaikeita ja paineisia kokemuksia herätteleviä tilanteita, kuten menetykset, erotilanteet, hyläytysitulemisen kokemukset sekä erilaiset sairaudet ja kaltoinkohtelu. Arviointi tehdään litteroidusta haastattelutekstistä. Haastattelujen puhtaaksikirjoitukset koodaa AAI-sertifioitu koodaaja. Koodaus huomioi keskustelun koosapysyvyyttä ja joustavuutta. Kiintymyssuhdekategoriat ovat turvallinen, auto-

nominen (secure/autonomous), turvaton, välttelevä, etäistävä (insecure/dismissing) ja turvaton, takertuva, jumiutunut (insecure/preoccupied) sekä ratkaisematon (unresolved) (George ym, 1985; Main, Goldwyn, & Hesse, 2002). AAI sisältää arvioinnit kokemuksesta ja mielen tasoista jatkuvilla asteikoilla. On kehitetty myös menetelmä, joka mahdollistaa jatkuvat mittaukset AAI:n mielen tasoista: turvallinen vs. turvaton ja välttelevä vs. takertuva (Waters, Treboux, Fyffe, Crowell & Corcoran, 2005). Haastattelun arvioinnissa tutkitaan myös sitä, miten ihminen kykenee integroimaan eri muistijärjestelmistä (episodinen, proseduraalinen, kuvallinen) saatua tietoa (Flykt & Ahlqvist-Björkroth, 2013; Hautamäki, 2001).

Arviointiasteikolla luokitellaan neljä erilaista kiintymyssuhdetta. Kiintymyssuhteista on suomeksi erilaisia käännöksiä. Tässä mainitaan yleisimmin esiintyvät:

1. Turvallinen, autonominen: Haastateltava on halukas ja kykenevä kertomaan uskottavalla tavalla. Johdonmukainen ja realistinen lapsuudenkertomus, jossa on kosketusta miellyttäviin ja vaikeisiin kokemuksiin, positiivisiin ja negatiivisiin tunteisiin sekä siihen, miten nämä kokemukset vaikuttavat itseen.
2. Välttelevä, etäistävä: Haastateltava ei kykene palauttamaan mieleensä konkreettisia episodeja, joilla voisi havainnollistaa ihannoivia kuvauksia vanhemmistaan. Tunnekokemusten kuvailut niukkoja ja kosketus vaikeisiin tunteisiin heikkoa.
3. Takertuva, jumiutunut: Haastattelu on hajanaista. Haastattelun punainen lanka katkeaa usein, ja kerronta etenee usein vahvan tunteen sävyttämänä. Haastateltavan identiteetti on kietoutunut lapsuuden kokemuksiin. Kerronnassa vihaisuuden ja passiivisuuden sävyjä.
4. Organisoitumaton, ratkaisematon: Haastateltavan mieli on sidoksissa menetyks- tai kaltoinkohtelukokemuksiin. Hetkittäiset dissosiativiset putoamiset ajatteluun ja kerrontaan liittyvässä tarkkaavaisuudessa (Dinger ym., 2009; Flykt & Ahlqvist-Björkroth, 2013; Hautamäki, 2002; Main ym., 2002; Schauenburg ym., 2010).

AAI-menetelmän arviointisajakoulutuksen on todettu parantavan arviointisija-reliabiliteettia (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 1993). Haastattelijan kouluttaminen on olennaisen tärkeää.

1.3 Terapeuttiominaisuuksien vaikutus hoitotulokseen

Tämän tutkimuksen terapeuttiominaisuuksien kartoituksen lähtökohta oli ennen aiemman tutkimukseni (Lehtovuori, 2002) alkua laadittu tutkimussuunnitelma (Lehtovuori, 1995). Suunnitelmassa terapeuttien ominaisuuksien luokittelu perustui Beutlerin, Cragon ja Arizmendin (1986) terapeutin ominaisuuksista tekemään nelikenttäjaotteluun. Tässä johdannossa mainitut aikaisemmat tutkimukset on luokiteltu kyseistä jaottelua mukaillen seuraavasti:

- ulkoisesti havainnoidut, terapian ulkopuoliset ominaisuudet: ikä, sukupuoli, etnisyys, sosiaalis-taloudellinen asema
 - terapeutin sukupuoli ja ikä (ks. 1.3.1)
- ulkoisesti havainnoidut, terapiaan spesifisesti liittyvät ominaisuudet: ammatillinen tausta, tyyli ja hoitointerventiot
 - terapeutin ammatillinen tausta (1.3.2)
 - terapeutin tehokkuus – hyvät ja huonot terapeutit (1.3.3)
- terapiaan spesifisesti liittyvät, päättelyyn perustuvat sisäiset ominaisuudet: terapiasuhteeseen liittyvät asenteet, sosiaalisen vaikuttamisen tunnuspiirteet ja odotukset
 - terapeutin suhteessaolo- ja yhteistyötaitojen osuus tuloksellisuu-
dessa (1.3.4)
- terapian ulkopuoliset, päättelyyn perustuvat ominaisuudet: persoonallisuuspiirteet, emotionaalinen hyvinvointi, asenteet ja arvot
 - terapeutin persoonallisten ominaisuuksien suhde
tuloksellisuuteen (1.3.5)
 - empatian osuus tuloksellisuu-
dessa (1.3.5.1)
 - terapeutin persoonallisten ominaisuuksien haitallinen vaikutus
tuloksellisuuteen (1.3.6)

Kohdassa 1.3 kuvataan niitä tuloksellisuuteen vaikuttavia terapeutin ominaisuuksia, jotka liittyivät tämän tutkimuksen tavoitteisiin ja tuloksiin. Seuraavassa koosteessa on mukana myös muutamia keskeisiä tutkimustuloksia 1980–1990-luvuilta, koska terapeutin demografiset tekijät, erityisesti sukupuoli, ikä, ammatillinen tausta ja kokeneisuus, olivat tällöin keskeisiä tuloksellisuuden tutkimuskohteita (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Beutler ym., 2004). Tutkimukseni psykoterapeuttien osuudellisuudesta psykoterapiassa alkoi vuonna 1990, jota edeltäneet tutkimukset vaikuttivat myös haastattelumenetelmäni koostamiseen. Lisäksi esitellään tarkemmin joitakin uusimpia tutkimuksia, joiden sisällöillä on olennaista merkityksellisyyttä tämän tutkimuksen kannalta. Valinta on minun. Muutamat tutkimukset voitaisiin sijoittaa pariinkin alakohdtaan. Alakohdan valinta on minun.

1.3.1 Terapeutin sukupuoli ja ikä

Terapeutin sukupuolta ja ikää tutkittiin erityisesti 1980-luvulta 2000-luvun alkupuolelle. Tutkittaessa terapeutin demografisia tekijöitä, sukupuolta ja ikää, on todettu, että sukupuoli ennustaa huonosti tuloksellisuutta sekä naisten että miesten osalta, eikä sukupuolella ole havaittu olevan johdonmukaista ja merkityksellistä yhteyttä tuloksellisuuteen (Bowman, Scogin, Floyd & McKendree-Smith, 2001; Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003; Staczan, Schmuecker, Koehler, Berglar, Cramer, von Wyhl, Koemeda-Lutz, Schulthess & Tschuschke, 2017). Tarkasteltaessa sukupuolta suhteessa terapeutin koulutuksen tasoon, teoreettiseen orientaatioon, opiskelujen laatuun, potilaiden ikään ja terapiatuntien määrään tulos ei muuttunut (Bowman ym., 2001). Toisaalta, on tutkimustuloksia, joiden mukaan ensiksikin naiset (Bowman ym., 2001, Jones, Krupnick &

Kerig, 1987; Orlinsky & Howard, 1980) ja toiseksi potilaiden kanssa samaa sukupuolta olevat terapeutit (Orlinsky & Howard, 1980) saivat parempia hoitotuloksia. Kuitenkaan ei ole voitu selvästi todistaa, että naisterapeutit olisivat miehiä parempia, kun on tarkasteltu sekä terapeutin että potilaan arvioita hoitotuloksesta (Hunt, Carr, Dagodakis & Walker, 1985; Sexton & Whiston, 1991). Tarkasteltaessa terapeutin sukupuolikompetenssia on voitu huomata, että tämä vaikuttaa suoraan psykoterapian tuloksellisuuteen. On myös huomattu, että osa terapeuteista hoitaa paremmin miehiä, osa naisia (Owen, Wong & Rodolfa, 2009).

Terapeutin iällä on todettu olevan vain vähän (Atkinson & Schein, 1986; Lambert, 2004; Sexton & Whiston, 1991) tai ei ollenkaan (Barber & Muenz, 1996) merkitystä tuloksellisuuden kannalta. On myös tutkimustuloksia, jotka ovat osoittaneet terapeutin korkean iän vaikuttavan myönteisesti hoitotulokseen (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert & Vermeersch, 2009; Chevron, Rounsaville, Rothblum & Weissman, 1983; Sandell, Blomberg, Lazar, Carlsson, Broberg & Schubert, 2000). Iäkkäämmät terapeutit, joilla oli kykyä käsitellä vaativia vuorovaikutustilanteita, saivat hyviä hoitotuloksia Andersonin ym. (2009) tutkimuksessa. Terapeutin turvallisella kiintymyssuhteella ei havaittu olevan yhteyttä sukupuoleen eikä ikään Schauenburgin ym. (2010) tutkimuksessa.

Lisensiaatintutkimuksessani, jossa mukana oli 70 terapeuttia (sisältäen tämän tutkimuksen 68 terapeuttia), naiset, selvimmin ikäryhmässä 47–52-vuotiaat, kokivat voivansa miehiä paremmin yksityiselämässään ja näkivät enemmän positiivisia ominaisuuksia ihmissuhteissaan. Elämän rasittavuuden kokeminen lisääntyi 53. ikävuoden jälkeen, erityisesti vaativan erityistason koulutuksen saaneilla miehillä ja naisilla (Lehtovuori, 2002, 2003). Suuntaus näytti olevan se, että miehet, joilla oli vaativan erityistason koulutus ja jotka olivat iältään 47–52-vuotiaita, tekivät paljon psykoterapiatyötä ja vaikuttivat tyytymättömiltä omaan elämäänsä, erityisesti omiin läheisiin ihmissuhteisiinsa.

1.3.2 Terapeutin ammatillinen tausta

On esitetty ainakin kolme terapeutin ammatillista taustaa kuvaavaa muuttujaa: koulutuksen ja kokemuksen määrä sekä terapeuttikoulutussuunta (Beutler ym., 1994).

Koulutus ja koulutussuunta

Koulutuksesta on todettu, että korkeasti koulutetut terapeutit saavat parempia tuloksia (Stein & Lambert, 1995). Useissa tutkimuksissa on toisaalta havaittu, etteivät pelkästään kokemus ja terapeuttikoulutus vaikuta merkityksellisesti tuloksellisuuteen (Stein & Lambert, 1984, 1995). Rønnestad ja Ladany (2006) kiinnittivät huomiota terapeutin koulutukseen ja ammatilliseen kehitykseen. Se, mitä tapahtuu terapeutille ihmisenä, on myös tärkeää.

On vähän näyttöä siitä, että joku koulukunta olisi parempi kuin toinen (Lambert & Ogles, 2004). Luborsky ym. (1986) sekä Orlinsky ja Howard (1980)

totesivat jo 1980-luvulla, että tehokkaat ja hyvät terapeutit muistuttavat toisiaan ammatillisesti riippumatta koulutussuunnasta. Toisaalta on myös vaara, kuten Kiesler on todennut jo vuonna 1966, että olemme taipuvaisia pitämään saman terapiasuunnan kaikkia terapeutteja yhtä hyvinä.

Tehokkuuteen liittyvät tutkimukset, jotka vertaavat eri lähestymistapoja (Stiles, Barkham, Mellor-Clark & Connell, 2008), meta-analyysit (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Leichsenring, 2001) ja katsaukset (esim. Wampold, 2001) ovat osoittaneet, että kaikilla terapioilla on tapana olla yhtä tehokkaita. Lambert ja Ogles (2004) tuovat esille, että kyseiset tulokset koskevat yleisesti korkeatasoisia, monipuolisia terapioita, ja täten erilaiset niin sanotut nollatutkimukset voisivat tuoda esiin joitakin muitakin selityksiä: erilaiset terapiat voivat saavuttaa samanlaisia tuloksia eri prosessien kautta, ja eri terapiat sisältävät yleisiä tekijöitä, jotka ovat parantavia. On myös erilaisia tuloksia, mutta ne eivät pääse esille, koska niissä on käytetty vanhoja tutkimusmenetelmiä ja -suunnitelmia.

Tschuschke, Cramer, Köhler, Berglar, Muth, Staczan, von Wyl, Schulthess ja Koemeda-Lutz (2015) ovat tutkineet terapeutin sitoutumista omaan suuntaukseensa, ammatillista kokemusta, terapeutista allianssia ja potilaan ongelmien vaikeusastetta. Heidän luonnollisissa olosuhteissa tehdyssä tutkimuksessaan oli mukana 81 tallennettua terapiatuntia kahdeksasta eri teoreettisesta psykoterapiasuuntauksesta (psykoanalyysi, bioenergeettinen analyysi, eksistentiaalianalyysi/logoterapia, hahmoterapia, integratiivinen kehopsykoterapia, prosessorientoitunut psykoterapia, taideterapia ja transaktionaalinen terapia). Terapeutteja oli 30, heidän keski-ikänsä oli 50,5 vuotta, ja heillä oli koulutuksen jälkeistä kokemusta keskimäärin 9,4 vuotta. Eri terapiamuodot erosivat merkittävästi terapeutin sitoutumisessa omaan hoitosuuntaukseensa. Psykoanalyysiä tehneet psykoterapeutit olivat toiseksi sitoutuneimpia oman suuntauksensa teorioiden tulkintoihin. Sitoutuneimpia olivat integratiiviset kehopsykoterapeutit. Sen sijaan merkittäviä eroja ei löydetty terapiamuodon ja tuloksellisuuden tai terapeutin hoitositoutuvuuden ja tuloksellisuuden välillä. Löydettiin kuitenkin merkityksellisiä yhteyksiä terapeutin ammatillisen kokeneisuuden, potilaan tulo-ongelman ja hoitovasteen välillä. Potilaan ongelmien vaikeusaste ennusti terapeutista allianssia, kun taas terapeutin sitoutumista omaan hoitosuuntaukseensa ennustivat terapeutin ammatillinen kokeneisuus ja terapiasuhteen laatu. Terapeutit, joilla oli paljon kokemusta, selvisivät paremmin niiden potilaiden kanssa, joilla oli vaikeita ongelmia, kuin vähemmän kokeneet. Barberin, Khalsan ja Sharplessin (2010) tutkimustulosten mukaan terapeuttien oli välttämättömämpää pysytellä tiukemmin oman hoitomuotonsa keskeisissä tekijöissä silloin, kun allianssi potilaan kanssa oli heikompi kuin silloin, kun allianssi oli vahvempi.

Tremblay, Herron ja Schultz (1986) havaitsivat joitakin persoonallisuuseroja eri koulutussuuntien psykoterapeuttien välillä. Käyttäytymistieteellisesti orientoituneet terapeutit todettiin rigideiksi, ulkoapäin ohjautuviksi ja tunteitaan ylikontrolloiviksi. Analyyttisesti orientoituneet terapeutit todettiin riippuvaisiksi yhteisönsä normeista, tunne-elämältään pidättyväisiksi, joustaviksi ja

päämääräsuuntautuneiksi. Sandell, Lazar, Grant, Carlsson, Schubert ja Broberg (2007) tutkivat psykoanalyttisesti orientoituneiden ja eklektisesti psykodynaamisien perustein orientoituneiden terapeuttien asenteiden merkitystä hoitotuloksessa. Ystävällisyys ja luovuus olivat yhteydessä positiiviseen hoitotulokseen. Ne terapeutit, joilla oli hyvät hoitotulokset, olivat ystävällisiä ja neutraaleja. Sukupuoli, ikä, teoreettinen orientaatio ja kokemus eivät olleet yhteydessä näihin muuttujiin. Ne terapeutit, jotka olivat säättäviä ja pessimistisiä, saivat huonoja hoitotuloksia.

Heinonen ja Orlinsky (2013) ovat tehneet laajan kartoituksen siitä, miten terapeutin henkilökohtainen identiteetti, teoreettinen suuntautuneisuus ja ammatilliset suhteet vaikuttivat ja olivat suhteessa toisiinsa. Tutkimuksessa oli mukana 4 088 terapeuttia, joista 1 464 oli psykoanalyttis-psykodynaamisia, 390 kognitiivis-behavioraalisia, 391 laajasti määriteltynä humanistisia, 102 systemisiä ja 1 741 laajalla skaalalla arvioituna integratiivis-humanistisia terapeutteja. Naisia oli kaikissa suuntauksissa yhteensä 64,1 %, ja kaikkien terapeuttien keski-ikä oli 45,8 vuotta. Heinonen ja Orlinsky (2013) löysivät muutamia merkittäviä tuloksia. Ensiksikin, suuri osa terapeuteista koki itsensä läheisissä ihmissuhteissaan lämpimäksi, ystävälliseksi ja hoivaavaksi, muttei pidättyväiseksi, kylmäksi eikä varovaiseksi. Eri teoreettisten suuntausten terapeutit erosivat toisistaan myös henkilökohtaiselta identiteetiltään. Humanistiset terapeutit kokivat itsensä ystävällisemmiksi kuin psykoanalyttis-psykodynaamiset. Terapeutin ystävällisyyttä ja herkkää reagoivuutta sekä potilaan kokemuksellisuutta ja emotionaalista ilmaisua painottavan terapeutin suhteessaolotavan arvioitiin peilaavan hyvin humanistista ajattelutapaa (esim. Bohart & Watson, 2011; Rogers, 1957). Sen sijaan psykoanalyttis-psykodynaamisessa suuntauksessa ovat neutraali ja hillitty suhteessaolon tapa sekä havainnoiva ja tutkinnallinen tyyli olleet keskeisiä jo Freudista lähtien (esim. Freud, 1953, 1958; Fromm-Reichmann, 1949; Gabbard, 2010). Kognitiivis-behavioraalisen suuntauksen terapeutit, jotka kokivat itsensä käytännöllisemmiksi kuin psykoanalyttis-psykodynaamiset terapeutit, heijastelivat hyvin kognitiivis-behavioraalisen terapian ongelmanratkaisujattelutapaa. Integratiivis-eklektiset terapeutit kokivat itsensä tilastollisesti merkitsevästi ystävällisemmiksi, voimakkaammiksi, vakuuttavammiksi ja käytännöllisemmiksi läheisissä ihmissuhteissaan kuin muiden suuntausten terapeutit (Heinonen & Orlinsky, 2013). Edellä esitetyt tulokset ovat samansuuntaisia kuin Tremblayn ym. (1986) tutkimustulokset, jotka olivat myös lisensiaatintutkimukseni (Lehtovuori, 2002) kysymyksenasetteluja herätteleviä. Tuossa tutkimuksessa sain merkitseviä tuloksia kartoittamalla terapeutin kokemuksia omissa henkilökohtaisissa ihmissuhteissaan käyttäen DPCCQ-kyselylomaketta. Terapeutin ominaisuuksia ei tällöin verrattu tuloksellisuuteen. Sen sijaan terapeutin arvioissa itsestään terapeutisessa suhteessa ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä.

Heinonen ja Orlinsky (2013) kartoittivat toiseksi sitä, kokivatko terapeutit itsensä erilaisina henkilökohtaisissa ihmissuhteissaan kuin potilassuhteissaan. Mikäli näin olisi, niin viittaisiko tämä siihen, että terapeutit vastaanotolla yrittävät sovittaa suhteessaolotapansa oman viitekehjensä teoreettisiin sisältöi-

hin. Ensiksikin, terapeutit kokivat itsensä intensiivisemmin hoitaviksi ja suojeleviksi läheisissä suhteissaan, mutta myös määräilevämmiksi, kriittisemmiksi ja vaativammiksi sekä vähemmän hyväksyviksi ja suvaitseviksi kuin potilaiden kanssa. Tulosta verrattiin tutkimustulokseen, jossa oli myös havaittu terapeuttien olevan itsekeskeisempiä intiimeissä suhteissaan (esim. Bellah, Madsen, Sullivan, Swidler & Tipton, 1985). Terapeutit näyttivät myös muovaavan ammatillista tapaansa sen suuntauksen mukaisesti, jota edustivat. Psykoanalyttiset ja psykodynaamiset terapeutit kokivat itsensä läheisissä ihmissuhteissaan lämpimämmiksi, ystävällisemmiksi, hoitavammiksi ja järjestelmällisemmiksi kuin ammatillisessa työssään. Kognitiivis-behavioraaliset terapeutit kokivat itsensä henkilökohtaisissa suhteissaan vähemmän ohjaaviksi ja vaativiksi sekä intuitiivisemmiksi kuin potilaidensa kanssa. Ja verrattuna muiden suuntausten terapeutteihin he kokivat lisäksi itsensä vähemmän kriittisiksi ja vaativiksi sekä enemmän pidättyväisiksi henkilökohtaisessa elämässään kuin työssään. Humanistiset terapeutit kokivat itsensä yhtä vähän hyväksyviksi ja suojeleviksi henkilökohtaisessa elämässään kuin ammatissaankin. Tutkituista terapeuteista intergratiivis-eklektiset terapeutit olivat eniten samanlaisia henkilökohtaisissa ja potilassuhteissaan. Kaiken kaikkiaan tutkimuksessa päädyttiin käsitykseen, että vakavasti työnsä ottava terapeutti mukauttaa persoonallisuuttaan työnsä mukaan (Henry, Sims & Spray, 1973; Orlinsky & Howard, 1975).

Ammatillinen kokemus

Myönteiseen hoitotulokseen vaikuttavia tekijöitä on todettu olevan kokemus psykoterapeutiksi valmistumisen jälkeen ja toimiminen yksityisvastaanotolla. Sen sijaan ennen muodollista koulutusta kertyneet kokemusvuodet ja näihin liittyvät työnohjaukset eivät ole vaikuttaneet tuloksellisuuteen (Sandell ym., 2000; Sandell, Carlsson, Schubert, Broberg, Lazar & Blombert, 2002). Geller, Lehman ja Farber (2002) havaitsivat, että riippumatta kokemustasosta tai teoreettisesta orientaatiosta terapeutit herättelivät representaatioita potilaan puheen kautta tai seuraamalla potilaan sanatonta viestintää. Kokeneemmat terapeutit herättelivät representaatioita ruumiillisten tuntemusten ja emotionaalisen tunnelman mukaan. Mallincrodtin ja Nelsonin (1991) mukaan kokeneet terapeutit muodostivat myös läheisempiä suhteita potilaisiin kuin kokemattomat. Kokemuksen on todettu vaikuttavan myönteisesti (Blatt, Zuroff & Pilkonis, 1996; Huppert ym., 2001; Huppert, Kivity, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2014; Luborsky ym., 1995; Propst, Paris & Rosberger, 1994) ja erityisesti silloin, kun hoidetaan vaikeasti häiriintyneitä potilaita (Berglar, Cramer, von Wyl, Koemeda-Lutz, Köhler, Staczan, Schulthess & Tschuschke, 2016) sekä vaikeissa, monimutkaisissa ja intensiivisissä hoidoissa (Stein & Lambert, 1984). Muutamit tutkimukset ovatkin osoittaneet, että kokemus erottelee paremmin ja huonommin menestyvät terapeutit (Huppert ym., 2001; Willutzki, Reinke-Kappenstein & Hermer, 2013).

Tutkimuksessani (Lehtovuori, 2002) selvästi eniten psykoterapian työkokemusta oli 53-vuotiailla tai sitä vanhemmilla terapeuteilla. Verrattaessa psyko-

terapeuttipätevyysryhmiä vaativan erityistason psykoterapeuteilla oli eniten psykoterapian työkokemusta, ja he tekivät myös enemmän psykoterapiatyötä kuin muut terapeuttiryhmit. Terapeutit erosivat hyvin vähän toisistaan työura-kokemusten suhteen, eikä kuvassa itsestä terapeutina saatu lainkaan tilastollisesti merkitseviä eroja. Terapeutit kokivat teoreettisen ymmärryksen ja terapeutekniikoiden lisääntyneen eniten työuran alkuajoista nykyhetkeen. Vähiten lisääntyi empatiakyky.

Orlinsky, Rønnestad, Ambühl, Willutzki, Botermans, Cierpka, Davis ja Davis (1999) ovat päätelleet, että vähemmän kokemusta omaavien terapeuttien arviot itsestään saattavat perustua vähäiseen ammatilliseen itseluottamukseen. Beutler (1997) taas on arvioinut, että olennaista kokemuksessa eivät ole kertyneet vuodet valmistumisen jälkeen vaan työn sisältö ja se, millaisia potilaita terapeutit hoitavat. Käsite ”kokeneisuus” onkin herättänyt paljon keskustelua jo pitkään (Beutler, 1997; Beutler ym., 2004; Stein & Lambert, 1995). Pelkästään kokemusvuodet eivät tee terapeutista hyvää ja kokenutta (Skovholt, Rønnestad & Jennings, 1997).

On myös pohdittu, voisiko terapeutin kompetenssi olla ratkaiseva muutuja, joka ikään kuin sitoo tutkimuksen eri osa-alueet yhteen: potilaan ongelmien vaikeusasteen, potilaiden kyvyn sitoutua hoitoon, terapeutin olennaiset ja ei-olennaiset interventiot, interventioiden ajoituksen sekä niiden sisällön ja sävyn ja erityisesti terapeutin ammatillisen kokemuksen, jolla on ollut keskeinen merkitys (mm. Tschuschke ym., 2015). Safranin ja Muranin (2000) mukaan kompetenssi on terapeutin kykyä havainnoida korrektisti, prosessoida, ymmärtää ja vastata tarkoituksenmukaisesti suhteen dynamiikkaan terapeutin ja potilaan välillä. Muutamat meta-analyysit ovat päätyneet siihen, ettei terapeutin kompetenssilla ole merkitsevää vaikutusta tuloksellisuuteen (Baldwin & Imel, 2013; Webb, DeRubeis & Barber, 2010).

Beutler ym. (2004) ovat todenneet, että läpi tutkimusten terapeuttien koulutuksella, taidoilla ja kokemuksella ei ole huomattavaa merkitystä. Terapeutin asiantuntijuuteen vaikuttaviksi tekijöiksi on todettu kognitiiviset taidot, tunne-elämän hyvinvointi ja kyvyt vuorovaikutukselliseen suhteessaoloon (Beutler, 1991; Jennings & Skovholt, 1999).

1.3.3 Terapeutin tehokkuus - hyvät ja huonot terapeutit?

1980- ja 1990-luvuilla yksi merkittävistä tutkimustuloksista oli Laffertyn, Beutlerin ja Cragon (1989) tulos, jonka mukaan vähemmän tehokkailla terapeuteilla oli vähemmän empaattista ymmärrystä, he arvioivat potilaansa enemmän hoitoon osallistuviksi sekä arvioivat itsensä supportiivisemmiksi kuin tehokkaammat terapeutit. Vähemmän tehokkaat terapeutit arvostivat myös mukavuutta ja kannustusta enemmän ja älyllisiä päämääriä merkitsevästi vähemmän kuin tehokkaimmat terapeutit. Najavits ja Strupp (1994) havaitsivat, että hyviä hoitotuloksia saavuttavilla terapeuteilla oli parempi terapeutin yhteyden luomisen kyky ja käyttäytymisessään enemmän positiivisuutta, kuten lämpöä ja yhteyden rakentamista. Heillä oli myös vähemmän negatiivista käyttäytymistä,

kuten hyökkäämistä ja moitetta, ja enemmän itsekritiikkiä kuin ei-tehokkailla terapeuteilla. Jennings ja Skovholt (1999) ovat todenneet niin sanottujen parhaista parhaiden terapeuttien ominaisuuksien vastaavan Rogersin (1961) "fully functioning" -persoonallisuutta, Maslowin (1970) itseään toteuttavaa persoonallisuutta, Skovholtin ja Rønnestadtin (1995) senioriterapeutin terapeuttikehityksen eheytyemisastetta ja Eriksonin (1964) ihmisen kehityksen minän eheyttä.

2000-luvulla on osoitettu, että terapeutti vaikuttaa enemmän tuloksellisuuteen kuin tekniikat, joita hän käyttää (Wampold, 2001; Wampold, Hollon & Hill, 2011), ja terapeuttien vaikutus psykoterapiaprosessiin ja tuloksellisuuteen näyttää olevan vahva ja suurempi kuin eri terapiamenetelmien erot (Dinger ym., 2008; Huppert ym., 2001; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons & Stiles, 2007; Wampold, 2010; Wampold & Brown, 2005). Tutkimustulosten mukaan terapeuttien vaikutus tuloksellisuuteen vaihtelee 5–9 prosentin välillä. Yhteisten tekijöiden osuus tuloksellisuuteen on 30 %, tekniikoiden vain 15 % (Baldwin & Imel, 2013; Dinger ym., 2008; Kim ym., 2006; Okiishi ym., 2003; Wampold & Bolt, 2006).

On tutkimuksia, joissa tietyt terapeutit saavat aina parempia tuloksia (Okiishi ym., 2003; Wampold & Brown, 2005), ja tutkimuksia, joissa joidenkin terapeuttien potilaat ovat menneet aina huonompaan kuntoon heidän hoidossaan (Okiishi ym., 2003). On havaittu, että tehottomien, haitallisten, ja tehokkaiden terapeuttien välillä on selvästi eroja (Kraus ym., 2011). Esimerkiksi potilailla, joita hoiti terapeuttien 10 %:n parhaimmista kuuluva terapeutti, oli kaksinkertainen todennäköisyys toipua kuin niillä, joiden terapeutti kuului terapeuttien kymmenen huonoimman prosentin joukkoon (Baldwin & Imel, 2013; Okiishi ym., 2003). Nämä tutkimukset tukevat vanhaa käsitettä "The dodo bird verdict" (Luborski, Singer & Luborsky, 1975), ja voisikin tulkita, että jotkut terapeutit ovat parempia, niin sanotusti voittavat, ja jotkut terapeutit eivät, riippumatta käyttämästään metodista.

Lambert ja Barley (2002) ovat todenneet, että yleiset tekijät, kuten empatia, lämpö ja terapeuttinen suhde, vaikuttavat enemmän tuloksellisuuteen kuin erityiset terapiainterventiot. Yhä enenevässä määrin onkin tutkittu sitä, mikä tekee terapeutista tehokkaan, ja sitä, mitkä terapeutin ominaisuudet kuvaavat tehokkaita ja vähemmän tehokkaita terapeutteja (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Dinger ym., 2008; Kim ym., 2006; Nissen-Lie ym., 2010; Nissen-Lie ym., 2013; Okiishi ym., 2003; Wampold, ym., 2011). On alettu tutkia enenevästi terapeuttien välisiä eroja (Baldwin & Imel, 2013; Baldwin ym., 2007) ja saman terapeutin eri potilaiden välisiä eroja (esim. Kraus, Bentley, Alexander, Boswell, Constantino, Baxter & Castonguay, 2016). On myös havaittu, että luonnollisten olosuhteiden tutkimukset saattavat olla sopivimpia saamaan tarkan ja todellisen kuvan terapeuttien vaikutuksista (Crits-Christoph & Gallop, 2006; Wampold & Brown, 2005).

Baldwinin & Imelin (2013) kartoituksen mukaan satunnaistetuissa tutkimuksissa 5 % tuloksellisuudesta liittyi eroihin terapeuttien välillä. Tämä siitäkin huolimatta, että suuri osa satunnaistettujen tutkimusten terapeuteista oli saanut tietyn intensiivisen koulutuksen työnohjauksineen (esimerkiksi Blatt ym., 1996; Huppert ym., 2001; Kim ym., 2006). Satunnaistetut tutkimukset saattavat lisätä

terapeuttien homogeenisuutta ja vähentää terapeuttien yksilöllisyyttä, luovuutta ja spontaanisuutta (Baldwin & Imel, 2013). Luonnollisissa olosuhteissa tehdyissä tutkimuksissa terapeutin osuus on 7 %. Kaiken kaikkiaan sekä satunnaisesti, tarkoin kontrolloiduissa, että luonnollisissa olosuhteissa tehdyissä tutkimuksissa terapeutin osuus on suurempi kuin terapiamuodon (Wampold & Imel, 2015). Tämä on erittäin olennaista, mikäli voidaan näyttää vaikutuksen olevan pysyvä ja ennustettava (Saxon & Barkham, 2012). Kontrolloiduissa tutkimuksissa voi olla vaikeaa yleistää tuloksia tarkoin määriteltyjen tutkimusjärjestelyjen ulkopuolelle (Falkenström, Markowitz, Jonker, Philips & Holmqvist, 2013).

Berglarin ym. (2016) luonnollisissa olosuhteissa tehdyssä tutkimuksessa oli mukana 68 terapeuttia ja 237 potilasta. Terapeuteista 48 oli naisia ja 20 miehiä, terapeuttien keski-ikä oli 54 vuotta ja ammatillinen kokemus keskimäärin 12,7 vuotta. Terapiasuuntaukset olivat psykodynaaminen, humanistinen, keho-orientoitunut ja integratiivinen. Tutkimuksessa kartoitettiin tehokkaiden ja ei-tehokkaiden terapeuttien tuloksellisuutta. Tutkimuksessa saatiin kaksi erilaista klusteria kuvaamaan terapeuttien tehokkuutta ja ei-tehokkuutta. Tehokkaimpia olivat ne terapeutit, joilla oli eniten ammatillista kokemusta ja joiden potilailla oli eniten psykologisia ongelmia. Tutkijat päättelivät, että on eri tavoin tehokkaita terapeutteja, mutta potilaiden ominaisuudet myötävaikuttavat merkittävästi terapiaan riippumatta terapiamuodosta.

Krausin ym. (2016) tutkimuksessa oli mukana 59 terapeuttia ja 3 540 potilasta luonnollisissa olosuhteissa. He tutkivat jokaisen terapeutin 30 ensimmäistä potilasta, ja tehokkuutta tarkasteltiin suhteessa terapeutin seuraavan potilaan tuloksiin. Poikkeuksellisen hyvien terapeuttien tulos pysyi merkittävästi keskiarvoa parempana, joten terapeuttien tehokkuus oli melko pysyvää ja vakaata. Lisäksi Kraus ym. havaitsivat, että enemmän kuin puolella terapeuteista (57 %) ei ollut ainuttakaan heikkoa aluetta kahdestatoista ja terapeuteista 88 %:lla oli ainakin yksi alue, jolla he olivat poikkeuksellisen hyviä. Heidän tutkimuksensa vastaa Baldwinin ja Imelin (2013) päätelmää, että tehokkaiksi havaittujen terapeuttien ominaisuuksia ja käyttäytymistä tulisi kartoittaa tarkemmin yksittäisten terapiatuntien sisältöjä tutkimalla.

Saxon ja Barkham (2012) tutkivat Ison-Britannian kansallisen terveystieteiden ohjannan ja psykologisten terapiapalvelujen potilaita vuosina 2000–2008. Tutkimuksessa olivat mukana potilaat, jotka olivat saaneet vähintään kaksi tuntia ohjantaa tai terapiaa, arviointikäynti mukaan luettuna. Mukana oli 119 terapeuttia ja 10 786 potilasta. Terapeuttien vaikutus, 6,6 %, myötäili aikaisempia tutkimuksia, mutta terapeutin osuudella oli isompi vaikutus, jopa 10 %, kun hoidettiin vakavammin häiriintyneitä potilaita ja terapeutilla oli paljon potilaita. Saxon ja Barkham (2012) osoittivat, että jos terapeutille keskittyi paljon potilaita, joilla oli riski satuttaa itseään tai toisia, se ennusti huonoa tulosta niin, että myös terapeutin muut potilaat saivat huonoa tuloksen. Tutkijat arvelivat tämän johtuvan terapeutin loppuunpalamisesta.

Jo varhain onkin saatu muutamia tuloksia ei-tehokkaista terapeuteista tai hoidoista (Mays & Frank, 1985; Mohr, 1995; Strupp ym., 1977). Bergin esitti jo

vuonna 1966 ensimmäisen systemaattisen analyysin psykoterapian heikkouksista (Bergin, 1971). Lambert (2010) on kartoittanut epäonnistuneita hoitoja ja niiden ehkäisemistä. Lambert ja Ogles (2004) toivat esille, että noin 5–10 % potilaista menee huonompaan kuntoon psykoterapioiden aikana, ja 2000-luvun lopulla Lilienfeld (2007) toi esille, että jopa 10–15 % psykoterapioista aiheuttaa haitallisia vaikutuksia. Vaikka psykoterapeutit saattavat yhä aliarvioida negatiivisia tutkimustuloksia (Boisvert & Faust, 2006), niin kuitenkin jo parin viime vuosikymmenen aikana on alettu nähdä selvemmin myös negatiivisten tulosten merkitys kliiniselle työlle (Castonguay ym., 2010). Castonguay ym. (2010) ovat tuoneet esille näkökulman, että psykoterapiakoulutuksissa korostetaan ehkäpä liikaa tekniikoiden merkitystä ja niiden joustamatonta käyttöä. He myös miettivät erilaisten interventtioiden ajoitusta ja niiden ennenaikaisuutta.

Kraus ym. (2011) tutkivat terapeuttien tuloksellisuutta. Tutkimuksessa oli lähes 700 terapeuttia. Potilaat arvioivat hoitonsa ansiosta joko parantuneensa (tehokas terapeutti) tai huonontuneensa (haitallinen terapeutti) tai etteivät kokeneet minkäänlaista muutosta (luokittelematon tai ei-tehokas terapeutti). Tuloksia kartoitettiin Krausin, Seligmanin ja Jordanin (2005) kehittämällä kaksitoistaosaisella menetelmällä, jossa arvioitiin elämänlaatua, työssä toimimista ja oireita (Treatment Outcome Package). Tulosten mukaan 96 % terapeuteista oli tehokkaita ainakin yhdellä kahdestatoista osa-alueesta. Arvioitaessa tilannetta kaikilla kahdellatoista osa-alueella terapeuteista 35–65 % luokiteltiin tehottomiksi tai haitallisiksi.

Parker ja Waller (2015) havaitsivat ahdistuneiden potilaiden hoitoja koskevissa terapeuttien itsearvioinneissa, että suurin osa terapeuteista arvioi itsensä ja tiiminsä paremmiksi kuin kollegansa. He myös raportoivat erityisen hyviä terapiatuloksia. Walfishin, McAlisterin, O'Donnellin ja Lambertin (2012) tutkimuksessa kukaan terapeutti ei arvioinut olevansa taidoiltaan alle keskitason, ja he arvioivat useimpien potilaidensa toipuneen hoidossa. Terapeutit, jotka olivat objektiivisesti epäpätevämpiä, yliarvioivat enemmän kykyjään kuin pätevämmät terapeutit (Brosan, Reynolds & Moore, 2008). Terapeutit voivat myös arvioida itsensä paremmiksi työnohjauksen ja koulutuksen vaikutuksesta. Esimerkiksi Öst, Karlstedt ja Widén (2012) huomasivat, että koulutuksessa olevat arvioivat itsensä yhtä hyväksi kuin työnohjaajansa siihen asti, kunnes saivat perusteellista, työhönsä omistautunutta työnohjausta.

Lutz, Rubel, Schiefele, Zimmermann, Böhnke ja Wittmann (2015) tutkivat palautteen merkitystä tuloksellisuudelle 44:n yksityisvastaanotolla työskentelevän terapeutin (kognitiivisia ja psykodynaamisia psykoterapeutteja sekä psykoanalytikoita) ja 349 potilaan terapiossa. Noin 6 % vaihtelevuudesta terapian tuloksellisuudessa ja lähes 9 % terapian pituudesta liittyi terapeutteihin. Sekä terapeuttien että potilaiden suhtautuminen palautteeseen oli yksi olennainen tuloksellisuuden ennustaja.

On havaittu, että 80 % hyvin suoriutuvien terapeuttien potilaista mutta vain 20 % huonosti selviävien terapeuttien potilaista saavuttaa hyvän terapiatuloksen (Wampold & Imel, 2015). Tuloksellisuustutkimuksista voitaneen päätellä, että terapeuttien erot ovat kovin suuret (Boswell, Constantino, Kraus, Bugat-

ti & Oswald, 2016; Lambert, 2010) ja terapeuttien välinen erilaisuus on suurempaa kuin eri psykoterapiamuotojen erilaisuus, joten keskeistä olisi saada kullekin potilaalle mahdollisimman sopiva hoito (Kraus ym., 2016) ja kullekin potilaalle optimaalisin terapeutti (Boswell ym., 2016; Lambert, 2010).

Norcrossin ja Wampoldin (2011) tutkimuksessa oli mukana yli 1 000 meta-analyysiä, joita arvioi asiantuntijaryhmä. Terapiasuhteet koettiin läpi tutkimusten keskeiseksi. He luokittelivat terapiasuhteet tehokkuuteen vaikuttavien tekijöiden mukaan seuraavasti: Tehokas, jossa keskeisiä tekijöitä ovat allianssi yksilö-, nuoriso- ja perheterapioissa, koheesio ryhmäterapioissa sekä empatia ja potilaspalautteen huomiointi. Todennäköisesti tehokas, jossa olennaista on konsensus päämäärästä, yhteistyö ja positiivinen suhtautuminen. Lupaavasti tehokas, jossa keskeisiä tekijöitä ovat yhtäpitävyys/aitous, yhteistyökuprujen korjaus ja vastatransferenssin hyödyntäminen.

1.3.4 Terapeutin suhteessaolo- ja yhteistyötaitojen osuus tuloksellisuudessa

Prosessitutkimukset 1980-luvulta lähtien (mm. Gelso & Carter, 1985) ovat tuoneet esille enenevässä määrin huomion kiinnittämistä suhteessaoloon ja vuorovaikutukseen sekä erilaisiin tunteisiin ja asenteisiin, joita terapeutin ja potilaan välillä on. Terapeuttisen allianssin (Bachelor, 2013; Horvath ym., 2011) ja terapeuttisen suhteen on todettu liittyvän terapian tuloksellisuuteen (Norcross & Wampold, 2011). Yleensä on havaittu myös, että potilaan ja terapeutin suhde on tärkeämpi kuin terapiatekniikat (Duncan, Miller & Sparks, 2004; Lambert & Barley, 2002). Terapeuttien kyvykyys rakentaa alliansseja potilaittensa kanssa on yhteydessä tuloksellisuuteen (Baldwin ym., 2007; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Dinger, Strack, Leichenring, Wilmers & Schauenburg, 2007; Nissen-Lie ym., 2010, 2013; Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt & Wampold, 2010).

2000-luvulla on tutkittu yhä keskitetympin terapeutin vuorovaikutus- ja suhteessaolotaitojen osuutta tuloksellisuudessa. Lisääntynyt konsensus psykoterapiatutkimuksen piirissä osoittaa, että terapeutin suhteessaolotaidoilla on paljon merkitystä tuloksellisuudelle (Safran & Muran, 2000; Skovholt & Jennings, 2004). Norcross ja Lambert (2011) päättelivät, että noin 20 % tuloksellisuusvaihteluista johtuu terapeuttisesta suhteesta. Myös Bhatia ja Gelso (2013) havaitsivat, että terapiasuhte selitti 27 % tuloksellisuudesta tutkimuksessa, jossa kartoitettiin suhteen vaikutusta terapiatunteihin. Terapeuttisella suhteella oli suurin vaikutus potilaan sitoutumiseen. Tutkimuksissa, joissa on kartoitettu potilaan sitoutumista hoitoon, on myös kiinnitetty huomiota terapeuttiseen suhteeseen ja terapeutin ominaisuuksiin. Monet terapeutin ominaisuudet, erityisesti terapeutin vuorovaikutukselliset taidot sekä monet hoitotekijät, kuten hyvä terapeuttinen suhde, ovat olleet positiivisesti yhteydessä potilaan sitoutumiseen (Holdsworth, Bowen, Brown & Howat, 2014).

On myös kartoitettu todellisen ihmissuhteen osuutta tuloksellisuudessa. Jo Greenson (1967) esitti, että todellisessa ihmissuhteessa on kaksi keskeistä elementtiä: aitous ja realismi sisältäen realistiset havainnot toisesta. Aitous ja

autenttisuus edellyttävät, että terapeutti on avoin ja rehellinen. Rogers (1957, 1961) on sanonut, että aitous edellyttää sitä, että potilas voi ikään kuin nähdä terapeutin läpi. Gelso (2014) määritteli persoonallista suhdetta terapeutin ja potilaan välillä sen perusteella, miten aitoja molemmat osapuolet ovat ja kokevatko he toisensa tavalla, joka sopii toiselle. Jo Freud (1964) totesi, ettei jokainen hyvä suhde, analyysissä ja sen jälkeen, ole transferenssia analyytikon ja analyysissä olijan välillä. Hänen mukaansa on myös ystävällisiä suhteita, jotka pohjaavat todellisuuteen ja osoittautuvat elinvoimaisiksi. Potilaiden kokema todellisen suhteen olemassaolo on ollut suhteessa edistymiseen sekä potilaiden että terapeuttien arvioimana (Baldwin ym., 2007; Zuroff ym., 2010; Marcus, Kashy & Baldwin, 2009). Kivlighanin ym. (2015) tutkimus on jatkoa aikaisemmalle tutkimukselle, jossa oli mukana 12 terapeuttia ja 32 potilasta teoreettiselta taustaltaan monipuolisessa lyhytterapiassa (Gelso, Kivlighan, Busa-Kneoo, Spiegel, Ain, Hummel, Ma & Markin, 2012). Potilaat, joiden terapeuteilla oli keskimäärin parempi potilaiden havaitsema todellinen ihmissuhde heidän kanssaan, arvioivat edistymisen olleen parempaa. Sen sijaan jos terapeuttien arviot todellisesta ihmissuhteesta olivat hyviä, he saivat huonoja edistymisarvioita potilailta. Gelso ym. (2012) havaitsivat, että potilaiden arviot todellisesta ihmissuhteesta ensimmäisen tunnin, tuntien ensimmäisen neljänneksen ja kaikkien tuntien jälkeen olivat yhteydessä sekä potilaiden että terapeuttien arvioihin tuloksellisuudesta. Kivlighanin ym. (2015) mukaan myös sillä on väliä, kuka arvioi todellista suhdetta. Verrattuna muihin kollegoihin terapeutit, jotka arvioivat muodostavansa vahvempia todellisia suhteita, saivat heidän tutkimuksessaan huonoimpia edistymisarvioita.

Allianssin katsotaan sisältävän sekä emotionaalisen liiton että työskentelysuhteen. Yhteistyösuhteen muodostumiseen vaikuttavat sekä potilas- että terapeuttitekijät. On myös havaittu, että terapeuttinen allianssi koostuu sitoumuksesta terapeutin ja potilaan välillä yhtä hyvin kuin terapeuttisten päämäärien ja tehtävän työn yhteisestä hyväksynnästä (Hatcher & Barends, 2006; Horvath & Bedi, 2002). Yhteistyösuhde vaikuttaa säilyvän melko samanlaisena läpi hoidon (Hersoug ym., 2009).

Terapeuttisen allianssin on yli 30 vuoden ajan todettu olevan tärkeä tekijä onnistuneissa hoidoissa ja psykoterapian tuloksellisuudessa (Horvath & Bedi 2002; Horvath ym., 2011; Horvath & Symonds 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Horvath ym. (2011) ovat todenneet allianssin olevan vahva tuloksellisuuden ennustaja. Allianssi hoidon alussa ennusti paremmin tuloksellisuutta kuin allianssi hoidon keskivaiheilla tai lopussa mitattuna Martinin ym. (2000) tutkimuksessa. Terapeuttien vuorovaikutukselliset taidot ovat ennustaneet johdonmukaisesti allianssin tuloksellisuutta (Horvath & Bedi, 2002; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Potilaan tekemä arvio allianssista ennusti tuloksellisuutta paremmin kuin terapeutin arvio Horvathin ja Bedin (2002) tutkimuksessa.

Terapeutin osuus allianssissa on todettu isoksi (Schauenburg ym., 2010). On myös havaittu, että terapeutit, jotka muodostavat parempia alliansseja, saavuttavat myös parempia hoitotuloksia (Horvath ym., 2011). Terapeutin panos

on ollut paljon keskeisempi kuin potilaan osuus allianssi-tuloksellisuustarkastelussa, ja suhteessaolotekijöiden ja tuloksellisuuden välistä yhteyttä on parhaiten selitetty terapeuttien välisillä eroilla (Baldwin ym., 2007; Zuroff ym., 2010). Dinger ym. (2008) ja Baldwin ym. (2007) löysivät merkitsevän yhteyden terapeuttitekijöiden ja allianssi-tuloksellisuuden korrelaatiossa. Sen sijaan potilaan osuudellisuuden osalta tätä ei havaittu (Crits-Christoph, Gallop, Temes, Woody, Ball, Martino & Carroll, 2009; Baldwin ym., 2007; Kivlighan ym., 2015). Baldwin ym. (2007) päätyivätkin siihen, että terapeutit, jotka yleensä luovat hyvän työskentelysuhteen, saavat myös parempia tuloksia. Huppertin ym. (2014) tutkimuksessa havaittiin merkitsevä vaikutus saman terapeutin eri potilaiden välillä ja ei-merkitsevä terapeuttien välillä. Marcus ym. (2009) ovat havainneet eroja tuloksellisuudessa saman terapeutin potilaiden välillä. Laaja meta-analyysi on vahvistanut monen tutkimuksen tuloksen: potilaiden parantumisen kannalta terapeuttimuuttuja on allianssissa tärkeämpi kuin potilasmuuttuja (Del Re ym., 2012).

Empatia, päämäärän yhdenmukaisuus, yhteistyö, vastatransferenssin käsittely, positiivinen suhtautuminen ja yhtäpitävyys ovat työskentelysuhteen tuloksellisuuteen liittyviä osatekijöitä (Norcross & Lambert, 2011). Terapeutit, joita potilaat ovat kuvanneet lämpimiksi, hyväksyviksi, sitoutuneiksi, empaattisiksi ja herkästi reagoiviksi, ovat muodostaneet parempia työskentelysuhteita (Horvath & Bedi, 2002; Najavits & Strupp, 1994). Ackerman ja Hilsenroth (2001, 2003) havaitsivat, että terapeuttien avoimuus, joustavuus ja kunnioitavuus sekä potilaan tunnekokemuksia helpottavien tulkintojen käyttö oli positiivisesti yhteydessä allianssiin. Heinonen ym. (2013) kartoittivat laajassa Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien osuutta allianssissa. Tutkimuksessa oli mukana 71 terapeuttia (tämän tutkimuksen 68 terapeuttia kuuluivat tuohon joukkoon). Terapeutin ominaisuuksia tarkasteltiin sekä lyhyissä että pitkissä terapioissa, joissa molemmissa terapeuttien kokemia parempia yhteistyösuhteita ennusti terapeutin ammatillisesti sitoutunut ja omistautunut asennoituminen vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Terapeuttien parempia kokemuksia yhteistyösuhteesta ennustivat myös terapeutin arviot itsestään maltillisempänä henkilökohtaisessa yksityiselämän vuorovaikutuksessa, joskaan ei toisaalta kovin voimakastahtoisena eikä vetäytyvänä omissa ihmissuhteissaan. Eroja ilmeni myös lyhyen ja pitkän psykoterapian välillä. Pitkissä terapioissa yhteistyösuhteensa kokivat paremmiksi ne terapeutit, jotka arvioivat itsensä yksityiselämässään avoimemmiksi ja lämpimämmiksi. Terapeuttien arvioimat omat vuorovaikutustyyliä vaikuttivat myös potilaiden tekemisiin arvioihin yhteistyösuhteesta ja muutoksista yhteistyösuhteen aikana. Potilaiden arvioimana yhteistyösuhteet paranivat voimakkaasti kolmannen tunnin ja seitsemännen kuukauden välillä sitoutuneiden ja kannustavien terapeuttien tekemissä lyhyissä terapioissa (lyhyt psykodynaaminen psykoterapia ja voimavarakeskeinen terapia), kun sen sijaan samat terapeutin ominaisuudet huononsivat tuloksia samalla ajanjaksolla pitkissä terapioissa (pitkä psykodynaaminen psykoterapia ja psykoanalyysi).

Söderberg, Elfors, Holmqvist-Larsson, Falkenström ja Holmqvist (2014) tutkivat emotionaalista saatavillaoloa terapeuttien ja potilaiden välisessä suhteessa vanhempi-lapsitutkimuksen pohjalta tehdyn mukailun arviointimenetelmän avulla (6 terapeuttia, 16 terapiaa, 42 terapiatuntia). Potilaiden havainnoissa tehtäväallianssissa korostui terapeutin herkkyys ja ei-vihamielisyys sekä potilaan vastaanottavuus. Liittoallianssissa korostui struktuurin merkitys, missä keskeistä oli terapeutin kyky huolehtia rakenteesta ja rajoista. Terapeutin herkkyyteen potilaat liittivät hyväksyvyyden, lämmön ja erityisesti aitouden, joiden tuli välittyä yhdenmukaisena sanallisesti ja sanattomasti ilmaistuna. Hersoug, Høglend, Monsen ja Havik (2001) puolestaan tutkivat varhaisten vanhempisuhteiden osuudellisuutta lyhyissä ja pitkissä psykodynaamisissa terapioidissa. Tutkimuksessa oli mukana 201 potilasta ja 61 kliinistä terapeuttia. Tutkittaessa kiintymyssuhteiden ja yhteistyösuhteen yhteyttä havaittiin, että sekä potilaiden että terapeuttien itsensä tekemät arviot yhteistyösuhteesta olivat myönteisiä, erityisesti niillä terapeuteilla, jotka olivat arvioineet kiintymyssuhteensa lapsuuden huoltajiin myönteisemmiksi ja lämpimämmiksi. Tämä havaittiin sekä lyhyessä että pitkässä psykoterapiassa. Terapeutit, joilla oli representaatioita huolehtivasta äidistä, loivat potilaiden arvion mukaan parempia alliansseja (Hersoug ym., 2001, 2009). Terapeutit, joilla on ollut turvallinen kiintymyssuhde, ovat luoneet myös parempia alliansseja vaikeasti häiriintyneiden potilaiden kanssa (Schauenburg ym., 2010). Myös Hilliard, Henry ja Strupp (2000) kartoittivat terapeutin kiintymyssuhteiden vaikutusta varhaiseen allianssiin. Heidän tutkimuksessaan oli mukana 16 lyhyttä psykodynaamista terapiaa tekevää kliinikkoa ja 64 potilasta, jotka kärsivät pääosin Axis I -häiriöistä (esimerkiksi masentuneisuus ja ahdistus), ja 2/3 kärsi myös Axis II -häiriöistä (esimerkiksi persoonallisuushäiriöt). Terapeuttien negatiiviset kokemukset varhaisista vanhempisuhteistaan ennustivat esimerkiksi huonompia terapeuttisia suhteita kolmannella terapiatunnilla terapeuttien itsensä arvioimina. Sen sijaan ulkopuolisten arvioitsijoiden tai potilaiden arvioinneissa tämä ei näkynyt.

Wiseman ja Tishby (2014) kartoittivat potilaan kiintymystä terapeuttiin sekä potilaan ja terapeutin keskinäistä kiintymyssuhteensopivuutta. Potilaat, joilla oli välttelevä kiintymyssuhde, myös terapeuttia kohtaan, paranivat heikoimmin. Vähäinen välttelevyys potilaan ja terapeutin yhteensopivuudessa vaikutti enemmän ahdistuneisuuden vähenemiseen kuin jos lievästi välttelevä terapeutti hoiti vahvasti välttelevää potilasta. Tishby ja Wiseman (2014) tutkivat myös haastattelumenetelmällä vastatransferenssia ja sen vaikutusta potilas-terapeuttisuhteeseen. Tutkimusmateriaali koottiin viiden psykodynaamisen psykoterapeutin haastatteluista, joita tehtiin hoidon alussa, keskellä ja loppuvaiheilla. Potilaita oli 12. Tutkimuksessa kartoitettiin terapeuttien lapsuudenaikeisten sisäistysten siirtymistä potilastyöhön. Arvioitsijat löysivät viisi vastatransferenssin muotoa narratiiveista: toive vanhemmasta siirrettynä potilaaseen, projektio vanhemmasta siirrettynä potilaaseen, itsen toisto, negatiivisen vanhemman toisto ja korjaustoive vanhemmasta.

Tutkiessaan terapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien osuutta allianssiin Nissen-Lie ym. (2010) havaitsivat, että potilaiden kokema varhainen

allianssi riippui 17-prosenttisesti terapeuttien välisistä eroista. Heidän tutkimuksessaan oli mukana 68 kokenutta terapeuttia ja 335 aikuispotilasta Norjan psykiatrisilta avohoitoklinikoilta. Terapeuttien kokemien vaikeuksien (esimerkiksi enemmän vihamielisyyttä, empaattisuuden puutetta ja frustraatiota potilaan suhteen) vaikutus oli erityisen vahva varhaisessa allianssissa (3. terapia-tunti). Vaikeuksien negatiivinen vaikutus nimettiin negatiiviseksi persoonalliseksi reaktioksi. Hämmästyttävä positiivinen tutkimustulos oli terapeuttien ammatillinen epävarmuus. Tämä voidaan ymmärtää siten, että tulos reflektoi terapeuttien nöyryyteen ja sensitiivisyyteen, jotka helpottavat allianssin syntymistä. Terapeutin ja potilaan emotionaalisten reaktioiden käytön negatiivinen vaikutus terapeutitseen suhteeseen havaittiin silloin, kun tarkasteltiin lämmintä ihmissuhdetyyliä.

Hersougim ym. (2009) tutkimustulokset osoittivat, että terapeutin arviot itsestään kylmä-etäinendimensiolla (esimerkiksi etäisen pidättyväinen, katkonaisen hajanainen ja välinpitämättömän neutraali) tämänhetkissä henkilökohtaisissa vuorovaikutussuhteissa ennustivat huonompaa allianssia sekä potilaan että terapeutin arvioimana pitkässä psykoterapiassa. Potilaita oli 201 ja terapeutteja 61. Tutkimus oli tehty luonnollisissa olosuhteissa ja terapeutit pääosin psykodynaamisesti suuntautuneita. Allianssia kartoitettiin 3., 12. ja 20. tunnin kohdalla sekä siitä lähtien joka 20. terapiakerran kohdalla aina 120. kertaan asti. Nissen-Lie ym. (2013) ovat tutkineet terapeuttien arviointeja omasta vuorovaikutuksellisesta käyttäytymisestään ja ongelmistaan tuloksellisuuden ennustajina. Terapeuttien vaikutus oli 21 % ihmissuhdeongelmien ja 28 % kokonaistoiminnan paranemisessa. Havaittiin myös, että terapeuttien terveellä itsekritiikillä työnsä kompleksisuutta kohtaan oli positiivinen vaikutus potilaan ihmissuhteisiin.

Kokoneiden terapeuttien on havaittu säätelevän kiinnittymisastetta hoitojen alussa niiden potilaiden kanssa, joilla on vaikeita psykologisia ongelmia (Tschuschke ym., 2015). Terapeuttien taitavuus näkyi myös heidän kyvyssään mukailla heikentyneitä tai rasittavaa työskentelysuhdetta (Barber, Gallop, Crits-Christoph, Frank, Thase, Weiss & Connolly Gibbons, 2006; Tschuschke ym., 2015; Zeek, Orlinsky, Hermann, Joos, Wirsching, Weidmann & Hartmann, 2012).

Terapeuttien kyvyn vastata adekvaatisti potilaan vihamielisyyteen, torjuvuuteen ja muihin vaikeuksiin onkin havaittu olevan merkitsevästi yhteydessä vahvempiin alliansseihin (Safran & Muran, 2000). Terapeutin kyky käsitellä katkoja ja allianssijännitteisyyttä avoimella ja ei-puolustavalla tavalla, hyväksyen oman osuudellisuutensa, on auttanut allianssin kehittymistä, kun taas defensiivinen suhtautuminen on vaikeuttanut allianssia (Safran ym., 2002). Baldwin ym. (2007) totesivat, että niiden potilaiden hoitotulokset, joita hoitivat huonompia alliansseja muodostavat terapeutit, olisivat saattaneet olla parempia, jos heitä olisivat hoitaneet parempia alliansseja muodostavat terapeutit. Terapeuttien tulisikin olla varovaisia käyttäessään vuorovaikutuksellisia menetelmiä, elleivät he kykene luomaan lämmintä suhteessaolon tapaa potilaan kanssa eivätkä välttämään omien negatiivisten reaktioidensa siirtämistä potilaaseen (Nissen-Lie

ym., 2010). Nämäkin tutkimukset osoittavat, miten tärkeää olisi tutkia terapeutti-potilaspareja, jotta saataisiin syvempää ymmärrystä muun muassa siitä, mistä vaikeudet terapiasuhteissa johtuvat.

1.3.5 Terapeutin persoonallisten ominaisuuksien vaikutus tuloksellisuuteen

Jo Freudin (1953) teorioista lähtien on nähty terapeutin ihmisenäolon ja persoonallisuuden ratkaiseva merkitys terapeuttiselle prosessille. Yhteys terapeutin persoonan ja tuloksellisuuden välillä erilaisissa potilasryhmissä ja terapia-asetelmissä on kiinnostanut pitkään (esimerkiksi Dinger ym., 2008; Elkin, Falconnier, Martinovich & Mahoney, 2006; Kim ym., 2006; Lutz ym., 2007). Mutta yhätkään ei juuri tiedetä, mitkä terapeutin ominaisuudet ovat keskeisiä hyvän terapiatuloksen saavuttamiseksi. Toisaalta terapeutin empatia, kyky eläytyä toiseen ilman ehtoja, on laajalti todettu jo vuosikymmenten ajan merkittäväksi hoitotulostekijäksi (Beutler ym., 1994; Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Lafferty ym., 1989). Muutamissa uusimmissa tutkimuksissa on todettu terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikuttavan hoitotulokseen (Nissen-Lie ym., 2013; Sandell ym., 2000; Sandell, Lazar, Grant, Carlsson, Schubert & Broberg, 2006; Sandell ym., 2007), ja niillä on erilaista merkitystä lyhyissä ja pitkissä terapioidissa (Heinonen ym., 2012; Heinonen ym., 2013; Leichsenring & Rabung, 2008).

Terapeutin ominaisuuksista lämmön, optimismin ja huumorin on todettu olevan yhteydessä positiiviseen hoitotulokseen (Beck, Friedlander & Escudero, 2006). Sellaisten psykoterapeuttien ominaisuuksien kuin miellyttävyyden, hyväksyvyys, rohkaisevuus, kunnioitavuus sekä se, ettei terapeutti ole liian hiljaa, on todettu olevan yhteydessä potilaiden kokemuksiin paranemisesta ja autettusitulemisesta sekä terapeuttien kokemuksiin myönteisestä tuloksellisuudesta (Conte, Ratto, Clutz & Karasu, 1995). Terapeutin ja potilaan persoonallisuuden samantyyppisyyden ja potilaan neuroottisuuden on havaittu olevan vahvasti yhteydessä oireiden vähenemiseen (Coleman, 2006).

Onnistuneeseen hoitoon liitetään terapeutin luovuus, taitavuus, empaattinen ymmärrys, potilaan emotionaalinen tuki ja vahvistaminen, kyky liittyä potilaaseen, potilaan ongelmiin fokuointi ja potilaan huomion kohdistaminen tunnekokemuksiin (Hersoug ym., 2009). Sandell, Carlsson, Schubert, Grant, Lazar & Broberg (2006) kartoittivat psykoanalyysia ja pitkää psykoterapiaa tekevien terapeuttien ammatillisten ominaisuuksien osuudellisuutta tuloksellisuuteen. He havaitsivat, että terapeutit, jotka kuvasivat vuorovaikutustyyliään neutraalimmaksi ja uskoivat ystävällisyyden parantavaan voimaan, saivat parempia tuloksia psykoterapiassa ja psykoanalyysissa. Sama tutkimusryhmä (Sandell ym., 2007) vertasi hoidoissa vielä olevien ja hoidon lopettaneiden tuloksia toisiinsa. Terapeuttien asenteet eivät ennustaneet hoidossa olevien vointia. Sen sijaan terapeuttien usko ystävällisyyden ja itseymmärryksen parantavuuteen, suhtautuminen terapiaan luovana voimana sekä potilasta tukeva vuorovaikutustyyli ennustivat parempaa tuloksellisuutta terapiansa lopettaneiden ryhmässä.

Beutler ym. (2004) totesivat, että terapeutin hyvinvoinnilla on iso merkitys tuloksellisuudessa. On arvioitu, että keskeisiä myönteiseen hoitotulokseen vaikuttavia terapeutin persoonallisuustekijöitä ja henkilökohtaisia ominaisuuksia ovat henkinen hyvinvointi (Beutler ym., 1994; Beutler, 1991; Kottler, 1990; Lambert & Bergin, 1983; Wiggins & Giles, 1984), emotionaalinen lähestyttävyyys ja ymmärrys (Berry & Sipps, 1991; Beutler, 1991; Kottler, 1990; Miller, 1993; Or-linsky, Grawe & Parks, 1994), empaattisuus (Greenson, 1981; Kohut, 1985; Lafferty ym., 1989; Rogers, 1957), kyky luoda hoidosta turvallinen työskentelysuhde (Albert, 1997; Beutler, 1991; Strupp, 1989), joustavuus (Albert, 1997; Miller, 1993), psykologinen oivalluskyky (Blatt ym., 1996) sekä herkkyys lämpö ja aitous (Albert, 1997; Patterson, 1984; Rogers, 1957, 1961). Aiemman tutkimuksen pohjalta on arvioitu, että nimenomaan terapeutin minuuksien ja persoonallisuuden eheys – kuten Rogers (1961), Maslow (1970) ja Erikson (1964) ovat niitä kuvanneet – olisi keskeinen selittävä tekijä hyvien hoitotulosten saavuttamisen kannalta (Jennings & Skovholt, 1999; Luborsky ym., 1985; Skovholt & Rønnestad, 1995; Williams & Chambless, 1990).

Dienerin, Hilsenrothin ja Weinbergerin (2007) meta-analyysissä, jossa oli mukana 10 lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa koskevaa tutkimusta, havaittiin, että terapeutin kyky helpottaa potilaan tunnekokemusta ja tunneilmaisua oli yhteydessä potilaan paranemiseen: mitä enemmän terapeutti kykeni helpottamaan potilaan tunnekokemusta, sitä enemmän potilaassa tapahtui positiivisia muutoksia. Andersonin, Crowleyn, Himawanin, Holmbergin ja Uhlinin (2016) tutkimuksessa oli mukana 23 terapeuttia, jotka olivat saaneet korkean arvon terapeutin potilassuhteesta edistävissä ihmisuhdetaidoissa (Therapist Facilitative Interpersonal Skills, FIS: verbaalinen sujuvuus, tunteiden ilmaisu, vakuuttavuus, lämpö/positiivinen suhtautuminen, toiveikkaus, empatia, allianssin luomiskyky ja yhteistyökatojen korjaaminen). Tutkimuksessa kartoitettiin terapeutin potilassuhteesta edistävien ihmisuhdetaitojen ja koulutusstatuksen yhteyttä allianssiin ja tuloksellisuuteen. Jokainen terapeutti tapasi kahta potilasta seitsemän tunnin ajan. Tutkimuksessa oli myös 20 hengen kontrolliryhmä, joka ei saanut mitään hoitoa. Koulutusstatuksella ei havaittu olevan tilastollista merkitsevyyttä allianssissa eikä tuloksellisuudessa, ja korkean FIS-arvon saaneet saivat parempia tuloksia kuin matalan arvon saaneet. Kaikki terapiassa olleet potilaat hyötyivät enemmän kuin kontrolliryhmän potilaat, mutta korkeamman FIS-arvon saaneiden terapeuttien potilaat enemmän kuin matalan arvon saaneiden potilaat.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa on myös havaittu, että terapeutin henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat tuloksellisuuteen (Heinonen, Laaksonen, Lindfors, Lehtovuori & Knekt, 2008). Aktiivisen, sitoutuneen ja ekstrovertin terapeutin hoidossa potilaan oireet vähenivät nopeammin lyhyessä kuin pitkässä psykoterapiassa. Esimerkiksi terapeutit, jotka eivät olleet tunkeilevia, saavuttivat parempia tuloksia pitkissä psykoterapioissa kolmen vuoden seurannassa. Terapeutin luottamus ja työstään saama nautinto ennustivat huonompaa tulosta lyhyissä terapioissa pitkällä aikavälillä (Heinonen ym., 2012). Psykoterapeuttien ammatilliset ja henkilökohtaiset ominaisuudet ennustivat

yhteistyösuhteita ja hoitotuloksia eri tavoin erilaisissa ja eripituisissa psykoterapioissa (Heinonen ym., 2013). Vähäisemmät ammatillisen taitavuuden ja mielihyvän kokemukset vaikuttivat haitallisilta eritoten kahdessa lyhytterapia-muodossa, joissa ammatillinen itsevarmuus ja aktiivinen, tilanteeseen tarttuva vuorovaikutustyyli vaikuttivat erityisen tarpeellisilta. Pitkässä psykoterapiassa sen sijaan harkitseva, varovainen ja hienotunteinen vuorovaikutustyyli osoitautui hyödyllisemmäksi kuin lyhyessä terapiassa. Verrattaessa pitkää psykoterapiaa ja psykoanalyysia ennusti ammatillisesti hillitty, pidättyväinen, mutta henkilökohtaisesti läsnäoleva suhteessaolon tapa hyvää hoitotulosta psykoanalyysissa (Heinonen, 2015; Heinonen ym., 2013). Potilaat, joilla oli hyvät soveltuvuusarvot psykoterapiaan, hyötyivät lyhytterapioista. Niille, joilla oli huomattavat soveltuvuusarvot, eivät lyhyet terapiat olleet riittäviä (Laaksonen, Knekt, Sares-Jäske & Lindfors, 2012). Huonoja soveltuvuusarvoja saaneet sen sijaan hyötyivät pitkistä terapioista (Laaksonen, Knekt & Lindfors, 2013). Steenbarger (1994) sen sijaan havaitsi, että potilaat, joilla oli ongelmia pitkäjänteisissä ihmissuhteissa ja heikko hoitomotiivatio, hyötyivät todennäköisesti enemmän pitkistä terapiasta.

Ihmisen monet persoonalliset ominaisuudet rakentuvat jo hyvin varhain, sisäistetyistä vuorovaikutusmalleista vanhempien kanssa. Bowlby (1988) on todennut, että varhaiset vuorovaikutussuhteet vaikuttavat myöhempään kiintymyssuhteisiin sekä siihen, miten ihminen hoivaa toista ihmistä. Nykyään terapeutit koetaan tärkeinä kiintymyssuhdemalleina potilaille (Halpern, 2003). Terapeuttien oletetaan tarjoavan turvaa ja tukea ja olevan viisaampia ja vahvempia. Tämän voidaan nähdä vastaavan perinteisen kiintymyssuhdeteorian vanhempi-lapsisuhteen vuorovaikutusta (Dozier & Bates, 2004; Farber & Metzger, 2009). Voidakseen täyttää potilaidensa kiintymyssuhdetarpeet terapeuteilla tulisi olla empatiakykyä, sensitiivisyyttä, tunnekontrollikykyä sekä kykyä reflektointiin (esim. Diamond, Stovall-McClough, Clarkin & Levy, 2003). Turvallisesti kiinnittynyt ihminen on itsenäisempi ja joustavampi vaikeissa vuorovaikutustilanteissa – eivätkä häntä ohjaa omat kiintymyssuhdepelot ja tarpeet (Lopez & Brennan, 2000). Välttelevästi kiinnittyneet terapeutit pitävät etäisyyttä vaikeisiin potilaisiin, ja takertuvasti kiinnittyneet tuntevat syyllisyyttä ja pelkäävät olevansa epäadekvaatteja (Dozier, 1990). Mallincrodtin (2000) mukaan terapeuttien lapsuudenkokemukset ja kiintymyssuhderepresentaatiot vaikuttavat terapeuttien teknisiin taitoihin, sosiaalisiin kykyihin sekä mielenlaatuun ja luonteeseen. Esimerkiksi Hersoug (2004) havaitsi, että terapeutit, jotka kokivat saaneensa hyvää hoivaa vanhemmiltaan, tekivät vähemmän tulkintoja kuin terapeutit, joilla oli negatiivisia sisäistyksiä vanhemmistaan. Terapeuteilla, jotka olivat saaneet hyvää hoivaa vanhemmiltaan ja joilla oli vähemmän negatiivisia sisäistyksiä, oli myös positiivinen yhteys potilaiden sairaimpien defenssien vähenemiseen. Tutkimuksessa oli mukana 39 terapeuttia, jotka tekivät lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa.

Degnan, Seymor-Hyde, Harris ja Berry (2016) ovat tehneet laajan kartoituksen kiintymyssuhteiden merkityksestä allianssiin ja tuloksellisuuteen. He havaitsivat, että vain kahdessa tutkimuksessa (Bruck, Winston, Aderholt & Mu-

ran, 2006; Schauenburg ym., 2010) yhdestätoista verrattiin terapeutin turvallista kiintymyssuhdetta tuloksellisuuteen. Tutkimuksissa mukana olevat terapeutit olivat koulutettuja, ja potilailla oli diagnosoitu psyykinen sairaus. Bruckin ym. (2006) mukaan potilaat, joiden terapeuteilla oli turvallinen kiintymyssuhde, paranivat selvemmin, erityisesti ihmissuhteissaan ja tavoitteissaan terapian jälkeen. Terapeutin välttelevä kiintymyssuhde ja ahdistus vaikuttivat heikentävästi tuloksellisuuteen. Schauenburg ym. (2010) käyttivät psykoterapeuttien kiintymyssuhdetta ja tuloksellisuutta kartoittavassa tutkimuksessaan AAI-kiintymyssuhdehaastattelua. Tutkimuksessa oli mukana 31 terapeuttia ja 1 381 kahden sairaalan potilasta. Potilailla oli vaikeita psyykkisiä häiriöitä, kuten ahdistuneisuutta, stressiä, syömishäiriöitä, pakko-oireisuutta ja psykoottisuutta. Suurimmalla osalla oli enemmän kuin yksi diagnoosi. Potilaista 41 % sairasti myös persoonallisuushäiriöitä. Terapia oli monimuotoista sairaalapsykoterapi-aa: psykodynaamista, behavioraalista, oirespesifisiä tulkintoja, yksilö- tai ryhmäistuntoja vähintään viikoittain 12 viikon ajan. Tutkimus oli luonnollisten olosuhteiden pitkittäistutkimus. Mittaukset tehtiin terapian alussa ja lopussa. Yli puolet terapeuteista oli turvallisesti kiinnittyneitä, mutta 20 % oli kiintymyssuh-teeltaan ratkaisemattomassa luokassa. Vain muutamalla terapeutilla oli välttelevä kiintymyssuhde. Terapeuttien turvallinen kiintymyssuhde ei ollut yhteydessä sukupuoleen, ammattiin, ikään tai terapeuttiseen kokemukseen. Sen sijaan terapeutit, joilla oli turvallinen kiintymyssuhde, saavuttivat parempia tuloksia vaikeammin häiriintyneiden potilaiden hoidossa. Muita merkitseviä tuloksia ei saatu.

Degnanin ym. (2016) kartoituksessa vain neljässä tutkimuksessa (Bruck ym., 2006; Schauenburg ym., 2010; Tyrell, Dozier, Teague & Fallot, 1999; Wiseman & Tishby, 2014) tutkittiin terapeutin turvattoman kiintymyssuhteen merkitystä tuloksellisuudelle. Vain yhdessä tutkimuksessa (Bruck ym., 2006) löydettiin yhteys terapeutin turvattoman kiintymyssuhteen ja huonompien hoitotulosten välillä hoidettaessa moniongelmaisia, psyykkisesti häiriintyneitä potilaita. On myös havaittu, että terapeutin oma lapsuudenkehitys vaikuttaa niiden potilaiden hoidossa, joilla on häiriöitä varhaisessa kiinnittymisessä (Clemens, 2010). Hilliardin ym. (2000) tutkimuksen mukaan potilaan varhaisilla vanhemmuussuhteilla oli suora vaikutus prosessiin ja tuloksellisuuteen. Myös terapeutin varhaiset vanhempisuhteet vaikuttivat välittömästi prosessiin ja prosessi vaikutti tuloksellisuuteen. Täten sekä potilaan että terapeutin varhaiset vanhempisuhteet vaikuttivat prosessin kautta tuloksellisuuteen. Tätä tutkittiin sekä potilaan että terapeutin itsenäisillä ja observoijan raportilla. Tutkimuksessa peilattiin Sullivanin teoriaan siitä, että ihminen hoivaa niin kuin häntä on hoivattu (Benjamin, 1974). Strupp (1993) havaitsi, että terapeutin oma sisäistetty malli vaikutti siihen, miten terapeutti liittyi vastavuoroiseen terapiaprosessiin.

Mallincrodt, Choi ja Daly (2015) kartoittivat terapeuttista etäisyyttä potilaan kokemana neljäportaisella asteikolla: liian lähellä, liian etäällä, kasvava autonomia ja kasvava sitoutuminen, jotka korreloivat odotetusti allianssiin ja potilaan kiintymykseen terapeuttia kohtaan. Tuloksissa saatiin mielenkiintoista tietoa turvattomien potilaiden hoidosta. Ennen terapiaa mitattu potilaan vältte-

levyys korreloi merkitsevästi siihen, että terapeutti koettiin liian läheisenä, ja ahdistus taas korreloi terapeutin kokemiseen liian etäisenä. Läpi aineiston niillä potilailla, jotka rakensivat hoidon aikana turvallisen suhteen terapeuttiinsa, potilaan välttelevyys ennen terapiaa korreloi merkitsevästi kasvavaan sitoutumiseen, mutta ahdistus ei korreloinut kasvavaan autonomiaan. Tulos herättelee pohdintoja terapeuttien suhtautumisesta potilaisiinsa, varsinkin hoitojen alkupuolella. Tutkimuksissa on havaittu (Huang, Hill & Gelso, 2013; Marmarosh, Gelso, Markin, Majors, Mallery & Choi, 2009), että ennen terapiaa mitattu potilaan ahdistus, muttei välttelevyys, saattaa johtaa keskeytyksiin.

Tutkittaessa terapeuttien ja potilaiden kiintymyssuhteiden yhteisvaikutuksia saatiin muutamassa tutkimuksessa yhteisvaikutuksia tuloksellisuuden kanssa (Bruck ym., 2006; Petrowski ym., 2011; Tyrell ym., 1999). Yhteistä havainnoille oli se, että erilaiset kiintymyssuhteet toivat parempaa tulosta, esimerkiksi ei-aktiiviset potilaat hyötyivät vähemmän ei-aktiivisista terapeuteista (Tyrell ym., 1999). Bruck ym. (2006) havaitsivat, että suurempi erilaisuus kiintymyssuhteissa tuotti paremman allianssin ja tuloksellisuuden. Kazantzis, Cronin, Norton, Lai ja Hoffmann (2015) ovat kiinnittäneet huomiota tutkimustuloksiin, joissa on havaittu, että terapeutin kyky solmia potilaaseen erilainen ihmishuuhde kuin potilaan aiemmat suhteet ja osoittaa aikaisempien suhteiden patologisuutta mahdollistaa potilaan erilaisen suhtautumisen toisiin ihmisiin – ja kyvyn rakentaa heihin uudenlaisia ihmishuuhdeita. Potilaan on tällöin helpompi luottaa, olla positiivisesti riippuvainen, suhtautua eri tavoin haasteisiin ja vaatimuksiin tai tukea muita hoidossa saamansa uudenlaisen kiintymyssisäistyksen myötä.

1.3.5.1 Empatiakyvyn merkitys terapiassa ja tuloksellisuudessa

Läpi psykoterapeuttisten lähestymistapojen on terapeutin empatia ollut yksi keskeinen ei-spesifinen tekijä hoidoissa (Elliott ym., 2011; Luborsky ym., 1975). Empatiolla on havaittu olevan eriasteista merkitystä tuloksellisuudelle. Esimerkiksi Elliott ym. (2011) arvioivat empatian olevan vahva tuloksellisuuden ennustaja, noin 9 %, erilaisissa lähestymistavoissa. On osoitettu, että empatia vaikuttaa tuloksellisuuteen enemmän kuin terapeutin terapiasuuntaus (Luborsky ym., 1985) tai terapeutin erityiset terapiainterventiot (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002). On arvioitu, että empatian yhteys hyvään tuloksellisuuteen johtuu sen positiivisesta vaikutuksesta potilaan varhaisten sisäistettyjen representaatioiden muutosprosessiin (Bohart & Greenberg, 1997; Kohut, 1984; Rogers, 1963).

Jo paljon ennen empatiatutkimuksia ovat useat koulukunnat varoittaneet terapeutin empatian puutteen vaaroista psykoterapioille, esimerkiksi humanistiselle (mm. Rogers, 1951) ja psykodynaamiselle terapialle (mm. Fenichel, 1941; Freud, 1958). Greenson (1967) on varoittanut terapeutin emotionaalisen vetäytymisen ja ei-suhteessaolon olevan pahaenteisiä merkkejä psykoanalyysin asiallisen toteuttamisen kannalta.

Määritelmät empatiasta ovat vaihdelleet (Bohart & Greenberg, 1997). Psykoterapeutin empatiaa on määritelty kyvyksi ymmärtää potilaan kokemaa ja

välittää tämän ymmärtämistä potilaalle (Rogers, 1957; Truax & Carkhuff, 1967). Rogers (1957) oletti, että terapeutin avoimuus ja hyväksyminen vaikuttivat myönteisesti potilaan kokemaan itsensä arvostamiseen ja omien tunteidensa tunnistamiseen ja hyväksymiseen. Olennaista oli terapeutin kyky kohdata potilas ilman ennakkoluuloja ja arvostelua, laittamalla eräällä tavoin sivuun omat näkemykset ja kokemukset (Rogers, 1957), sekä soinnuttaa kokemaansa hetki hetkeltä potilaan esittämään hätään ja huoleen (Thwaites & Bennett-Levy, 2007; Watson, 2002; Watson & Prosser, 2002). Kokemusperäinen tutkimus on osoittanut, että terapeutin empaattiset vasteet potilaan sisäisiin kokemuksiin auttavat potilasta hyväksymään tunteitaan ja vaikuttavat myönteisesti potilaan itsesääteilyyn (Paivio & Laurent, 2001; Watson, 2002). Kohut (1971) määrittelee empatian, eläytymisen, kyvyksi saada epäsuorasti havaittavissa olevaa tietoa toisesta, minkä perusteella voidaan tavoittaa laajempia psyykkisiä toimintoja. Hänen mukaansa empatia perustuu varhaiskehityksemme sisäistykseen hoitajan (äidin) tunteista, tekemisistä ja käyttäytymisistä. Kohutin (1984) mukaan analyytikon empatialla on tärkeä merkitys tulkintojen ajoitukselle ja oikeaan osuvuudelle. Tämä mahdollistaa potilaan sisäistyksen analyytikosta hyvänä sisäisenä objektina.

Watsonin, Steckleyn ja McMullenin (2014) tutkimuksessa oli mukana 15 kognitiivista ja systeemistä terapeuttia. Potilaita oli 55. Hoitomuotona oli 16 kerran masentuneille suunnattu psykoterapia. Potilaat arvioivat, oliko terapeutin empatiasta hyötyä terapiatulokselle ja heidän kiintymyssuhteilleen. Watson ym. löysivät merkitsevästi suoran yhteyden terapeutin empatian ja tuloksellisuuden välille. Terapeutin empatialla oli merkitsevä välillinen yhteys potilaan turvattomassa kiintymyssuhteessa tapahtuneeseen myönteiseen muutokseen.

Deckerin, Nichin, Carrollin ja Martinon (2014) tutkimus ei ollut tuloksellisuustutkimus, mutta alustavat tutkimustulokset osoittavat, että terapeutin empatialla ja tuloksellisuudella oli yhteys. Tulokset ovat johdonmukaisia Rogersin (1957) ajatuksen kanssa, että empatia on olennainen tekijä potilaan muutokselle. Terapeutti voi suoraan vaikuttaa tuloksellisuuteen tai lisätä hoitoon suostuvaisuutta tarjoamalla potilaalle korjaavaa empaattista kokemusta, mikä edistää kognitiivis-tunnesisältöistä prosessointia ja itsen hoitoa (Bohart ym., 2002) tai lisää potilaan motivaatiota (Moyers & Miller, 2013). Empatia voi myös vahvistaa terapeutin ja potilaan liittoa ja heidän yhdenmielisyyttään terapian päämääristä, minkä taas on havaittu olevan yhteydessä tuloksellisuuteen (Horvath & Bedi, 2002; Zuroff & Blatt, 2006). Malin ja Pos (2015) tutkivat terapeutin ilmaisema empatiaa ja sen osuutta muun muassa tuloksellisuuteen ensimmäisten tuntien aikana 30 potilaan kokemusperäisessä, lyhyessä terapiassa. Tutkimuksessa käytettiin observoijan arviointia. Tutkimustulosten mukaan terapeutin ensimmäisellä tunnilla ilmaisema empatia vaikutti merkitsevästi tuloksellisuuteen, vaikkakin epäsuorasti. Terapeutin empatia ensimmäisten tuntien aikana ennusti suoraan ja positiivisesti potilaan kokemaa allianssia hoidon alussa sekä ennusti suoraan arvioitsijan arvioimaa emotionaalista prosessointia työskentelyvaiheen aikana. Chevron ym. (1983) puolestaan havaitsivat, että arvioitsijat

arvioivat vanhemmat, kokeneimmat terapeutit empaattisimmiksi ja heillä todettiin videoidun tunnin tai terapeuttien tekemän potilashaastattelun pohjalta olevan enemmän mahdollisuuksia toimia tehokkaasti lyhyessä interpersoonallisessa terapiassa.

Salvio, Beutler, Wood ja Engle (1992) löysivät kohtalaisen ison korrelaation depressiivisten potilaiden arvioiman terapeutin empatian ja allianssin välillä 20 terapiatunnin jälkeen. Potilaiden kokema terapeuttien ilmaiseman empatian, positiivisen suhtautumisen ja aitouden määrä oli tärkeä tuloksellisuuden ennustaja depressiivisten potilaiden psykoterapiassa (Zuroff & Blatt, 2006). Terapeutin empatian on havaittu vaihtelevan enemmän terapeuttien välillä kuin saman terapeutin eri potilaiden välillä (Truax, Wargo, Frank, Imber, Battle, Hoehn-Saric & Stone, 1966). Zuroff ym. (2010) osoittivat, että sekä terapeuttien välillä että saman terapeutin eri potilaiden välillä ilmenevä empatia, positiivinen suhtautuminen sekä aitous, mitattuna toisella terapiakerralla, ennustivat tasapainottomuuden nopeampaa vähenemistä. Terapeuttien välillä vaikutus oli kaksi kertaa suurempi kuin saman terapeutin eri potilaiden välillä. Potilaat, joilla oli vähäisempi itsekritiikki ja suurempi riippuvuuden mukautumiskyky tai suurimmat odotukset terapeuttiensa aitouden suhteen, kokivat voimakkaampia empatian, positiivisen suhtautumisen sekä aitouden tunteita terapeuteissaan kuin terapeuttien potilaat keskimäärin. Potilaiden huomattava itsekritiittinen perfektionismi vähensi terapeuttien välisiä eroja, ja mukautuva riippuvuus lisäsi terapeutin eri potilaiden välisiä eroja. Kyseisten ominaisuuksien tutkiminen saattoi toisaalta jopa ylikorostaa oiremuutosta (Zuroff & Blatt, 2006). Emotionaalisen prosessoinnin on oletettu olevan kolmas mahdollinen ei-spesifinen tekijä depressiivisten terapioiden (Greenberg & Pascual-Leone, 2006) empatian ja allianssin ohella (Greenberg & Watson, 2006; Norcross, 2011).

On havaittu, että potilaan kokemaan terapeutin empaattisuuteen vaikuttivat myönteisesti terapeutin sanaton käyttäytyminen, kuten silmäkontakti, huolestunut ilme, eteenpäin nojaaminen ja pään nyökyttely ymmärryksen merkiksi (D'Augelli, 1974; Tepper, 1973; Watson, 2002). Myös terapeutin potilaan prosessia eteenpäin kuljettava, ei-keskeyttävä, työskentelytapa, jossa keskeisiä olivat potilaan kanssa samanlaiset puhettavat ja äänensävyt (esim. Elliott ym., 2011) sekä terapeutin kiinnostunut, ei-ikävystymistä lisäävä osallistuminen (esim. Tepper, 1973) ja terapeutin tunnesisältöiset sanat (Barrington, 1961) edesauttoivat potilaan kokemusta terapeutista empaattisena.

On myös tutkittu terapeutin tapoja ilmaista ja välittää empatiaansa tuntien aikana potilaalle. Terapeutti voi välittää empatiaansa kiinnostuneella ja ilmeikkäällä äänensävyllä, tuoda esille samanlaisen intensiteetin potilaan tunneilmäilyn kanssa sekä reflektoida eri tavoin yksityiskohtia, tarkoituksia tai sanattomia mutta ymmärrettyjä merkityksiä potilaalle (Watson, 2002). Marci, Ham, Moran ja Orr (2007) sen sijaan havaitsivat, että terapeutti-potilasparien sähköiset ihoreaktiot terapiatuntien aikana ja potilaiden arviot terapeutin empatiakyvystä vastasivat toisiaan. Arvioitaessa terapeuttien kognitiivista ja emotionaalista empatiakykyä terapeutit eivät eronneet kontrolliryhmästä arvioitaessa tunnetiloja kasvojen ilmeistä, mutta olivat parempia päättämään tunnetiloja kielen perus-

teella ja kykenivät myös kontrolloimaan tunteitaan paremmin jännitteisissä vuorovaikutustilanteissa, mikä näkyi muun muassa siinä, etteivät he reagoineet potilaan hätään hädällä (Hassenstab, Dziobek, Rogers, Wolf & Convit, 2007).

Avulioiden terapeuttien on havaittu olevan empaattisempia (Greenberg & Rushanski-Rosenberg, 2002; Lambert & Barley, 2002; Orlinsky & Howard, 1986), välttävän ihmissuhdekatkoksia tehokkaasti (Safran & Muran, 2000; Safran ym., 2002), tulevan toimeen vaikeiden tunteiden kanssa ja käsittelevän niitä tehokkaasti (Dalenberg, 2004; Hill, Kellems, Kolchakian, Wonnell, Davis & Nakayama, 2003). Terapeutit, jotka ovat emotionaalisesti hyvin älykkäitä, kykenevät eläytymään, liittymään emotionaalisuuteen avoimella ja ei-defensiivisellä tavalla, selvittävät katkokset tehokkaasti, verbalisoiden tunteita, erittelevät tunteita ja käsittelevät vaikeita tunteita tehokkaasti sekä säätelevät omia ja toisten tunteita. Empatian on todettu olevan perustavanlaatuinen suhteessaoloprosessi ja tärkeä tekijä emotionaalisessa älykkyydessä (mm. Elliott & Greenberg, 2007; Kaplowitz, Safran & Muran, 2011), mikä merkitsee muun muassa sitä, että terapeutilla tulee olla emotionaalinen ja kognitiivinen sisäinen kokemisen mahdollisuus vastatessaan empaattisesti potilaalle. Emotionaalinen älykkyys on limitäin empatian (Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner & Salovey, 2006; Elliott ym., 2011; Rogers, 1980), reflektiivisen funktion (Fonagy & Target, 1997; Karlsson & Kermott, 2006), psykologisen ennakkoluulottomuuden (Appelbaum, 1973) ja tunnesäätelyn (Main, 1990; Schore, 2003; Wallin, 2007) kanssa.

Terapeutin empatiaa on mitattu esimerkiksi terapeuttien itsearvioimana (King & Holosko, 2011) sekä potilaiden (Mercer, Maxwell, Heaney & Watt, 2004) ja ulkopuolisten arvioitsijoiden arvioimana (Decker ym., 2014; Elliott, Filipovich, Harrigan, Gaynor, Reimschuessel & Zapadka, 1982; Truax & Carkhuff, 1967; Watson, 1999). Esimerkiksi observoijan arvioimana terapeutin empaattisuudella ja allianssin rakentumisella on havaittu olevan kohtalaisesti merkitsevä korrelaatio psykodynaamisessa psykoterapiassa (Wing, 2010). Terapeuttien itsearviot on todettu yliempaattisiksi verrattuna potilaiden tai ulkopuolisten arvioitsijoiden arvioihin (Kurtz & Grummon, 1972). Potilaan ja ulkopuolisen havainnoitsijan arviot ovat ennustaneet terapeutin empatian merkitystä paremmin kuin terapeuttien omat arviot (Elliott ym., 2011). Orlinsky ym. (1994) kartoittivat 115 psykodynaamisista psykoterapioista tehtyä tutkimusta, joista 72 %:ssa saatiin hyvä hoitotulos silloin, kun potilaat olivat arvioineet terapeutin empaattiseksi. On havaittu, että observoijan arvioima empatia toimii hyödyllisenä psykoterapian prosessi-tuloksellisuustutkimuksissa sekä työnohjaajapalautteissa (Elliott ym., 2011; Truax & Carkhuff, 1967). Deckerin ym. (2014) kehittämä arviointimenetelmä pohjaa nauhoitettuihin tunteihin, joista tutkittiin empatiaa puheen ja äänensävyn perusteella. Arvioinneissa on todettu heikkouksia muun muassa siinä, että ne soveltuvat vain videoituihin tai suoraan havainnoituihin istuntoihin, ne kartoittavat vain osia empatiasta, niissä ei keskitytä terapeutin käyttäytymisen arviointiin, eikä niissä arvioida nonverbaalista, sanaton-ta viestintää.

1.3.6 Terapeutin persoonallisten ominaisuuksien vaikutus negatiiviseen hoitotulokseen

Psykoterapioita kartoittavissa tutkimuksissa on usein jätetty huomioimatta terapeutin persoonallisia ominaisuuksia kuvaavien muuttujien osuus negatiiviseen hoitotulokseen (Mohr, 1995) tai terapeuttia on pidetty neutraalina selittäjänä hoidossa (Miller, 1993). Tutkittaessa hoitokeskeytyksiä on kuitenkin todettu, että 87 % keskeytyksistä johtui terapiaprosessista tai terapeutin käyttäytymisestä, ei potilaasta (Levinson, McMurray, Podell & Weiner, 1978). Lambertin ja Oglesin (2004) tekemän tuloksellisuustutkimuksen kirjallisuuskatsauksen mukaan 5–10 % potilaista on mennyt huonompaan kuntoon terapioiden aikana. Terapeuttien puutteet vuorovaikutuksellisissa kyvyissä ja empatiassa näyttivät myötävaikuttavan potilaan huononemiseen.

Jo pitkään on havaittu, etteivät kaikki potilaat hyödy psykoterapiasta (Lambert, 2007) ja että pienen osan tila jopa huononee (Lambert & Barley, 2002). Jotkut potilaat eivät myöskään ole riittävästi motivoituneita (Vogela, Hansen, Stiles & Götestam, 2006). Joillakin myöskään terapiamuoto ei vastaa potilaan persoonallista tarvetta (Beutler, 1991) tai hoito-odotuksia (Greenberg, Constantino & Bruce, 2006). Castonguay ym. (2010) havaitsivat, että terapeutilla voi olla osuus epäonnistuneisiin hoitoihin. Havaittuja tekijöitä voivat olla terapeuttien kyvyttömyys korjata virheitään (Safran & Muran, 2000) tai vihamielinen dominoiva persoonallisuus (Henry, Schacht & Strupp, 1990; Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder, 1993). Dominoiva käyttäytyminen johtaa toisen alistuvuuteen ja kiltteyteen (Kiesler, 1983; Markey, Funder & Ozer, 2003; Tracey, Ryan & Jaschik-Herman, 2001). Mikäli terapeutti ei huomaa yhteistyösuhteen katkoksia, saattaa yhteistyösuhde häiriintyä pahasti tai jopa päättyä (Safran ym., 2002).

Verrattaessa toisiinsa aikarajattujen psykodynaamisten terapioiden hyviä ja huonoja tuloksia saavia terapeutteja havaittiin, että huonoja tuloksia saivat ne, joilla oli enemmän vihamielistä kontrollia (esim. vähättelyä ja syyttelyä), vihamielistä suhtautumista separaatioon (esim. huomioimatta jättämistä ja vähättelyä), monenlaista ristiriitaista viestintää sekä vähemmän tuen antamista itsenäiseen kehitykseen (Henry, Schacht & Strupp, 1986, 1990). Terapeuttien ihmissuhdetaitojen, kuten empatiakyky, kyky olla vakuuttava ja kyky olla vastaamatta vihamielisesti potilaan vihamielisyyteen tai torjuntaan, on havaittu vaikuttavan myönteisesti tuloksellisuuteen (Anderson ym., 2009; Beutler ym., 2004; Bohart ym., 2002; Horvath & Bedi, 2002; Lafferty ym., 1989; Najavits & Strupp, 1994; Safran ym., 2002, Sandell ym., 2007; Vocisano, Klein, Arnow, Rivera, Blalock, Rothbaum, Vivian, Markowitz, Kocsis, Manber, Castonguay, Rush, Borian, McCullough, Kornstein, Riso & Keller, 2004).

Onnistuneet terapiat ovat näyttäneet sisältävän hyvin vähän vihamielisyyttä (Critchfield, Henry, Castonguay & Borkovec, 2007; Henry ym., 1986, 1990), ja vähäinenkin vihamielisyyden on ennustanut huonompaa tuloksellisuutta (Henry ym., 1986; Jørgensen, Hougaard, Rosenbaum, Valbak & Rehfeld, 2000). Usein myös potilaat, terapeutit, työnohjaajat ja tutkijat eivät ole huomanneet vihamielisyyttä tai eivät ole välittäneet vähäisestä vihamielisyydestä (Binder & Strupp, 1997). Pakonomaisesti käyttäytyvä, eksperttitytään korostava terapeutti

koettiin huonoksi muun muassa sosiaalisilta taidoiltaan ja hoidon laadun suhteen McCarthyn ja Hanson Friezen (1999) tutkimuksessa. Mikäli terapeutti oli maineeltaan hyvä ja kykeni kompromisseihin hoidossa, olivat potilaat tyytyväisempiä ja arvioivat terapeutin tehokkaammaksi. Ystävällisyys tuottaa ystävällisyyttä, viha vihaa. Merkittävässä tutkimuksessaan Henry ym. (1990) osoittivat, että vihamielisempien ja vähemmän itseään vaalivien terapeuttien psykodynaamisissa lyhytterapioissa potilaiden introjektiot muuttuivat vähemmän tai jopa heikkenivät.

Jo pitkään on myös kiinnitetty huomiota siihen, miten terapeutin epäadekvaatit vastatransferenssit vaikuttavat huonoihin terapiatuloksiin (Gelso, Latts, Gomez & Fassinger, 2002). Crits-Christoph ja Gibbons (2002) ovat havainneet, että runsas määrä transferenssitulkintoja voi aiheuttaa huonoa tulosta. Anderson, Knobloch-Fedders, Stiles, Ordonez ja Heckman (2012) tutkimustulosten mukaan terapeutit käyttivät kohtalaisen vihamielisyyden jaksoina, verrattuna vähäisen vihamielisyyden jaksoihin, enemmän tulkintoja ja vähemmän kysymyksiä ja reflektointia. Schut, Castonguay, Flanagan, Yamasaki, Barber, Bedics ja Smith (2005) havitsivat, että persoonallisuushäiriöitä hoitaneiden psykodynaamisen terapian terapeuttien runsas tulkintojen määrä vaikutti negatiivisesti tuloksellisuuteen, varsinkin silloin, jos vuorovaikutus potilaiden kanssa oli vihamielistä. Parempia tuloksia saivat ne terapeutit, jotka tekivät tulkintoja harkiten. Piper, McCallum, Joyce, Azim ja Ogrodniczuk (1999) havaitsivat, että potilas vastustusti hiljaisuudella ja erimielisyydellä, mikäli terapeutit tulkitsivat potilaan pettymysten ilmauksia transferenssireaktioina. Tämä taas lisäsi terapeutin sarkastisia, itsepintaisia ja suorasukaisia transferenssitulkintoja.

Castonguay ym. (2010) toivat esille, että toisaalta on paljon psykodynaamisia klinikoita, jotka ovat kantaneet vastuuta jo vuosikymmeniä sitten siitä, että psykoterapeuttien vihamielisyyttä, syyttävyyttä ja vastatransferenssitunteiden puutteellinen käsittely voivat johtaa negatiiviseen hoitotulokseen ja ennenaikaisiin keskeytyksiin (Ferenzi & Rank, 1923; Freud, 1957, 1964; Gelso & Hayes, 2007; Greenson, 1967; Kernberg, 1965; Kohut, 1979; Strupp, 1973; Winnicott, 1949). Esimerkiksi Freud (1964) ja Greenson (1967) ovat tuoneet esille huolta siitä, miten terapeutit voivat siirtää omaa syyllisyyttään tai vihamielisyyttään terapiaprosessiin ja erilaisiin interventioihin tai heikentää tulosta omalla vihamielisellä vetäytymisellään (Greenson, 1967). Freud (1964) on tuonut esille myös ennenaikaisen tulkinnan vaaroja silloin, jos suhde potilaaseen ei ole vielä rakentunut ja potilas ei siis ole vielä riittävän vastaanottavainen tulkinnalle.

Terapeutin tunne-elämän häiriöiden sekä empatian ja lämmön puutteen on todettu vaikuttavan negatiivisesti potilaan hoitoprosessiin (Wiggins & Giles, 1984) ja hoitotulokseen (Lafferty ym., 1989; Mohr, 1995). Psykoterapeuttien ahdistuksen, kärsimyksen ja uupumuksen on todettu aiheuttavan muutoksia myös työn tehokkuuteen (Watkins & Watts, 1995). Myös terapeutin ankaruus, torjuvuus sekä hyökkäävyys, moittivuus ja vihamielisyyttä vaikuttivat huonontavasti hoitoprosessiin ja hoitotulokseen (Lambert & Barley, 2002; Najavits & Strupp, 1994). Etäinen, jäykkä tai emotionaalisesti houkutteleva terapeutti saa-

vutti keskimääräistä huonompia tuloksia työssään (Orlinsky, Norcross, Rønnestad & Wiseman, 2005). Terapeutin empatian puute ja tunnekylläisyys olivat keskeisiä tekijöitä epäonnistuneissa psykoterapioissa terapiamuodosta riippumatta (Norcross & Wampold, 2011). Sandellin ym. (2000) mukaan tuloksellisuuteen vaikutti negatiivisesti jatkuva työhöjauksessa käyminen ja yli 10 vuotta kestänyt oma hoito. Psykoanalyttikot tai psykoterapeutit, jotka arvostivat teknistä neutraliteettia ja itsetuntemusta, eivät saaneet hyviä hoitotuloksia psykoterapiassa. Psykoanalyysien kohdalla kyseiset ominaisuudet eivät vaikuttaneet negatiivisesti hoitotulokseen.

Goldberg (1992) tutki kokeneita, vanhempia terapeutteja ja totesi useimpien olevan tyytyväisiä työhönsä ja henkilökohtaiseen elämäänsä. Terapeuteilla, joilla oli vaikeuksia empaattisuudessa ja potilaan ymmärtämisessä ja jotka olivat myös kadottaneet mielenkiinnon työhön, potilaisiin ja itseensä, oli ollut epätydyttävä oma hoito, joko psykoterapia tai psykoanalyysi. Ammatin kielteisiksi puoliksi on havaittu tunne-elämän uupumus ja turhautuminen sekä suurimmaksi stressin ja epätydyttävyyden aiheuttajaksi tunteiden eristäminen (Guy, 1987).

1.4 Terapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitys psykoterapeuttien koulutuksessa

Erilaisissa vaikuttavuustutkimuksissa on näytetty, että psykoterapiatutkimuksista saatua tietoa (psykoterapian teho) voidaan hyödyntää myös psykoterapeuttien koulutuksessa ja erityisesti erilaisten ja eripituisten koulutusten sisältöpainotuksissa (Castonguay ym., 2010; Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen, Dayton & Vermeersch, 2006).

On huomattu, että vaikka koulutukseen on kiinnitetty enemmän huomiota kuin muihin terapeutin ominaisuuksiin, niin koulutuskokemukseen on sen sijaan kiinnitetty hyvin vähän huomiota (Beutler ym., 2004; Orlinsky & Rønnestad, 2005). Tämä johtuu muun muassa siitä, että vaihtelu eri koulutusten välillä on pienempi kuin vaihtelu terapeuttien kesken (Wampold, 2001). On myös havaittu, että terapeutit integroivat ammatilliseen elämäänsä ja työhönsä monin tavoin sisäistämäänsä henkilökohtaisia ominaisuuksia, mikä tekee koulutuksen merkityksen arvioinnin monimutkaiseksi (Harrison & Westwood, 2009; Jennings & Skovholt, 1999; Rønnestad & Skovholt, 2003).

Jo vuonna 1974 Loch teki koosteen neljästä kyvystä, joita työnhajaajan tulisi huomioida arvioidessaan työnhajattavaa: itseanalysointikyvyt, kyky käsitteellistää, mitä tunnilla tapahtuu, kyky kannatella hoitoprosessia ja kyky muuttaa näkökulmaa.

Fonagy (2003, 2006) on tuonut esille mielenkiintoisen ajatuksen siitä, miten eri sukupolvien teoreetikot ovat lisänneet psykoanalyttiseen teoriaan omat näkemyksensä jättäen teoriaan nykyisen pirstoutumisen. End of Training Evaluation Project (ETEP) pyrkii saamaan yhteneväisempiä ja hyväksyttävämpiä

tavoitteita psykoanalyttiselle koulutukselle (Hinze, 2015). Frijling-Schreuder, Isaac-Edersheim ja Van deer Leeuw (1981) ovat koonneet kaksitoistaosaisen listan keskeisistä koulutuksessa huomioitavista koulutettavan ominaisuuksista ja kyvyistä. Ensimmäisessä kohdassa pohditaan, mikä on koulutettavan empatiakyky ja lisääntykö se. Toisena on yhteistyösuhde koulutettavan ja potilaan välillä, missä tarkastellaan koulutettavan kykyä luoda työskentelyyn turvallisuuden tunnetta ja sitä, miten läheisyys-etäisyyssäätely toimii. Keskeisiä huomioitavia ovat myös koulutettavan vastustuksen sieto, ajoitus, kyky lukea tiedostamatonta ilmi-ilmaisun takaa ja se, miten koulutettava kykenee suhtautumaan libidinaalisiin, aggressiivisiin ja transferenssi-vastatransferenssitunteisiin.

ETEP on koonnut oman seitsemänosaisen luokittelun koulutettavan keskeisistä kyvyistä: miten olla ottamatta superego-roolia, kyky tulkita, sietää negatiivista transferenssia, sisällyttää tunnetta, olla emotionaalisesti läsnä, sietää potilaan tunkevat projektiot ja siirtää ne takaisin hyödyllisinä interventioina. ETEPin mielestä työnohjaus on keskeinen arvioitaessa koulutettavan kykyjä. Työnohjaus antaa parhaan mahdollisuuden arvioida koulutettavaa.

Joidenkin tutkijoiden mielestä psykoterapeuttikoulutusten teoria ja tutkiminen on melko vanhentunutta (Hill & Lent, 2006; Hill, Stahl & Roffman, 2007). Osa tutkijoista on sen sijaan nähnyt psykoterapeuttikoulutuksen tuoreena ja mielenkiintoisena tutkimuskohteena (Hilsenroth, Defife, Blagys & Ackerman, 2006). Aikaisempi tutkimus kohdentui pääosin terapeutin erilaisten taitojen kartoittamiseen tuloksellisuuden mittareina. Rønnestad ja Skovholt (2003) osoittivat, että terapeutin persoonallinen kehitys oli ammatillisen kehityksen kaiken kattava osatekijä.

Hill ym. (2007) tutkivat, täsmäsiikö annettu koulutusohjelma koulutettavien kehityksellisiin tarpeisiin. Koulutettavat kokivat, että käyttäessään tarkkoja tekniikoita heidän kykynsä auttaa potilasta tutkimaan ja helpottamaan oivaltamista lisääntyivät. He myös huomasivat ahdistuvansa vähitellen yhä vähemmän ja olivat tehokkaampia, sopivat paremmin rooliin ja kykenivät liittymään potilaisiin enemmän. Samaan aikaan haasteet, joita he myös kokivat, olivat itsekritiikki pätevyyttään kohtaan, ahdistus, vaikeat reaktiot potilaitaan kohtaan ja vaikeudet terapeuttien taitojen oppimisessa sekä niiden auttavassa käyttämisessä. Tutkimuksessa ei tutkittu henkilökohtaisemman tai persoonallisen elämän muutoksia koulutuksen aikana. Koulutuksen alussa on huomattu selvintä muutosta koulutettavan terapeutteisessä luottamuksessa ja emotionaalisten vaateiden käsittelyn paranemisessa (Folkes-Skinner, Elliott & Wheeler, 2010).

Pätevien ja ammattitaitoisten terapeuttien on havaittu luottavan kokeemukseen, intuition ja inhimilliseen sensitiivisyyteen enemmän kuin tekniikkaan ja asiantuntemukseen (Rønnestad & Skovholt, 2003). Tutkimukset mestariterapeuteista ovat osoittaneet, että heillä on monenlaisia taitoihin perustumattomia ominaisuuksia, kuten kypsyys, emotionaalinen vastaanottavuus ja mielen terveys (Harrison & Westwood, 2009; Jennings & Skovholt, 1999). Onkin päätelty, että koulutettaville pitäisi opettaa enemmän kokemuksellisuutta ja itsetuntemusta lisääviä taitoja, esimerkiksi kohdentamista itsetietoisuuteen (Hill ym., 2007). Monet humanistiset ja psykodynaamiset koulutusyhteisöt ovat pai-

nottaneet henkilökohtaista kehitystä (Binder, 1999; Geller, Norcross & Orlinsky, 2005; Rogers, 1961). Joissakin tutkimuksissa koulutettavat olivat kokeneet muuttuneensa ammatillisessa ja henkilökohtaisessa kehityksessä. Pidemmälle kouluttautuneet koulutettavat linkittivät suuremmin osaamistaan henkilökohtaiseen elämäänsä kuin ne, joilla oli vähemmän pohjakoulutusta (Pascual-Leone, Rodriguez-Rubio & Metler, 2013). Hill ym. (2007) ovat osoittaneet keskeisiksi tekijöiksi koulutusvaikeuksien voittamisessa ja taistelussa hankaluuksia vastaan tunteet, jotka koskevat itseä terapeutin roolissa, tietoisuuden omista reaktioista potilaita kohtaan, auttavien taitojen oppimisen ja käyttämisen sekä työnohjaukseen liittyvät reaktiot.

Laajassa kansainvälisessä tutkimuksessaan Orlinsky ja Rønnestad (2009) kartoittivat monien eri suuntausten kokeneiden terapeuttien kokemuksia ammatillisesta kehityksestään. Tutkimustulokset osoittivat, että terapeutin laaja teoreettinen näkökulma ennustaa terapeuttisen työn eksperttiyttä parantavana voimana. Nämä terapeutit kuvasivat itseään tukevin, sitoutuneina ja mukautuvina, kokivat tuntevansa sisäistä flowta ja käyttivät rakentavia coping-strategioita. Nuorella, kokemustasoltaan homogeenisella terapeuttiryhmällä tehty tutkimus päätyi samankaltaisiin tuloksiin (Romano, Orlinsky, Wiseman & Rønnestad, 2009).

Skovholt ja Rønnestad kehittivät kvalitatiivisen tutkimuksen pohjalta jo vuonna 1992 kahdeksanvaiheisen psykoterapeuttien kehitystä kuvaavan mallin, jonka he tiivistivät vuonna 2003 kuusivaiheiseksi ja 2013 viisivaiheiseksi (Rønnestad & Skovholt, 2013). Tutkimuksessa kerättiin kokemuksellista tietoa läpi ammatillisen kehityskaaren kuudesta eri osa-alueesta: teoriat ja tutkimukset, potilaat, ammatilliset vanhemmat, kuten työnohjaajat ja opettajat, koulutettavan oma, henkilökohtainen elämä, opiskelukaverit ja sosiaalis-kulttuurinen ympäristö. Tässä esitellään viiden kehitysvaiheen mallista pääpiirteet koulutuksen aikaa koskevasta kahdesta ensimmäisestä vaiheesta, mutta kuvataan lyhyesti myös muut vaiheet, erityisesti vaihe 4, sillä tämän tutkimuksen terapeutit ovat enimmäkseen tämän kehitysvaiheen terapeutteja (48 terapeuttia ikävälillä 45–59 vuotta). Alkuperäinen kahdeksanvaiheinen malli oli keskeinen koostettaessa tämän tutkimuksen haastattelumenetelmää.

Ensimmäisessä viidestä vaiheesta (The Beginning Student Phase) aloitteleva koulutettava tyypillisesti kokee koulutuksen alun jännittävänä, mutta myös erittäin haastavana. Ahdistus on monin tavoin läsnä, ja niin ovat myös työskentelyssä koetut ongelmat (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Ensimmäisen kuuden kuukauden aikana koulutettavat kokevat suhteen potilaidensa kanssa rasittavana (Rønnestad & Orlinsky, 2010). Kouluttajilla ja työnohjaajilla on merkittävä vaikutus. Imitointi on keskeistä tämän vaiheen koulutettavalle, jolle on tärkeää nähdä ja kuulla, miten kouluttajat ja työnohjaajat työskentelevät ja kokevat, erityisesti juuri omassa työssään. Perheen ja ystävien tuki on tärkeää. Teoriat, kouluttajat, työnohjaajat, opiskelukaverit, oma elämä ja sosiaalis-kulttuurinen ympäristö vaikuttavat yhdessä jopa musertaen aloittelevaa koulutettavaa. Koulutettavat haluavat toimia kuten kansainväliset tai paikalliset ekspertit. Toisaalta koulutettava tietää, etteivät vanhat menetelmät enää päde, mi-

kä näkyy usein ensimmäisen koulutushoidon kohdalla. Opiskelija miettii, onko hänellä kykyjä, joita tarvitaan koulutuksessa esimerkiksi teorian ja käytännön yhdistämiseen. Koulutettava saattaa käyttää liikaa yksinkertaistamista selvitäkseen. Riippuvaisuudessaan ja haavoittuvuudessaan koulutettavat tarvitsevat ja arvostavat kokeneempien tukea ja rohkaisua. Suora tai hienovarainenkin kriittisyys saattaa haitata koulutettavan henkistä selviytymistä tässä vaiheessa.

Toinen vaihe on koulutuksen loppuvaiheessa (The Advanced Student Phase). Koulutettava on hyvin sitoutunut koulutukseen. Hän toimii monilla eri alueilla terapeuttina harjoittelunomaisesti. Monilla on painetta tehdä työnsä täydellisesti, heillä on niukasti huumoria ja leikkimielä. Koetaan myös, että koulutus on jo vaikuttanut heihin, vaikka yhä on paljon opittavaa ja monenlaista riippuvaisuutta. Useat kokevat työnohjauksen positiivisemmin kuin alussa. Mallintaminen on yhä keskeistä, mutta teorioihin ja opettajiin suhtaudutaan kriittisemmin, jolloin voidaan hyväksyä tai hylätä kouluttajan oppeja. Potilaista opitaan yhä paljon, mutta heidän auttamismahdollisuuksiinsa suhtaudutaan realistisemmin eikä heidän sisäisestä kasvustaan koeta enää ylitäydellistä vastuuta. Oma terapia koetaan tärkeänä. Työnohjaajien merkitys on tärkeä siinä, miten voidaan ymmärtää ja tutkia koko persoonallisuuden osuutta joko työtä estävänä tai tukevana. Koulutusryhmäläiset koetaan tärkeiksi. Heille kerrotaan myös työnohjauksellisia asioita silloin, kun niitä ei syystä tai toisesta ole kerrottu työnohjaajalle (Ladany, Hill, Corbett, & Nutt, 1996).

Kolmannessa vaiheessa (The Novice Professional Phase) on valmistuttu vuosi pari sitten. Useimmille nämä vuodet ovat intensiivisiä ja miellyttäviä. Muutama vuosi valmistumisen jälkeen on havaittu erilaisia, toisiaan seuraavia vaiheita: terapeutti pyrkii vahvistamaan koulutuksesta saamaansa pätevyyttä. Mikäli ammatilliset haasteet on riittämättömällä tavalla saavutettu, koetaan pettymystä koulutusta ja itseä kohtaan. Tämän jälkeen tutkitaan itseä ja tarkastellaan suhdetta ammatilliseen ympäristöön. Valmistumisen jälkeen koetaan myös vapautta. Työstetään käytännössä sitä, mitä on opittu. Seuraa monenlaista hankalaakin haastetta, ellei ole valmistautunut olemaan omillaan. Monet eivät ole varautuneet kokemaan pettymyksiä. Yhtäkkiä onkin monenlaisia potilaita, joiden kanssa tulisi selvitä ammatillisesti. On vaikeuksia työstää potilaan ahdistusta ja masentuneisuutta. Kamppaillaan omien rajojen ja voimavarojen kanssa. Jotkut hakeutuvat omaan terapiaan huomatessaan omia rajoituksiaan. Huomataan myös, että oma persoonallisuus näkyy monin tavoin omassa työssä, mikä mahdollistaa myös omien persoonallisten ja ammatillisten puolien integroitumisen. Aletaan myös ymmärtää enemmän terapeuttisen suhteen merkitystä potilaan edistymisessä. Tapahtuu enemmän sisäistettyä ja itsenäistä oppimista.

Orlinsky ym. (2005) havaitsivat, että 61 % vastavalmistuneista koki jonkinlaista sekavaa hämmennystä. Epävarmuus väheni läpi uran, mutta sitä kokivat myös senioriterapeutit (28 %). Vastavalmistuneet kokivat selvästi enemmän sisäistä hämmennystä terapiatuntien aikana kuin muiden ammatillisten kehitysvaiheiden terapeutit. Novisiit kokivat terapeuttisen työn ahdistavampana kuin muiden kehitysvaiheiden terapeutit (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rønnestad & Skovholt, 2003).

Dennhag (2012) tutki noviisivaiheen terapeuttikoulutettavien koulutushoitajien tuloksellisuutta. Koulutettavia oli 76, potilaita 235, ja koulutettavien keski-ikä oli 28 vuotta, menetelmänä DPCCQ-kyselylomake. Tutkimus toteutettiin luonnollisissa olosuhteissa. Koulutushoidot toteutettiin työnohjauksessa. Koulutettavat näyttivät tarvitsevan aikaa lisätäkseen tuloksellisuuttaan, oletettavastikin koska terapioiden alussa harjoiteltiin monia ammatillisia tekniikoita. Itsearviointeja tehtiin toisesta tunnista 22. tuntiin ja terapian lopussa. Koulutuksen kuluessa koulutettavien ammatilliset ominaisuudet ja suhteessaolotaidot muuttuivat positiivisemmiksi, lukuun ottamatta koulutettavien terapiatunneilla kokemaa ahdistusta ja ikävystymistä. Terapeuttien taidot lisääntyivät enemmän terapiatekniikoissa kuin suhteessaolossa. Heidän potilaistaan paranivat eniten ne, joilla oli huono minäkuva, tiukka itsekontrolli ja vähäinen itsehallinta.

Neljännessä vaiheessa (The Experienced Professional Phase) terapeutilla on kokemusta jo monenlaisista potilaista ja työasetelmista. Terapeutin keskeinen kehityksellinen tehtävä on sovittaa käyttämänsä menetelmä omiin asenteisiinsa, arvoihinsa ja mielenkiintoihinsa. Terapeuttinen suhde ei ole ainoastaan tärkeä vaan ratkaiseva potilaan edistymiselle. Terapeutti käsitteellistää käyttämiään menetelmiä ja teorioita. Työskentelytyylin ja tekniikoiden käytön joustavuus on keskeistä. Useimmat kokevat työnsä miellyttäväksi ja työskentelyallianssit potilaidensa kanssa hyvin toimiviksi. Päämäärien asettaminen on selkeämpää, samoin tietous omista vahvuuksista ja heikkouksista. Terapeutilla on parempi sisäinen mahdollisuus asettua terapiatuntiin ja tunnin jälkeen siirtyä pienenkin väliajan jälkeen toisen potilaan kohtaamiseen. Terapeutti on oppinut erottamaan ammattirooliaan ystävän, vanhemman ja puolison roolista. Terapeutti oppii pääosin refleктоimalla kokemuksiaan ammatillisesta ja yksityiselämästään. Kokemukset opettajana ja työnohjaajana opettavat. Terapeuttien kokemat hyvät olot ja rankkuudet ovat vaikuttaneet asiayhteyteen liittyvän sensitiivisen tiedon kehittymiseen, mikä on keskeistä viisauden asteittaisessa saavuttamisessa (Erikson, 1959). Sisäiseen koostumiseen ja vakauteen vaikuttavat paljon omasta elämästä hyödynnetyt kokemukset. Toisaalta, myös omat vaikeat kokemukset ja lapsuuden vaikeudet vaikuttavat kielteisesti ammatilliseen toimintaan (Rønnestad & Skovholt, 2001). Monet kokevat, etteivät halua enää oppia kovinkaan paljon uutta tai eivät koe alalla olevan kovinkaan paljon uutta. Myös erilaiset loppuunpalamiset ovat mahdollisia tässä vaiheessa (Larsen, Ulleberg & Rønnestad, 2010; Skovholt, 2001). Yksi kolmasosa terapeuteista kokee rasittavuutta potilassuhteissaan. Terapeuteista, joista osa oli työskennellyt vuosikymmeniä, 13 % koki praktiikkansa ahdistavaksi Skovholtin (2001) tutkimuksessa. Rønnestad ja Skovholt (2013) puhuvat tässä kehitysvaiheessa mieluummin terapeuttien ikävystymisestä kuin loppuunpalamisesta.

Viidennessä vaiheessa (The Senior Professional Phase) terapeutit ovat harjoittaneet praktiikkaa keskimäärin 20–25 vuotta, ovat keskimäärin 60–70-vuotiaita, ja monet lähestyvät eläkeikää. Toiset kokevat positiivisena ja innoittavana nuorempien ohjauksen, toiset negatiivisena. Menetyksen ja luopumisen realiteetti on läsnä, ammatilliset vanhemmat ovat kuolleet. Monet kokevat apatiaa ja ikävystymistä. Useimmat terapeutit kuitenkin välttävät tämän eräänlaisen

sen vetäytymisen potilastyössään. Useimmat hyväksyvät tilanteensa ja tuntevat tyydytystä työstään.

Rønnestad ja Skovholt (2003) ovat koonneet edellisten kehitysvaiheiden pohjalta 14 terapeuttien keskeistä kehitysteemaa läpi ammatillisen uran ja muuttaneet ne (Rønnestad & Skovholt, 2013) kymmeneksi kehitysteemaksi:

- ammatillinen ja henkilökohtainen elämä integroituvat asteittain
- toiminnan sisältö muuttuu ratkaisevasti läpi kehitysvaiheiden sisäisestä (maallikkoauttaja) ulkoiseen (koulutusaika) ja jälleen sisäiseen (koulutuksen jälkeinen aika)
- jatkuva reflektointi on edellytys optimaaliselle oppimiselle ja kehitykselle läpi kaikkien kehitysvaiheiden
- ammatillinen kehittyminen on elinikäinen prosessi
- ammatillinen kehittyminen on pääosin jatkuva prosessi, mutta siinä voi olla myös katkoksia
- intensiivinen sitoutuminen oppimiseen vie eteenpäin kehitysprosessia
- aloittelevat ammatinharjoittajat kokevat paljon ahdistusta ammatillisessa työssään, mutta ajan kuluessa se yleisimmin vähenee
- ihmissuhteet vaikuttavat ammatilliseen kehitykseen enemmän kuin persoonattomat tekijät: potilaat toimivat pääasiallisina opettajina läpi kehityskaaren, henkilökohtainen elämä vaikuttaa ammatilliseen toimintaan ja kehitykseen läpi ammatillisen eliniän, uudet tulokkaat tarkastelevat kokeneempia kollegoja vahvoin tunnereaktion
- kaikki terapeutit eivät kehity parhaalla mahdollisella tavalla
- ammatinharjoittajan kokemus itsestään mahtavana vaikuttajana siirtyy potilaan vahvaan vaikuttavuuteen: potilastyön kautta opitaan ymmärtämään muutosprosessia ja sisäistämään omia vahvuuksia ja heikkouksia.

Stoltenberg ja McNeill (2010) ovat myös kehittäneet psykoterapeuttien kehitysmallin, joka pitää sisällään kaksi päälinjaa: jatkuva kehitys, jossa taidot ja tietous ajan kuluessa johtavat asiantuntemukseen, sekä laadullisten muutosten muutokset ajan myötä. Kehitys etenee kolmen kehitysvaiheen kautta. Jokaisessa vaiheessa on kolme ensisijaista osiota, joita seurataan: tietoisuus itsestä ja muista, kognitiiviset ja tunnekokemukset sekä motivaatio ja autonomia. Ensimmäisessä vaiheessa monenlaisten taitojen ja teorioiden opettelu aiheuttaa huomattavaa ahdistusta ja potilaan huomioimiseen jää vain vähän edellytyksiä. Taitojen lisääntyessä toisessa kehitysvaiheessa kyetään kohdistamaan enemmän huomiota potilaaseen ja ymmärtämään häntä. Koulutettavan on nyt kuunneltava enemmän potilasta, ja työnohjaaja auttaa häntä tutkimaan ja ottamaan enemmän potilaan kokemaa esille. Koulutettava tulee tätä kautta myös enemmän tunnetasolla tietoiseksi potilaan tunteista. Tämä voi syventää potilastyökentelyä tai musertaa koulutettavaa. Koulutettava kaipaa enemmän itsenäisyyttä, mutta tarvitsee työnohjausta, mikä voi johtaa eräänlaiseen itsenäisyysriippuvuusristiriitaan. Kolmannessa vaiheessa vähenevät kontrollintunteet, kun itsenäisyys ja vastuullisuus sekä reflektiivisyys lisääntyvät. Koulutettava kyke-

nee pitämään sekä itsensä että potilaan aina kulloinkin tarvittavassa keskiössä. Hale ja Stoltenberg (1988) havaitsivat, että nämä erilaiset taitojen opettelut saattoivat aiheuttaa monenlaisia epäpätevyyden ja kontrollinpuutteen tunnelmia johtaen ahdistukseen, pelkoon tai surullisuuteen. Tämä saattoi edistää toisissa oppimishalua, toisissa ei. Työnohjaajan merkitys oli iso kokemuksellisuuden välittämisessä.

Carlsson, Norberg, Sandell ja Schubert (2011) tutkivat koulutettavien kokemusta koulutuksen alussa ja aikana sekä valmistumisen jälkeen. Hyväksynnän hakeminen oli keskeinen teema kaikissa näissä kolmessa vaiheessa. He löysivät myös hyvin samankaltaisia tuloksia kuin Rønnestad ja Skovholt (2003). Koulutettavat siirtyivät ulkoisen arvioinnin riippuvuudestaan luottamukseen löytäen omaa tyyliään. Tätä luonnehti vapautuminen koulutuksen ajan vaatimuksista ja luottamus enemmän omaan kokemukseen ja asiantuntemukseen. Castonguay, Reid, Halperin ja Goldfried (2003) tutkivat myös yksittäisen terapeutin kasvua psykoterapeuttikoulutuksessa. Heidän mukaansa koulutettava koki ensin jännittyneisyyttä ja itseluottamuksen puutetta. Tätä seurasi luottamuksen, ankaruuden ja jäykkyyden jakso, ennen kuin terapeutti löysi oman tyyliinsä ja lopulta avoimuuden muita suuntauksia kohtaan.

Terapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien merkityksestä psykoterapeuttikoulutusohjelmissä tiedetään vähän. Branson ja Shafran (2015) tutkivat 81:n alemman tason ja 59:n ylemmän tason kognitiivis-behavioraalisen terapeuttikoulutettavan persoonallisuutta (neuroottisuus, ekstroverttiys, avoimuus kokemukselle, tietoisuus ja yhtäpitävyys), kognitiivista kykyä, demografisia tekijöitä ja koulutuksen tasoa. Vain ennen akateemista koulutusta olevalla koulutustasolla oli merkitsevyyttä. Korkeimmin arvosanoin suoritettu koulutus oli yhteydessä ammatilliseen ja kliiniseen suorituskyykyyn. Miellyttävyyttä oli ainoa persoonallisuuden piirre, joka oli positiivisessa yhteydessä kliiniseen taitoon. Kognitiivisen kyvyn ja akateemisten saavutusten on todettu ennustavan psykoterapeuttikoulutuksen ja koulutuksen jälkeisen työskentelyn suorituskyykyä (Richardson, Abraham & Bond, 2012). Branson ja Shafran (2015) havaitsivat kognitiivisellä kyvykkyydellä olevan kautta linjan vain vähän merkitystä. Tutkimustulokset antavat olettaa, että paras koulutuksellisen ja kliinisen menestymisen ennustaja on todennäköisesti aikaisempi akateeminen suorituskyyky. On myös havaittu, että vanhemmat koulutettavat suoriutuvat huonommin kuin nuoremmat (McManus, Westbrook, Vazquez-Montes, Fennell & Kennerly, 2010).

Anderson, McClintock, Himawan, Song ja Patterson (2016) tutkivat terapeuttien potilassuhdetta edistävien ihmissuhdetaitojen (FIS) merkitystä ennustaa takautuvasti terapian tuloksellisuutta noin vuosi myöhemmin. Terapeutit olivat kliinisen psykologian koulutettavia, joiden itseilmoitettuja ihmissuhdetaitoja ja sosiaalisia taitoja kartoitettiin kyselylomakkeella koulutuksen ensimmäisinä viikkoina. Koulutettaville näytettiin videoita potilaista, koulutettavien verbaliset vastaukset nauhoitettiin, ja kokeneet arvioitsijat tulkitsivat nauhat. Vuotta myöhemmin koulutettavat alkoivat itse tehdä psykoterapiaa. Koulutettavien ihmissuhdetaidot ennustivat merkittävästi potilaiden oiremuutosta. Ne

koulutettavat, joilla oli korkeat FIS-arvot olivat tehokkaampia kuin ne, joilla oli matalat arvot. Tämä ero oli kuitenkin nähtävissä vain maksimissaan kahdeksan kerran hoitojaksossa eikä enää 16 hoitokerran kohdalla.

Schneider, Wilkerson, Solomon, Perlman, Tsioles, Shelby, Witten ja Sadow (2014) tutkivat kyselylomakkeella 138 valmistuneen psykoanalyttikon kokemuksia koulutuksestaan (Chicago Institute for Psychoanalysis). Keskeisiä tutkittavia aiheita olivat koulutukseen liittyvä oma psykoanalyysi ja työnohjaus. Tutkittavien omat psykoanalyysit olivat toteutuneet vuosina 1952–2007. Tutkittavien ikä vaihteli välillä 40–93 vuotta, ja keski-ikä oli 71 vuotta. Suurin osa oli miehiä (76 %). Tutkittavat kokivat, että heidän koulutuksensa aikainen työnohjaus oli ollut tärkeä osa koulutusta (samaa mieltä 44 % ja vahvasti samaa mieltä 34 %) kuten oma koulutusanalyysikin (samaa mieltä 34 % ja vahvasti samaa mieltä 42 %). Naiset kokivat sekä työnohjauksen (n 78 % ja m 46 %) että oman koulutusanalyysin (n 81 %, m 74 %) myönteisemmin kuin miehet. Tutkimuksessa oli myös avoimia kysymyksiä, joista erottuivat selvästi joko vahvasti positiiviset tai negatiiviset kokemukset, neutraaleja oli vähän. Omaan hoitoon liittyviä positiivisia vastauksia olivat muun muassa: ”henkilökohtainen analyysi mahdollistaa paremman potilaiden auttamisen, kuten myös analyttikon oman identiteetin vahvistumisen ja ammatillisen tyytyväisyyden” ja ”työnohjaus ja oma hoito elämää muuttavia, tukevia”. Negatiivisissa vastauksissa mainittiin muun muassa, että ”työnohjaus ja oma analyysi traumaattisia” ja ”useimmat klassiset analyttikot koettiin hiljaisina ja kriittisinä”.

Rønnestad ja Skovholt (2001) tiivistivät 12 senioriterapeutin tutkimuksesta saamistaan tuloksista neljä keskeistä psykoterapeutin kehitykseen vaikuttavaa tekijää: varhaiselämän kokemukset, kumulatiivinen ammatillinen kokemus, ammatillisten vanhempien vaikutus ja oman aikuisen elämän integraatio. Varhaisen kehityksen kokemukset vaikuttivat läpi työuran. Gold (2005) kiinnitti huomiota psykoanalyttisten koulukuntien eräänlaiseen yleisempään tendenssiin liittyä heimolta ja esi-isiltä perittyyn, sankarin palvontaan tai brändilojaalisuuteen. Tähän liittyy myös tarve identifioitua sankarillisiin ryhmänvanhimpiin, jotka määrittelevät sen mikä on niin sanotusti laillista, ja päättävät siitä, mitä tiedetään ja tehdään.

1.4.1 Koulutuspsykoterapian merkitys psykoterapeuttikoulutuksissa

Haastatellessani terapeutteja vuonna 1995 olin alkanut juuri kouluttaa uusia psykoterapeutteja. Oman hoidon merkitys psykoterapeuttikoulutuksissa oli jo tällöin yksi keskeisiä puheenaiheita kouluttajayhteisöissä kansainvälisestikin. Aihe on yhä ajankohtainen. Valvira edellyttää oman hoidon psykoterapeuttikoulutuksissa, ja hoidon pituus vaihtelee koulutuksen teoriasuuntauksen ja pituuden mukaan.

Kliinikot ovat kautta aikain korostaneet oman terapian merkitystä (mm. Freud, 1964; Fromm-Reichmann, 1949). Jo neljäkymmenen vuoden ajan eri tutkimukset ovat osoittaneet, että terapeutit ovat kokeneet oman psykoterapian olevan olennainen hyvinvoinnilleen (Mahoney, 1997; Norcross, Strausser-

Kirtland & Missar, 1988; Stevanovic & Rupert, 2004) ja ammatilliselle uralleen (Henry, Sims & Spray, 1971; Norcross, 2005; Pope & Tabachnick, 1994; Williams, Coyle & Lyons, 1999). Läpi terapeuttien ammatillisten kehitysvaihetutkimusten terapeutit ovat hakeutuneet omaan terapiaan omaan kasvuun, koulutukseen ja henkilökohtaisiin ongelmiin liittyvistä syistä (Orlinsky ym., 2005; Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Terapeutin henkilökohtaisen terapian on todettu parantavan terapeutin omanarvontuntoa, itseluottamusta, työkykyisyyttä sekä kykyä rakentaa empaattisia ja lämpimiä ihmissuhteita (Beutler, 1991; Buckley, Karasu & Charles, 1981; Watkins & Watts, 1995). Esimerkiksi terapeuttien kokema yleisvaikutelma oman psykoterapiansa allianssista oli merkitsevästi ja positiivisesti yhteydessä heidän potilaidensa kokemukseen terapiansa tuloksellisuudesta (Gold, Hilsenroth, Kuutmann & Owen, 2015).

Terapeuttien oman psykoterapian merkityksestä on tehty kaksi laajaa tutkimusta, ensimmäinen vuonna 1987 (Norcross, Strausser & Faltus, 1988; Norcross, Strausser-Kirtland & Missar, 1988) ja toistotutkimus vuonna 2007 (Bike, Norcross & Schatz, 2009). Vuonna 1987 mukana oli 500 psykologia, 500 psykiatria ja 500 sosiaalityöntekijää, kun sen sijaan vuonna 2007 tutkittiin 219 psykologia, 191 ohjaajaa (counselors) ja 192 sosiaalityöntekijää. Vuoden 2007 tutkimuksessa syyt hakeutua omaan terapiaan olivat parisuhteen huonovointisuus/hätä (20 %), masennus (13 %), tarve itsensä ymmärtämiseen (12 %) ja ahdistusstressi (10 %). Yli 90 % raportoi terapian positiivisesta vaikutuksesta. Terapeutit kokivat luotettavuuden, taitojen ja empatian muuttuneen. Vain 3 % koki tilansa huononemista, ja 92 %:n mielestä heidän terapiansa ei ollut millään tavoin haitallista. Tutkituista 24 % käytti lääkitystä terapian ohella, ja he kokivat myös enemmän tilanteensa paranemista. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa terapian auttavuus on koettu erittäin merkittäväksi vaihdellen 86 %:sta (Pope & Tabachnick, 1994) 97 %:iin (Deacon, Kirkpatrick, Wetchler & Niedner, 2000), ja terapian auttamattomuus on ollut noin kolme prosenttia.

Orlinsky ja Rønnestad (2005) ovat tehneet laajimman tutkimuksen oman terapian merkityksestä. Heidän tutkimuksessaan oli yli 4 000 eri teoreettisten suuntauksien terapeuttia useista eri maista. Mitattaessa asiakastyytyväisyyttä ilmaisi 88 % psykoterapeuteista valtavaa hyötyä terapiasta, 5 % hieman henkilökohtaista hyötyä, ja 1 % koki, ettei ole saanut mitään hyötyä omasta terapiasta. Sandellin ym. (2002) tutkimustulosten mukaan terapeutin oman hoidon pituus korreloi negatiivisesti hoitotulokseen. Sandell, Carlsson ym. (2006) pyrkivät tarkentamaan aikaisempia tutkimustuloksia kartoittamalla terapeutin oman hoidon merkityksellisyyttä terapeuteille, terapian pituuden ja terapiatyypin yhteyksiä ja oman psykoanalyysin sopivuutta psykoterapiatyötä tekeville. Tutkimuksessa oli mukana 127 naista ja 40 miestä, joiden keski-ikä oli 54,2 vuotta. Kuudella prosentilla terapeuteista oli psykoanalyttinen koulutus, 15 prosentilla yliopistotutkinto, erilaisten orientaatioiden terapeutteja oli 71 % ja lapsiterapeutteja 9 %. Potilaita oli 327, suurin osa naisia (77 %). Tutkimustulokset osoittivat, että 16 % niistä terapeuteista, joilla oli ollut omana koulutushoitona psykoanalyysi, sai heikkoja hoitotuloksia. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan osoit-

taneet, että lyhyet omat hoidot olisivat olleet parempia kuin pitkät. Parhaat tulokset saivat terapeutit, joiden oma hoito oli kestänyt 7–8 vuotta, ja huonoimmat hoitotulokset ne, joilla oli ollut omaa hoitoa 13–14 vuotta. Mielenkiintoista oli se, että ne terapeutit, joilla oli pitkä psykoanalyysi, eivät saavuttaneet hyviä tuloksia psykoterapiapotilaiden kanssa. He miettivät esimerkiksi sitä, vaikuttiko omaan psykoanalyysiin liittyviin tuloksiin se, että terapeutit, jotka voivat huonosti, hakivat lisää ja lisää apua. Kyseisessä tutkimuksessa oli psykoanalyysi yliedustettuna.

Psykodynaamisesti koulutetut terapeutit ovat kokeneet oman psykoterapian olevan ensisijaisen tärkeä ammatillisessa kouluttautumisessaan ja kehittymisessään (Koepp & Vaeth-Szusdziara, 1996). Aponte (1994) sekä Macran ja Shapiro (1998) ovat määritelleet muutamia keskeisiä omien hoitojen merkityksiä. Omien koulutushoitojen on todettu antavan terapeuteille mahdollisuuden työstää omia neuroottisia ongelmiaan, jotka voisivat vaikuttaa potilaan hoitoon, ja vapautua niistä. Terapeutti saa mahdollisuuden sisäistää valmiin terapeutin tekniikan ja asenteen ja identifioitua niihin sekä samastua potilaaseen. Oma terapia antaa myös mahdollisuuden elää konkreettisesti läpi teoriaopintojen sisältöjä.

Kernberg (1973) on maininnut Menninger-projektiin perustuen yhdeksi tärkeäksi menestyneimpien terapeuttien kokemukseen vaikuttavaksi tekijäksi oman hoidon. Kognitiiviset terapeutit eivät ole nähneet omalla hoidolla olevan kovinkaan suurta merkitystä (Laireiter, 1998). Keskeinen oman hoidon merkitys on auttaa terapeutteja hoitamaan paremmin potilaitaan (Macaskill, 1999; Macran & Shapiro, 1998; Sandell, Carlsson ym., 2006) ja saamaan parempia hoitotuloksia (Sandell, Carlsson ym., 2006).

2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli Psykoterapeutin Identiteettihaastattelu -menetelmän (Psychotherapist Identity Interview, PII) teoreettisen perustan ja käytännön kehittämistyön kuvaus, menetelmäominaisuuksien tutkiminen ja validointi. Tavoitteet ja tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Mittausmenetelmän reliabiliteetti

Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää Eriksonin ja Kohutin teorioiden minän kehitykseen ja kykyihin perustuvan haastatteluarviointimenetelmän reliabiliteettia (toistettavuus). Tarkoituksena oli selvittää, ovatko kahden arvioitsijan arviot riittävän yhdenmukaisia haastattelumenetelmän toistettavuudelle.

2. Terapeutin ominaisuuksien suhde demografisiin ja terapeuttipätevyystekijöihin

Toisena tavoitteena oli selvittää haastattelumenetelmän avulla kuvattujen psykoterapeuttien ominaisuuksien suhdetta terapeutin demografisiin ja terapeuttitekijöihin. Tarkoituksena oli:

- tutkia, voidaanko kuusitoista terapeuttia kuvailevaa ominaisuutta tiivistää luotettavasti
- kartoittaa, eroavatko terapeutit toisistaan tarkasteltaessa terapeutin henkilökohtaisia ominaisuuksia suhteessa ikään, sukupuoleen, kokemusvuosiin, terapeuttitekijöihin, terapiamuotoon ja perhetilanteeseen.

3. Terapeutin ominaisuudet terapian tuloksellisuuden ennustekijöinä

Kolmantena tavoitteena oli selvittää Psykoterapeutin Identiteettihaastattelu -menetelmän (Psychotherapist Identity Interview, PII) ennustevaliditeetti 12 kuukauden potilasseurannassa. Tarkoituksena oli:

- tutkia, voidaanko terapeutteja ryhmitellä henkilökohtaisten ominaisuuksien perusteella
- tarkastella terapeutteja laadullisesti, haastatteluista tehtyjen "minkä tunnelman terapeutti loi haastattelutilanteessa" -kuvailujen avulla
- tutkia terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien suhdetta hyötyyn 12. kuukauden kohdalla
- tarkastella selittääkö terapeuttien kuvailemista omaterapiakokemuksista tehty laadullinen kartoitus saatua hyötyä
- tutkia, onko eri terapiamuodoilla (psykoanalyysi, pitkä psykodynaaminen psykoterapia, lyhyt psykodynaaminen psykoterapia ja voimavarakeskeinen terapia) yhteys hyötyyn 12. kuukauden kohdalla.

3 AINEISTOT JA MENETELMÄT

3.1 Terapeutit

Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa (ent. Psykoterapiaprojekti) tehtiin vuosina 1990–1994 tiivistä yhteistyötä eri koulutusyhteisöjen kanssa. Tapaamisissa kerrottiin myös tutkimuksesta psykoterapeuttien osalta. Kouluttajilta pyydettiin kommentteja ja ehdotuksia, joita myös huomioitiin terapeuttien haastattelun koostamisessa. Neuvottelujen pohjalta päädyttiin esitutkimukseen koulutusyhteisöjen kouluttajien kanssa. Esitutkimuksessani oli mukana vuosina 1991–1992 kahdeksan kouluttajapsykoterapeuttia. Kouluttajia oli kaksi kustakin seuraavista kouluttajayhteisöistä: Kognitiivinen yhdistys, Psykoanalyttinen yhdistys (IPA), Therapiea-säätiön Koulutuskeskus ja Ratkaisukeskeinen (nyk. Voimavarakeskeinen) koulutusyhteisö. Kouluttajat osallistuivat haastatteluun suunnittelemani rakenteen pohjalta. Haastattelut videoitiin. Tallenteet arvioi toinen arvioitsija, kokenut psykoanalyttikko.

Tutkimuksen materiaali kerättiin vuosina 1995–1999. Aiemmassa tutkimuksessani (Lehtovuori, 2002) olivat mukana kaikki Helsingin Psykoterapiatutkimuksen sopimusterapeutit, joita oli tuona aikana 70. Tämän tutkimuksen aineistona oli 68:n aiemmassa tutkimuksessani mukana olleen psykoterapeutin videoidut haastattelut. Tutkijana olin jäävi haastattelemaan kahta aiemmin mukana ollutta terapeuttia.

Sopimusterapeuteilta edellytettiin vähintään kahden vuoden työkokemusta kyseisestä terapiamuodosta siihen liittyvän koulutuksen jälkeen. Koulutusyhteisöjen informoimisen jälkeen Helsingin Psykoterapiatutkimukseen ilmoitettiin 112 valintakriteerit täyttävää psykoterapeuttia (Heinonen ym., 2008). Näistä 41 terapeuttilla ei ollut vapaita aikoja tai he eivät voineet jostakin muusta syystä ottaa uusia potilaita tutkimuksen alettua. Koko projektiin osallistui 71 terapeuttia (Knekt, Lindfors & Laaksonen, 2010), joista yksi ei ollut vielä mukana tutkimukseni tekovaiheessa.

Terapeuttien osallistuminen Psykoterapiatutkimukseen oli vapaaehtoista. Lupautuessaan Psykoterapiatutkimuksen psykoterapeuteiksi sopimustera-

peutit sitoutuivat myös osallistumaan tutkimukseeni. Terapeutin kokemuksellisen elämänkaaren kartoitus tehtiin silloin, kun terapeutti oli aloittanut hoidon ensimmäisen tutkimukseen kuuluvan potilaan kanssa.

Tutkimukseni terapeuteista oli naisia 47 ja miehiä 21. Nuorin terapeutti oli 31-vuotias ja vanhin 67-vuotias. Terapeuteista oli psykologeja 49 (39 naista ja 10 miestä), psykiatreja 12 (3 naista ja 9 miestä) sekä muita, kuten erikoissairaanhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä, 5 naista ja 2 miestä. Aiemmin tutkimuksessani oli lisäksi mukana yksi naispsykiatripsykoanalyttikko ja yksi naispsykologipsykoanalyttikko, joita en haastatellut jääviyssyistä (Lehtovuori, 2002).

Terapeuttien teoreettinen viitekehys oli psykoanalyttinen, psykodynaaminen tai voimavarakeskeinen. Vaativan erityistason psykoterapeutit (VET) ja erityistason psykoterapeutit (ET) olivat saaneet Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hyväksymän psykoterapeutin nimikkeen. Vaativan erityistason terapeuteilla on itsenäiseen työskentelyyn oikeuttavat valmiudet yhdessä psykoterapiamuodossa sekä valmiudet toimia vastaavan erityistason psykoterapiamuodon työnohjaajina tai kouluttajina. Erityistason psykoterapeuteilla on valmiudet yhden psykoterapiamuodon hallintaan työnohjauksen alaisena (Pylkänen, Pöllänen & Upanne, 1995.) Voimavarakeskeiset terapeutit olivat saaneet koulutuksen lyhytterapeutiseen ja voimavarakeskeiseen työotteeseen. Psykoterapiaprojektin tutkimuksessa psykoanalyttikot tekivät sekä psykoanalyseja että psykoterapioita (Lehtovuori, 2002).

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen kaikki voimavarasuuntautunutta terapiaa antaneet terapeutit olivat koulutautuneet ja pätevöityneet voimavara- ja ratkaisukeskeiseen terapiaan. Kaikilla psykodynaamista psykoterapiaa antaneilla terapeuteilla oli koulutus psykodynaamisesti orientoituneeseen psykoterapiaan jossakin suomalaisessa kyseisen suuntauksen yhteisössä. Psykoanalyttikot olivat pätevöityneet saatuaan psykoanalyttikon koulutuksen. Terapiakoulutuksen pituus oli psykodynaamista psykoterapiaa antaneilla vähintään 3 vuotta ja psykoanalyttikoilla 4 vuotta. Lyhyttä psykodynaamista terapiaa antaneet terapeutit olivat lisäksi hankkineet 1–2 vuoden lisäkoulutuksen tähän terapiamuotoon. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen sopimusterapeuteista kuusi antoi voimavarasuuntautunutta terapiaa, 12 lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa, 41 pitkää psykodynaamista psykoterapiaa ja 30 teki psykoanalyysiä. Terapeuteilla tuli olla vähintään kahden vuoden työkokemus siitä terapiasta, jota he sovelsivat tutkimuksessa. Terapeuttien kokemus oli kummassakin lyhytterapiassa keskimäärin yhdeksän vuotta ja pitkissä terapioiden keskimäärin 15 vuotta (Knekt ym., 2010).

Tässä tutkimuksessa oli mukana 68 sopimusterapeuttia, joista kuusi antoi voimavarasuuntautunutta terapiaa, 12 lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa, 39 pitkää psykodynaamista psykoterapiaa ja 28 teki psykoanalyysiä. Sama terapeutti saattoi tehdä useampaa erilaista terapiaa. Terapeuteista osa teki useampaa terapiamuotoa. Voimavarasuuntautunutta terapiaa tehneistä kukaan ei tehnyt mitään muuta terapiaa. Lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa tehneistä kaksi teki myös psykoanalyysiä ja neljä pitkää psykoterapiaa. Pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneistä 11 teki myös psykoanalyysiä ja neljä ly-

hyttä psykodynaamista terapiaa. Psykoanalyysijä tehneistä 11 teki myös pitkää psykoterapiaa ja kaksi lyhyttä psykodynaamista terapiaa. Terapeuteista 65 oli mukana terapiasta saadun hyödyn arvioinnissa.

3.2 Potilaat

Helsingin Psykoterapiatutkimukseen ohjattiin kaikkiaan 506 valintakriteerit täyttävää avohoitopotilasta Helsingin seudulta vuosina 1994–2000 (Knekt & Lindfors, 2004). Tutkimukseen hyväksytyjen potilaiden tuli olla 20–45-vuotiaita ja heillä tuli olla työkykyä haittaava pitkäaikainen psyykinen häiriö. Potilaiden tuli lisäksi täyttää DSM-IV-kriteerien (American Psychiatric Association, 1994) mukaiset ahdistus- ja mielialahäiriön kriteerit. Tutkimuksesta suljettiin pois potilaat, joilla oli psykoottinen häiriö, vakava persoonallisuushäiriö, reaktiivinen sopeutumishäiriö, päihteiden käyttöön liittyvä häiriö tai merkittävä somaattinen sairaus. Tutkimukseen ei voitu myöskään ottaa mukaan potilaita, jotka olivat käyneet psykoterapiassa edeltäneiden kahden vuoden aikana, jotka työskentelivät mielenterveysalan ammatissa tai joilla oli henkilökohtaisia siteitä tutkimusryhmän jäseniin (Knekt ym., 2010).

Tässä tutkimuksessa oli mukana 333 psykoanalyysiin, lyhyeen ja pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan tai voimavarasuuntautuneeseen terapiaan ohjattua potilasta. Terapiasta saadun hyödyn arvioinnissa oli mukana vain 308 potilasta. Potilaiden ikä oli keskimäärin 32 vuotta, ja heistä suurin osa oli naisia (75 %). Noin puolet potilaista asui yksin, yli 80 % oli työssä tai opiskeli ja noin neljänneksellä oli yliopisto- tai korkeakoulututkinto. Potilaista 86 % kärsi mielialahäiriöstä (82 % masennushäiriöstä ja 67 % vakavasta masennuksesta), 43 % ahdistuneisuushäiriöstä ja 18 % persoonallisuushäiriöstä. Psykiatristen oireiden taso ja ensimmäisten psykiatristen oireiden kohtalaisen varhainen ilmaantuminen kuvastivat vähintään kohtalaista, pitkäaikaista psyykkistä kuormittuneisuutta ja toimintakyvyn ongelmia (Knekt ym., 2010).

Potilaiden psyykinen tila arvioitiin tutkimuksen alussa ennen satunnais- tamista hoitoryhmiin. Hoidon aikana ja hoidon jälkeisen viiden vuoden seurannan aikana potilaiden tilaa mitattiin yhdeksän kertaa. Hoitojen vaikuttavuutta arvioitiin psykiatrisen sairastavuuden ja oireilun, psyykkisen hoidon tarpeen, työ- ja opiskelukyvyn, sosiaalisen toimintakyvyn, persoonallisen toimivuuden ja terveystyöskentelyn näkökulmasta. Lisäksi tehtiin terveystaloudellinen arviointi, jossa terapiaryhmittäin suhteutettiin saavutettu vaikuttavuus kustannuksiin. Mittauksiin sisältyi kyselyjä, videoituja haastatteluja, psykologisia testejä ja laboratoriomittauksia. Kaikissa tutkimuspisteissä tehtiin kyselyjä. Potilashaastatteluja tehtiin kolmesti ensimmäisen vuoden aikana ja sen jälkeen joka toinen vuosi. Psykologiset testit ja laboratoriomittaukset toistettiin kolmen ja viiden vuoden seurantapisteissä. Potilaan tilasta kerättiin tietoja hoidon päätyttyä. Psykiatrinen diagnoosi määritettiin DSM-IV-kriteerien mukaan käyttäen puolistrukturoitua haastattelua, jonka pohjalta tehtiin myös tässä tut-

kimuksessa käytetty potilaiden hyötyarvio 12. kuukauden kohdalla (Knekt ym., 2010).

Helsingin Psykoterapiatutkimukseen ohjatuista 506 potilaasta 139 kieltäytyi tutkimukseen osallistumisesta. Lopuista 367 potilaasta 97 satunnaistettiin voimavarasuuntautuneeseen terapiaan (VAT), 101 lyhyeen psykodynaamiseen terapiaan (LPD) ja 128 pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan (PPD). Psykoanalyysiin ohjautui oma-aloitteisesti 41 potilasta. Hoitoryhmien selvittyä tutkimuksesta luopui seitsemän lyhyisiin terapiaihin satunnaistettua ja 26 pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan satunnaistettua potilasta sekä yksi psykoanalyysiin hakeutunut. Tutkimushoidon aloittaneista 333 potilaasta keskeytti hoidon ennenaikaisesti 47 potilasta. Kaikki potilaat antoivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen saatuaan kattavan tiedon tutkimuksen toteutuksesta. Hoitoihin ohjaamisen jälkeen potilaita seurattiin 10 vuotta hoitojen alkamisesta. Potilaiden vointia arvioitiin tänä aikana yhdeksän kertaa, kun seuranta oli jatkunut 3, 7, 9, 12, 18, 24, 36, 48 ja 60 kuukautta (Knekt ym., 2010).

3.3 Terapiat

Voimavarasuuntautunut terapia on ratkaisukeskeinen, potilaan omia voimavaroja hyödyntävä lyhyen psykoterapian muoto, joka auttaa potilasta muuttamaan löytämällä uudenlaisia ratkaisuja hänen ongelmiinsa (Johnson & Miller, 1994). Terapia perustuu suuntaukseen, jonka ovat kehittäneet de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich ja Weiner-Davis (1986). Menetelmässä tutkitaan ja kartoitetaan oletuksia ja käynnejä edeltäviä muutoksia. Siinä käytetään ihme-kysymyksiä ja arviointiasteikkoja, yksisuuntaista peiliä, konsultaatio-
taukoja, positiivista palautetta ja kotitehtäviä. Psykoterapiaprojektissa terapian käyntitiheys oli joustava, yleisimmin yksi hoitokäynti kahden tai kolmen viikon välein, yhteensä enintään 12 kertaa noin kahdeksan kuukauden aikana (Knekt & Lindfors, 2004; Knekt ym., 2010; Knekt, Lindfors, Laaksonen, Raitasalo, Haaramo & Järvikoski, 2008).

Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia on fokuoitu, transferenssi-ilmiöiden käyttöön perustuva lyhyen psykoterapian muoto, jossa tutkitaan keskitetysti jotakin terapeutin ja potilaan yhdessä määrittelemää ongelmaa. Terapeutti auttaa potilasta selvittämään ja työstämään erikseen määriteltyjä mielisäisiä ja vuorovaikutuksellisia ristiriitoja, joita terapeutti osoittaa, selkiinnyttää ja tulkitsee. Terapeutti rakentaa aktiivisesti yhteistyösuhdetta ja auttaa pysyttämään ongelman aikarajatussa fokuksessa. Menetelmä perustuu Malanin (1976) ja Sifneosin (1978) kuvaamaan lähestymistapaan. Psykoterapiaprojektissa käyntikertoja oli kerran viikossa, yhteensä 20 kertaa viiden-kuuden kuukauden aikana (Knekt ym., 2008, 2010).

Pitkä psykodynaaminen psykoterapia on kestoaltaan avoin, intensiivinen, transferenssi-ilmiöiden käyttöön perustuva psykoterapiamuoto. Terapeutti auttaa potilasta selvittämään ja työstämään laaja-alaisesti tiedostamattomia mie-

lensisäisiä ja vuorovaikutuksellisia ristiriitoja sekä kehityksellisiä häiriöitä. Terapiaan sisältyy sekä tutkivia että tukea antavia elementtejä, potilaan tarpeen mukaan. Terapeutti on osallisena työskentelysuhteen rakentumisessa ja tutkii potilaan tunteensiirtoa ja omia vastatunteitaan potilaan ongelmien työstämisessä sekä potilaan itsetuntemuksen lisäämisessä käyttämällä osoittamista, selkiinnyttämistä ja tulkintaa. Psykoterapiaprojektissa pitkän psykoterapian käyntitiheys oli kaksi-kolme kertaa viikossa keskimäärin kolmen vuoden ajan (Gabbard, 2004; Knekt ym., 2008, 2010).

Psykoanalyysi on kestoaltaan avoin, hyvin intensiivinen, transferenssin ja vastatransferenssin käyttöön perustuva psykodynaaminen hoitomuoto, joka auttaa potilaita tutkimaan syvällisesti ja työstämään laaja-alaisesti mielensisäisiä ja vuorovaikutuksellisia ristiriitoja. Terapeuttisella asetelmalla, johon kuuluu makuuasennon ja vapaan assosiaation käyttö, pyritään edistämään transferenssin maksimaalista kehittymistä tiedostamattomien konfliktien, kehityksellisten puutteiden ja mielen rakentumisen vääristymien tavoittamiseksi (Greenson, 1981). Psykoterapiaprojektissa psykoanalyysin käyntitiheys oli neljä kertaa viikossa keskimäärin viiden vuoden ajan (Knekt ym., 2010).

3.4 Terapeuttia koskevat menetelmät

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli muodostaa Erik H. Eriksonin ja Heinz Kohutin teorioiden pohjalta haastatteluluun perustuva uusi menetelmä (instrumentti) terapeutin ominaisuuksien arvioimiseksi ja testata sen toimivuus. Haastattelukysymykset laadittiin Eriksonin ja Kohutin teorioiden pohjalta. Sekä Eriksonin että Kohutin käsitteistä oli saatavilla selkeät teoreettiset kuvailut (Erikson, 1964; Kohut, 1985). Haastattelukysymykset ja haastattelun arviointimenetelmä pohjaavat tarkoin määriteltyihin Eriksonin ja Kohutin käsitteisiin.

Tutkimuksessani terapeutin henkilökohtaisia ominaisuuksia arvioitiin Eriksonin (1964) minän perusvoima -muuttujien (toivo, tahdonvoima, tarkoituksellisuus, pätevyyden ja osaamisen tunne, uskollisuus, rakkaus, huolenpito, viisaus), aikuisen minän kyvyt -muuttujien (läheisyys-eristyneisyys, generatiivisuus-lamaantuminen, integraatio-epätoivo) sekä Kohutin (1985) elämän perushyveiden (luovuus, empatia, eläytyminen, rajojen tunnistaminen, kyky huumoriin ja viisaus) avulla (Lehtovuori, 1995).

3.4.1 Terapeuttien arviointi Erik H. Eriksonin määrittelemien käsitteiden pohjalta

Erikson (1964) on laatinut läpi ihmisen elämänkaaren ulottuvan psykososiaalisen kehitysmallin. Toivo, tahdonvoima, tarkoituksellisuus sekä pätevyys ja osaaminen ovat lapsuuden perusvoimia, perusvoimien alkeita. Uskollisuus on nuoruuden perusvoima, ja rakkaus, huolenpito sekä viisaus ovat aikuisuuden perusvoimia. Perusvoimat ovat riippuvaisia toisistaan. Ei voi olla tahtoa, ellei toivo ole sisäistynyt, ei rakkautta, ellei uskollisuus ole vakiintunut sisäiseksi

voimavaraksi. Perusvoimat ovat jatkuvasti yhteydessä yksilön psykoseksuaalisen, psykososiaalisen ja kognitiivisen kehityksen vaiheisiin.

David Orlinskyn tutkijaryhmässä (Skovholt & Rønnestad, 1995) valmistettiin 1990-luvun alussa tutkimusta, jossa kartoitetaan psykoterapeutin ammatillista kehitystä. Tutkimus pohjasi Eriksonin kehitysteoriaan. Tutkimustulosten perusteella saatu kahdeksan kehitysvaiheen malli kuvaa ammatillisen kehityksen pidempänä ja hitaampana kuin muut tutkimukset (Skovholt & Rønnestad, 1995).

Eriksonin läpi elämänkaaren ulottuva psykososiaalinen kehitysteoria oli minulle tuttu niin aikaisemmista lasten ja aikuisten psykoterapioita koskevista opinnoistani kuin psykoanalyyseista saamastani kliinisestä kokemuksellisesta tiedosta. Eriksonin teoreettisessa ajattelussa on olennaista, että jotakin ominaisuutta ei ole liikaa eikä liian vähän, esimerkiksi keskeistä on etäisyysläheisyystasapaino, ei ylitsevuotava läheisyys tai etäistävä erillisuus. Ajatus sopi omaan kokemukseeni lapsen kehityksestä, vanhemmuudesta sekä psykoterapeuttina olosta.

Terapeutteja arvioitiin seuraavien terapeuttia kuvailevien Eriksonin (1964) käsitteiden pohjalta:

Toivo: välttämättömin elämän perusvoimista, rakentuu läheisissä vuorovaikutuksellisissa olosuhteissa, säilyy läpi elämän.

Tahdonvoima: saavutetaan vähitellen lisääntyvänä arvioinnin ja päätöksenteon kykyä, joka perustuu vanhempien sisäistettyihin käsityksiin oikeuksista ja velvollisuuksista.

Tarkoituksellisuus: rohkeutta kohdata ja pyrkiä kohti arvioituja ja suunniteltuja päämääriä, saa alkunsa peruserheen antamasta esimerkistä.

Pätevyyden ja osaamisen tunne: taitojen ja älyn vapaata harjoittamista tehtävien loppuunsaattamiseksi alemmuudentunteen estämättä sitä; opettavien aikuisten malli, ja ikätovereiden kanssa työskentely tärkeää.

Uskollisuus: kykyä pitää yllä lojaalisuuksia, joihin on sitouduttu omasta vapaasta tahdosta; identiteetin kulmakivi, jota vahvistavat aikuiset ja myönteisesti suhtautuvat ikätoverit.

Rakkaus: omistautumisen molemminpuolisuutta; eettisen huolenpidon perusta; kehityksellisenä ja sukupolvien välisenä; ennen murrosikää vastaanotetun rakkauten muuntamista aikuisiän toisille annettuun rakkauteen.

Huolenpito: laajenevaa välittämistä siitä, minkä rakkaus, välttämättömyys tai sattuma on tuottanut; voittaa velvollisuuteen liittyvän ambivalenssin; pohjaa vanhemman lapselleen siirtämään maailmankuvaan ja kumppanuuteen; aikuinen yksilö tarvitsee ja kaipaa sitä, että on tarvittu.

Viisaus: riippumatonta, vapaata huolenpitoa itse elämästä myös itse kuoleman edessä; ylläpitää ja säilyttää kokemuksen yhtenäisyyttä huolimatta ruumiillisten ja mielenterveydellisten toimintojen heikkenemisestä; keskeisenä integroidun perinnön ja vahvuuden siirtäminen tulevalle sukupolvelle.

Aikuisen minän kyvyt: Niin sanotun minän perustunteet: eristyneisyys ja läheisyys, lamaantuminen ja generatiivisuus, epätoivo ja integraatio sekä näiden keskinäinen tasapaino. Läheisyyden ja eristyneisyyden tasapainottaminen on

aikuisen ihmisen perusvaateita. Mikäli läheisyyttä ei tasapainota eristyneisyys, tunkeudutaan helposti toisen persoonallisuuteen eikä synny riittävää välitilaa, jossa yhteiset mielikuvat syntyvät ja jaetaan. Generatiivisuus on halua ja kykyä synnyttää ja ohjata seuraavaa sukupolvea niin, että voi itsekkin kokea olevansa tarvittu. Yltiöpäiseltä generatiivisuudelta suojelee lamaanantumisen kyky. Integraatio (eheys) merkitsee kykyä ja halua saavuttaa järjestys elämässä hyväksyen samalla elämänsä jonakin, minkä täytyi olla ja mille ei ollut muuta vaihtoehtoa. Mikäli epätoivon tunne ei tasapainota integraatiota, ihmisestä tulee julkea ja piittaamaton.

3.4.2 Terapeuttien arviointi Heinz Kohutin määrittelemien käsitteiden pohjalta

Kohut (1971) on tuonut psykoanalyttiseen psykoterapiaan käsitteen psykoterapeutin parantava, empaattinen ymmärtäminen. Tämä mahdollistaa potilaalle korjaavan kokemuksen psykoterapiassa, mikäli hänen aikaisemmat kokemuksensa vanhempien kanssa peilaavasta nähdyksitulemisesta eivät ole olleet riittäviä. Tämä edellyttää, että terapeutilla on sisäistynyt kyky vastaanottaa potilas omana itsenään. Myös kokemukset, joissa potilas kokee terapeutin ei-empaattisena, voivat olla korjaavia, mikäli ne eivät ole jatkuvia ja täten liian frustroivia.

Kohut (1985) on kehittänyt teoreettisen tarkastelutavan niin sanotulle terveelle ja sairaalle narsismille. Kohutin mukaan on olemassa eräänlainen erillinen normaalin narsismin (terve) kehityskaari. Normaalisissa narsismin kehityksessä self-objekteista luopuminen välttämättömien turhautumien kautta mahdollistaa sen, että kaikkivoipaisuus ja idealisoitu vanhempi kehityksen myötä integroituvat lapsen minään. Kohut kutsuu tätä muuntuvaksi sisäistymiseksi. Kaikkivoipaisuus muuttuu egon ambitiota ylläpitäväksi ja tarpeita sääteleväksi osaksi. Idealisoitu vanhempi taas integroituu minän ihanteeksi, oman olemisen kannustajaksi ja idealistisia päämääriä ylläpitäväksi. Kohut puhuu optimaalisista turhautumista. Hän tarkoittaa sellaista pettymystä, jonka lapsi kestää vaurioitta niin, ettei kehitys esty. Lapsen kulloisenkin kehitysvaiheen kestokyvyn ylitys johtaa muuntavan sisäistymisprosessin tyrehtymiseen (epänormaali kehitys). Kohut (1971) tarkastelee empatian merkitystä myös psykoanalyttisessa psykoterapiassa. Potilaan on mahdollista saada suhteessa psykoterapeuttiin korjaavaa kokemusta empaattisesta ymmärtämisestä, mikäli potilaalla ei ole ollut mahdollisuutta kokea vanhempien peilaavaa empaattisuutta, eläytyvyyttä lapsen maailmaan. Terapeutin empaattinen ymmärtäminen voi mahdollistaa siten itsen hyväksymisen, mihin ei ole ollut puutteellisissa kasvuolosuhteissa mahdollisuutta. Samoin kuin lapsen kehityksessä turhautumat ovat tärkeitä myönteiselle kehitykselle, myös potilaan kokemat epäempaattiset kokemukset psykoterapeutin taholta tuovat potilaan sisäiseen kasvuun mahdollisuutta korjaavaan, muuntuvaan sisäistymisprosessiin. Kohut tarkastelee myös narsismin suhdetta luovuuteen, empatiaan, elämään liittyvien rajojen tunnistamiseen ja hyväksymiseen, huumorikykyyn ja viisauteen.

Aikaisemmat tutkimustulokset tukivat käsitystäni, että myönteinen itsetunto, sisäinen integraatio ja eläytymiskyky ovat myönteisiä psykoterapeutin ominaisuuksia. Samoin epäonnistuneista terapioista saadut tutkimustulokset tukivat käsitystäni niin sanotun sairaan narsismin vaikutuksesta keskeytyksiin tai huonoon tuloksellisuuteen. Myös Kohutin näkemykset psykoterapeutin empaattisuuden ja pienten frustraatioiden merkityksestä niin sanotusti uutta rakentavana ja korjaavana vaikuttivat tärkeiltä ja merkityksellisiltä 1990-luvun alussa.

Terapeutteja arvioitiin seuraavien terapeuttia kuvailevien Kohutin (1985) käsitteiden pohjalta:

Luovuus: suosionnälkäisyys ja narsistinen haavoittuvuus; lapsenomaisuus valalla enemmän kuin äidillisyyys; sinä-minärajat epäselvät, vaikeutta erillistymisessä; isot vaihtelut ”hyvin menevien, arvokkaiden” ja ”ei-minkäänarvoisten” tunteiden välillä; luomistyön aikana objektirakkauden antamisvuorovaikutuksellisuus vähäistä.

Empatia, eläytyminen: kyky saada ei suoraan havaittavissa olevaa tietoa toisesta, minkä perusteella voidaan tavoittaa laajempia psyykkisiä toimintoja; perustuu varhaiskehityksemme sisäistyksiin hoitajan (äidin) tunteista, tekemisistä ja käyttäytymisestä.

Elämään liittyvien rajojen tunnistaminen ja niiden hyväksyminen: sisältää kyvyn tunnistaa elämän rajallisuus masentumatta – käsittäen, ettei olla ikuisia ja että kuolema on osa elämää.

Kyky huumoriin: sisältää myös kyvyn olla vakava ja kohdata jokapäiväisen elämän työt ja ponnistukset sekä kyvyn saavuttaa sisäinen rauha mietiskellä omaa loppua, hyväksyen myös melankolian; kyky suhtautua itseensä ja läheisiinsä myös huumorilla, anteeksiantavasti.

Viisaus: sisältää kyvyn hyväksyä omien fyysisten, älyllisten ja emotionaalisten kykyjen rajallisuus; mahdollisuus ihanteisiin, kyky huumoriin ja elämän rajallisuuden hyväksyminen yhdessä kuvaavat viisautta, ei mikään yksinään; vakaata suhtautumista elämään ja maailmaan, mikä koostuu älyllisten toimintojen ja huumorin integraatiosta, rajallisuuden hyväksymisestä ja pysyvästä arvomaailmasta.

Peter Fonagy (mm. 1999) on tutkinut monin tavoin erilaisten teoreettisten suuntausten suhdetta kiintymyssuhteisiin. Hän linkittää myös Eriksonin ja Kohutin samanlaisuuksia ja erilaisuuksia suhteessa Bowlbyyn (1988), kiintymyssuhdeteorioiden isään. Erikson oli egopsykologi eikä kiintymyssuhdeterapeutti, mutta hänen varhaista vuorovaikutusta, äidin ja vauvan välistä suhdetta, koskeva tarkastelunsa sivuaa kiintymyssuhdeteoreetikkojen näkökantoja. Erikson (1959) kiinnitti myös huomiota siihen, miten äitisuhteen laatu on olennaista, ei pelkästään ruoka tai rakkauden ilmaisut. Erikson ja Bowlby kiinnostuivat lähes samaan aikaan äidin ja vauvan suhteen merkityksellisyydestä: vauva ottaa sisäänsä, itseensä silmillään, äidin katsetta, äidin läheisyyttä. Erikson (1950) kuvaa perusuottamuksen kyvyksi ottaa vastaan ja hyväksyä se, mitä annetaan. Perusturvallisuus säilyy läpi elämän. Sekä Bowlby että Erikson näkevät vauvan kehityksen jatkuvana prosessina, joka alkaa jo heti syntymän jälkeen. Erikson

myös jakaa Bowlbyn pioneerimaisen näkökannan elämänkaaresta ja sen, miten kulttuurit monin tavoin vaikuttavat lapsen sosiaaliseen kehitysmahdollisuuteen asteittain kehityksen myötä (Erikson, 1950). Erikson kiinnitti myös huomiota alemman tason episodisten kokemusten kertymään ylemmän tason hermora-kenteisiin. Erikson ja Bowlby, sekä Bowlbyn jälkeläiset, muun muassa Stern (1985), kartoittivat myös sitä, miten lapsen terve persoonallisuuden kehitys vaurioituu, jos kiintyminen pääasialliseen hoitajaan jää huteraksi eikä perustur-vallisuus rakennu. He kiinnittivät huomiota myös siihen, miten luottavaisuus – tai turvallinen kiintymyssuhde – kulkevat representaatioina läpi sukupolvien. Eriksonin mukaan toivo on varhaisin sekä kaikkein välttämättömin elämän pe-rushyveistä. Toivoa tarvitaan, jotta voi pysyä hengissä. Toivo ei voi kuitenkaan toteutua ilman läheistä vuorovaikutuksellisuutta suotuisissa sosiaalisissa olo-suhteissa. Jotta toivo voi kehittyä, vastasyntynyt lapsi tarvitsee luotettavia, äi-dillisen hoivaavia ihmisiä, jotka sekä vastaavat lapsen tarpeisiin tulla vastaan-otetuksi lämpimään, rauhoittavaan syliin että antavat hänelle ravintoa. Lapsi tarvitsee näitä ihmisiä ehkäisemään sen, ettei hän saa jatkuvasti liian vähän tai liian myöhään (Erikson, 1964). Eriksonin määrittelemiä elämän perusvoimia olen käsitellyt myös artikkelissa Erik. H. Erikson: Elämän perusvoimat (Lehto-vuori, 1999). Erikson (1959) on esittänyt myös näkökannan siitä, miten lapset kasvattavat vanhempiaan. Eriksonilla (1950) on näkemys, että positiivisen ja negatiivisen välillä on tärkeää olla tietty suhde. Mikäli painotus on enemmän positiivisessa, on lapsen helpompi selvittää tulevista kriiseistä elämänsä aikana. Erikson toi esille myös tungettelevuuden, mikäli äiti kontrolloi vuorovaikutuk-sessa liikaa lasta.

Kohut (1971) objektiuhdeteoreetikkona on tuonut lapsen kehitykseen olennaisena peilaamisen ja äidin herkkyyden lapseen, mitkä myös ovat keskei-siä, hieman toisin ilmaistuina, kiintymyssuhteen rakentumisessa (Fonagy, 1999). Kohutin näkemyksen mukaan self-objektin, lasta läheisesti hoitavan ih-misen, empaattiset vastaukset helpottavat kaikkivoipaisuuden kehittymistä ja rohkaisevat omnipotenttisiä tunteita, jotka mahdollistavat lapselle idealisoidun kuvan rakentumista vanhemmasta, johon lapsi haluaa samastua. Peilaamisen avulla, joka pitää sisällään myös kasvua tukevat rajoitukset, sisäistyksen muut-tuvat asteittain, johtaen hiljalleen ydinminän vakauttamiseen (Kohut & Wolf, 1978). Kohut näkee positiivisen narsismin myönteisenä itsensä arvostamisena. Mikäli realisoiva peilautuminen ei onnistu, johtaa se sairaaseen narsismiin, jos-sa ihminen läpi elämänsä hakee itselleen kohtaavaa peiliä.

Vuonna 1990 Erikson ja Kohut olivat aikansa edelläkävijöitä varhaislap-suuden kasvun vuorovaikutuksellisuuden merkityksen kartoittajina sekä psy-koterapeuttisen vuorovaikutuksen korjaavan mahdollisuuden merkityksen ar-vostavina uranuurtajina. Tutkimukseni tarkoituksena oli myös arvioida Erikso-nin ja Kohutin teorioiden pohjalta kehitellyn arviointimenetelmän käyttökelpoi-suutta ja kehitystarvetta. Ei ollut aikaisempaa tietoa siitä, miten se ennustaa tu-loksellisuutta.

3.4.3 Psykoterapeutin Identiteettihaastattelu (PII)

3.4.3.1 Terapeuttihaastattelu

Alkaessani koostaa 1990-luvun alussa haastattelumenetelmää psykoterapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien osuudesta tuloksellisuuteen ei ollut haastattelumenetelmiä, joilla haastatella terapeuttia ennen psykoterapian alkua. Psykoterapeutin Identiteettihaastattelun (Psychotherapist's Identity Interview, PII) tavoitteena oli arvioida terapeuttien henkilökohtaisia ominaisuuksia, elämän perusvoimia ja aikuisen minän kykyjä Erik H. Eriksonin (1964) ja Heinz Kohutin (1971, 1977, 1984, 1985) teorioiden pohjalta ennen psykoterapioiden alkua. Sekä Eriksonin että Kohutin käsitteistä oli saatavilla selkeät teoreettiset kuvailut (Erikson, 1959, 1964; Kohut, 1985). Haastattelukysymykset ja haastattelun arviointimenetelmä pohjasivat määriteltyihin Eriksonin ja Kohutin käsitteisiin.

Haastattelumenetelmä koostettiin alun perin 1990-luvun alussa täydentämään DPCCQ-kyselylomaketta, joka oli aiemman tutkimukseni (Lehtovuori, 2002) tutkimusmenetelmä. Kyselylomake ja haastattelumenetelmä kehiteltiin yhteenkuuluviksi jo 1990-luvun alussa. Silloin tarkoituksena oli tarkastella myös kyselylomakkeen validiteettia, mutta siitä luovuttiin tässä tutkimuksessa. Pää tarkoitus oli tutkia psykoterapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien suhdetta tuloksellisuuteen. Tämä oli niin sanottu punainen lanka haastattelumenetelmän rakentamisessa.

DPCCQ-kyselylomakkeen laatijat Orlinsky ym. (2004) halusivat kehittää menetelmän, jolla voidaan mitata terapeutin kokemuksia suhtautumisesta potilaisiin. Kyselylomakkeen taustalla oli Learyn (1957) malli, jossa tarkasteltiin muun muassa horisontaalisesti vihaa vs. rakkautta sekä vertikaalisesti alistumista vs. dominoivuutta, joiden nähtiin olevan peruselementtejä ihmissuhdekäyttäytymisessä. Suunnitellessaan vaikeuksia ja selviytymisstrategioita koskevia osioita Orlinsky ja Rønnestad (2005) pohjasivat laadulliseen tutkimukseen (mm. Davis, Elliott, Davis, Binns, Francis, Kelman & Schröder, 1987). He oletivat muun muassa, että vaikeudet terapeutin työssä nousevat, kun haasteet suhteessa taitoihin ovat liian suuret.

Silloisessa Psykoterapiaprojektissa (nyk. Helsingin Psykoterapiatutkimus) järjestettiin eri koulutusyhteisöjen terapeuteille 1990-luvun alusta alkaen useita tiedotus- ja keskustelutilaisuuksia jo ennen esitutkimuksen ja varsinaisen tutkimuksen alkua. Tilaisuuksissa kerrottiin tutkimuksesta avoimesti. Terapeutit saivat kysellä ja vaikuttaa myös lopullisiin haastattelukysymyksiin. Terapeutin tutkimusta myös vastustettiin. Tutkimuksen silloinen johtaja oli arvostettu kliinikko terapeuttien keskuudessa. Oletan, että hänen tapansa johtaa Psykoterapiaprojektia ihmislähtöisesti ja vastavuoroisesti mahdollisesti myös oman tutkimukseni ja oli sen perusta.

Kaikki Helsingin Psykoterapiatutkimukseen osallistuvat terapeutit tekivät sopimuksen projektin kanssa. Kaikki sopimusterapeutit osallistuivat myös tutkimukseeni, joka oli silloin ainoa terapeuttia kartoittava tutkimus projektissa.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa on 71 sopimusterapeuttia, joista yksi ei ollut vielä sopimusterapeutti aloittaessani tutkimukseni vuonna 1995. Haastattelututkimukseen osallistui 68 terapeuttia, koska kahden terapeutin suhteen olin jäävi. Ennen haastattelujen alkua tehtiin päätös, ettei kahta terapeuttia varten kouluteta toista haastattelijaa. Sama arvioitsija on haastatellut ja arvioinut kaikki terapeutit.

Olin puhelimitse yhteydessä terapeutteihin ennen haastattelua ajan varaamiseksi, ja lähetin heille haastattelun sopimisen jälkeen Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ) -kyselylomakkeen. Terapeutit toivat haastattelutilanteeseen etukäteen täyttämänsä kyselylomakkeen, jota täydentäväksi haastattelun kysymykset oli laadittu. DPCCQ-kyselylomake koostuu yhdeksästä osa-alueesta, joilla kartoitetaan muun muassa terapeutin ammatillista koulutusta, ammatillista kokemusta, kokonaiskehitystä terapeuttina, omaa hoitoa, teoreettista orientoitumista, nykytilannetta terapeuttina, nykyistä vastaanottoa, nykyistä psykoterapeuttista työskentelyä ja terapeutin käsityksiä itsestään. Olin saanut luvan professori David Orlinskyltä ja hänen kansainväliseltä tiimiltään suomentaa kyseisen kyselylomakkeen ja käyttää sitä tutkimuksessani (Lehtovuori, 2002).

Videoitu haastattelu oli puolistrukturoitu ja kesti kaksi tuntia. Haastattelut toteutettiin saman perusrakenteen mukaisesti. Terapeuteille kerrottiin haastattelun alussa, että haastattelijalla ovat mielessä haastattelun osa-alueet ja kysymykset. Heille kerrottiin myös, että haastattelijaa tekee ennalta suunnitellun haastattelukysymyksen vain silloin, jos kyseinen asia ei ole jo tullut esille haastattelun muissa osioissa. Haastattelijaa ei tehnyt lisäkysymyksiä terapeutin vastauksiin. Asian ymmärtämiseksi tehtiin tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Terapeuteille kerrottiin myös, että he itse päättävät sen, mihin määrään asti vastaavat. Myös haastattelun kesto ja luottamuksellisuus selvitettiin haastattelun alussa. Kaikki haastattelun materiaali videoitiin.

Haastattelun osa-alueet jaettiin ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin seuraavasti: *Ulkoisia tekijöitä* olivat työura/ammattihistoria, perhetausta (lapsuuden perhe ja nykyinen perhe) sekä ihmissuhteet ja harrastukset (lapsuuden ihmissuhteet, nykyiset ihmissuhteet ja nykyiset harrastukset). *Sisäisiin tekijöihin* kuuluivat läheisyys ja eristyisyys ja niiden tasapaino (lapsuuden tunneilmasto, separaatio, naiseuden ja miehyyden kokeminen), generatiivisuus ja lamaantumisen ja niiden tasapaino (elämänkatsomus, lapsuuden muistot ja mielikuvat, unet ja mielikuvat itsestä) sekä integraatio ja epätoivo ja niiden tasapaino (oman elämäkerran arviointia).

Liitteenä 1 olevassa haastattelurungossa on lihavoitu ne kysymykset, jotka kysyttiin jokaiselta haastateltavalta tämän tutkimuksen haastattelutilanteessa.

3.4.3.2 Muut terapeuttitiedot

Terapeuttien sukupuoli, ikä, ammatillinen peruskoulutus, psykoterapeuttikoulutus ja kokemusvuodet psykoterapeutiksi valmistumisen jälkeen saatiin terapeuttien itse ilmoittamista kyselylomakkeen tiedoista. Terapeutin peruskoulutus ja psykoterapeuttikoulutus kartoitettiin myös haastattelussa. Terapeutin

vanhempien peruskoulutus ja perhetilanne kartoitettiin osana haastattelua. Terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien arviointiin tarvittavat tiedot saatiin noin kahden tunnin videoidusta, puolistrukturoidusta haastattelusta, josta tiedot koottiin haastattelun arviointia varten tehtyyn arviointilomakkeeseen (TER_IDENT, liite 3). Tieto terapeuttien tekemistä terapiamuodoista saatiin Helsingin Psykoterapiatutkimuksen raporteista (Knekt & Lindfors, 2004; Knekt ym., 2008, 2010).

3.4.3.3 Alkuperäisen pisteytyksen periaatteet

Terapeutin henkilökohtaisia ominaisuuksia arvioitiin tarkoin määriteltyjen Eriksonin minän perusvoima -muuttujien (toivo, tahdonvoima, tarkoituksellisuus, pätevyyden ja osaamisen tunne, uskollisuus, rakkaus, huolenpito, viisaus), aikuisen minän kyvyt -muuttujien (läheisyys-eristyneisyys, generatiivisuus-lamaantumisen, integraatio-epätoivo) sekä Kohutin elämän perushyveiden (luovuus, eläytyminen, rajojen tunnistaminen, kyky huumoriin ja viisaus) avulla (Lehtovuori, 1995).

Kunkin arvioitavan ominaisuuden määrää ja laatua arvioitiin seitsenluokkaisella asteikolla: 1 = hyvin vähän; 2 = niukkaa tai kapea-alaista; 3 = lähentelee tasapainoa, hieman niukempaa, kapeampaa tai vetäytyvämpää kuin luokassa 4; 4 = tasapainossa; 5 = ylikorostunut, suuntaus rajattomaan ja/tai muita huomioiduttomaan päin; 6 = yli äyräiden; 7 = reilusti yli äyräiden, selvästi patologisessa määrin. Kohdassa 4 tasapainolla tarkoitetaan sitä, miten paljon ko. ominaisuutta on keskimäärin, miten ko. arvioitava ominaisuus on terapeutissa tasapainossa – ei liian vähän, ei liian paljon. Alkuperäiset pisteytysohjeet ovat liitteessä 2.

3.4.3.4 Terapeuttihaastattelun laadunvarmennus

Tutkimukseni käynnistyessä 1990-luvulla tehtiin päätös, että tallenteita voi arvioida aikaisintaan, kun on kulunut kolme kuukautta haastattelun tekemisestä. Tein terapeuttiarviot Eriksonin ja Kohutin tarkoin määriteltyjen käsitteiden pohjalta. Jokaisen haastattelun kohdalla kaikki ominaisuudet arvioitiin konkreettisesti alkuperäistä käsitettä arviointipohjana käyttäen.

Haastattelu- ja arviointimenetelmää kehitettiin 1990-luvun alkupuolella esitutkimuksessa, johon osallistui vapaaehtoisesti kahdeksan neljän eri koulutusyhteisön valitsemaa kouluttajaterapeuttia. Neljä terapeuteista oli kahden eri koulutusyhteisön psykoanalytikoita, kaksi kummastakin. Kaksi oli kognitiivista ja kaksi voimavarakeskeistä terapeuttia. Esitutkimukseen sisältyi menettelyn toimivuuden ja aikuisen minän kykyjen arvioiden toistettavuuden selvitys.

Esitutkimuksesta tehtiin kahden arvioitsijan yhtäpitävyyskartoitus vuosina 1991–1992 ennen varsinaista tutkimusta. Tein terapeuttiarviot itse, toisena arvioitsijana oli kokenut psykoanalytikko. Kahden arvioijan yhtäpitävyys osoittautui esitutkimuksessani riittäväksi menetelmän sisällyttämiseksi Helsingin Psykoterapiaprojektin terapeuttitutkimusosuuteen.

Puolistrukturoitu haastattelu esitutkimuksessa antoi tärkeää tietoa mahdollisuudesta täydentää DPCCQ-kyselylomaketta haastattelu- ja arviointimenetelmällä ja mahdollisuuden tutkia terapeuttia ulkopuolisen tutkijan arviointiin.

Esitutkimuksen pohjalta haastattelurakennetta muokattiin niin, että siinä keskityttiin vain terapeutin ammatilliseen ja henkilökohtaiseen identiteettiin. Alun perin arviointilomakkeessa oli myös kysymyksiä terapiaprosessista ja terapeutin suhteesta potilaisiinsa. Psykoterapiaprosessiin ja -suhteeseen liittyvät kysymykset jätettiin esitutkimuksen perusteella kokonaan pois. Kaikki haastattelemani kouluttajat suosittivat haastattelun toteuttamista varsinaisessa tutkimuksessani. Myös videointia pidettiin hyvänä, muun muassa sanattoman materiaalin ja vuorovaikutuksen tutkimiseksi.

Varsinaisessa tutkimuksessa tehtyjä terapeuttiarvioita tutkittiin toistoasetelmassa arvioiden haastattelun toimivuutta. Vuonna 2007 tehtyyn toistoasetelmaotokseen otettiin 68 terapeutin kronologisesta haastattelujärjestyksestä joka viides terapeutti, yhteensä 20 terapeuttia. Mikäli arvioitsija oli jäävi, otettiin mukaan seuraava listalla oleva terapeutti. Toinen arvioitsija oli kokenut psykoanalyttikko, joka oli eri kuin esitutkimuksessa. Saatujen arvioitsijareliabiliteettien pohjalta loput 48 tallennetta arvioitiin ajalla 9.5.2008–1.2.2009. TER_IDENT-arviointilomake on liitteessä 3.

3.5 Terapeuttiaineiston tilastollinen käsittely

Aineiston käsittelyssä käytetyt tilastolliset analyysit toteutettiin pääosin IBM SPSS Statistics 22 -ohjelmalla. Havaituista terapeutin ominaisuuksista kuvaavista muuttujista luovuus, empatia, eläytyminen, rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen, kyky huumoriin ja viisaus (Kohut), toivo, tahdonvoima, tarkoituksellisuus, pätevyyden ja osaamisen tunne, uskollisuus, rakkaus, huolenpito ja viisaus (Erikson) ja eristyneisyys-läheisyys, lamaantuminen-generatiivisuus ja epätoivo-integraatio (Erikson) laskettiin muuttujien väliset Pearsonin korrelaatiot ja edelleen varimax-rotatoidut pääkomponenttipistemäärät. Koska pääkomponenttianalyysissä on käytetty varimax-rotatiota, niin saatuihin pääkomponentteihin viitataan jatkossa ja tuloksissa sanalla faktori ja pääkomponenttipistemääriin sanalla faktoripisteet.

Muuttujakohtaista arvioitsijoiden välistä yhtäpitävyyttä arvioitiin laske-malla Pearsonin korrelaatiokertoimet, ja muuttujien arvioitsijoiden välisiä eroja testattiin toistettujen mittausten t-testillä. Varianssien erot arvioitsijoiden välillä testattiin Mplus-ohjelmalla (versio 7.3), Bootstrap-menetelmällä (toistoja 1 000).

Klusteri- eli ryhmittelyanalyysi pyrkii ryhmittelemään muuttujat mahdollisimman samankaltaisiin ryhmiin. Tässä tutkimuksessa faktoripisteet ryhmiteltiin Wardin menetelmällä ja etäisyysmittana käytettiin euklidisen etäisyyden neliötä. Wardin menetelmä on hierarkkinen, mikä tarkoittaa, että samankaltaisiin ryhmiin ryhmiteltyt muuttujat pyritään erottelemaan toisistaan mahdollisimman erilaisiin muuttujaryhmiin. Menetelmässä edetään askel askeleelta yh-

distäen aina kaksi lähintä ryhmää ja/tai havaintoa. Kultakin askeleelta syntyy tieto, kuinka kaukana ryhmät olivat ennen yhdistämistä. Ryhmien ja havaintojen yhdistämistä seurataan, suhteessa niiden etäisyyteen, visuaalisesti dendrogramman avulla (Ward, 1963). Tämän tiedon perusteella arvioidaan, missä kohtaa yhdistelyssä on havaittavissa tavanomaista suurempi hyppäys. Suurempi hyppäys tarkoittaa sitä, että kaksi homogeenista ryhmää yhdistyy yhdeksi epähomogeeniseksi ryhmäksi. Tätä tietoa käytetään, yhdessä sisällöllisen tulkinnan kanssa, päätettäessä, kuinka monta klusteria aineistosta on löydettävissä.

Faktoripisteiden keskiarvoja ja hoidosta hyötymistä verrattiin demografisten tekijöiden suhteen varianssianalyysillä (ANOVA), ja jos tulos oli tilastollisesti merkitsevä, analyysiä jatkettiin testaamalla kunkin kahden ryhmän väliset erot käyttäen Bonferroni-korjattuja p-arvoja.

Saatuja klustereita tarkasteltiin suhteessa terapiasta saatuun hyötyyn. Terapiasta saatu hyöty pohjasi Helsingin Psykoterapiatutkimuksen haastattelijoiden tekemiin potilasarviointeihin potilaiden hoidon 12. kuukauden kohdalla. Terapeuttien antaman terapiamuodon ja terapiasta saadun hyödyn suhdetta tarkasteltiin laskemalla korrelaatiot dikotomisten muuttujien (yksi terapiamuoto vs. muut terapiamuodot) ja keskiarvohyötymuuttujien välille. Tutkimuksessa oli poikkileikkausasetelma, jossa tulosta kartoitettiin vain kerran, 12. kuukauden kohdalla hoitojen alusta.

Terapeuttien antaman hoidon ja hyödyn suhdetta tarkasteltiin myös tasapainosummamuuttujan avulla. Arviointiasteikko oli muutettu 7-luokkaisesta 3-luokkaiseksi. Tasapainomuuttujat oli koodattu siten, että 1 ja 2 saivat arvon 0, 3 ja 4 saivat arvon 1 ja 5, 6 ja 7 saivat arvon 2. Tasapainon ja hyödyn suhdetta tarkasteltiin Spearmanin korrelaatioilla.

3.6 Terapeuttimainaisuuksien laadullinen kartoitus

3.6.1 Faktoripisteistä saatujen klustereiden laadullinen kuvaus

Klusterien laadullinen kuvailu tehtiin haastattelusta saadun tunnelmakuvailun kautta. Yhtäjaksoisen videoidun haastattelun katsomisen jälkeen, ennen haastattelupisteytystä, arvioitsija kirjoitti vapaasti kuvaillen terapeutin haastattelussa herättämiä tunnelmia ja niiden mahdollisesti herättämiä omia vastatunteita. Kuvailu oli TER_IDENT-lomakkeen kohdassa "Minkä tunnelman terapeutti loi haastattelutilanteessa?". Kuvailulle oli varattu 11 riviä.

Faktoripisteistä muodostuneita klustereita tarkasteltiin laadullisesti. Tehtiin sisällönanalyysi kartoittamaan kustakin klusterista kyseisen klusterin terapeutteja kuvaavia ja luonnehtivia piirteitä (Metsämuuronen, 2008; Tuomi & Sarajarvi, 2004). Poimittiin usein toistuvia samanoloisia kuvailuja ja tutkittiin, moniko kyseisen klusterin terapeutti sai saman tai samansuuntaisen luonnehdinnan. Kuhunkin klusteriin kuuluvien terapeuttien luonnehdinnoista muodostettiin sisältöluokkia, joita muodostui 2–4 kuhunkin klusteriin. Jokaiseen sisältö-

luokkaan merkittiin siinä olevien terapeuttien määrä suhteessa klusterin kokonaisterapeuttimäärään. Kunkin klusterin sisältöluokkien määrän valinta pohjaa arvioitsijan tekemään päätelmään. Useimmissa valikoiduissa sisältöluokissa oli kaikki tai useimmat ko. klusteriin valikoituneet terapeutit. Sisältöluokka valittiin, mikäli siinä oli vähintään puolet ko. klusterin terapeuteista. Klustereiden sisältöluokkien ryhmittelyä ohjasivat Eriksonin ja Kohutin teoriat. Arvioitsijalla ei ollut missään vaiheessa mitään tarkempaa ohjeistusta terapeutin luoman tunnelman kuvaukseen kuin kuunnella tuntemuksiaan ja vastatunteitaan.

3.6.2 Laadullinen kuvaus oman psykoterapian merkityksestä työlle ja elämälle

Suunnittelin ja koostin haastattelukysymykset vuonna 1991 Helsingin Psykoterapiatutkimuksen terapeuttien DPCCQ-kyselylomaketta täydentäväksi. Lisen-siaatintutkimukseni jälkeen halusin paneutua haastattelussa laajemmin terapeuttien kokemuksiin omasta elämästään koko elämänkaaren ajalta. Oman terapian kartoitus ei kuulunut lisensiaatintutkimukseeni, koska se silloin kaavailtiin tulevaksi väitöstutkimukseeni, jossa terapeutit haastatellaan. Oman hoidon laajemman merkityksen kartoituksen koin tärkeänä, kun mietin haastattelukysymyksiä 1990-luvun alussa.

Klustereiden laadullisen kuvauksen ja hyötysuhdekartoituksen jälkeen kiinnostuin lisää henkilökohtaisen psykoterapian merkityksen laadullisesta kartoituksesta hyötyä selittävänä tekijänä 12. kuukauden kohdalla.

DPCCQ-kyselylomakkeen kohdassa 4-1 kartoitettiin terapeutin terapiaa tällä kysymyksellä: "Kuinka tärkeänä terapeutille pidät oman kokemuksen saamista psykoterapiasta, analyysistä tai neuvonnasta (yksilöllisestä, ryhmä, jne.)?" Vastausvaihtoehtoja oli viisi: 1 = se on haitaksi, koska se saattaa merkitä, ettei terapeutti ole täysin terve; 2 = ei ole mitään väliä, onko terapeutilla henkilökohtainen terapiakokemus vai ei; 3 = se saattaa olla hyväksi jollekin terapeutille, mutta ei välttämätöntä kaikille; 4 = se on varmasti hyväksi useimmille terapeuteille, mutta sitä ei tulisi vaatia pakollisena; 5 = se on oleellista ja sen tulisi olla vaatimuksena kaikille terapeuteille.

Kyselylomakkeen kohdassa 4 oli myös neljä kohtaa, joissa kartoitettiin terapeutin oman terapian tyyppiä, istuntoja viikossa ja kestoja sekä "arvoa sinulle henkilönä", jossa asteikko oli 0-5 (0 = ei arvoa - 5 = erittäin arvokas). Oli myös mahdollista vastata kohtaan: "Syy kyseiseen terapiaan: koulutus, kasvu tai ongelmat." Valita sai kaikki vaihtoehdot.

Omaa kokemusta omasta psykoterapiasta kysyttiin kyselylomakkeessa siis vain yhden monivalintakysymyksen ja sitä täydentävän kysymyksen verran. Halusin tutkia laadullisesti oman hoidon merkitystä kyselylomakkeen kysymystä laajemmin ja kuvailevammin. Terapeuteilta kysyttiin haastattelussa: "Oman hoidon merkitys työlle, elämälle."

Tein jokaisesta terapeutista käsikirjoitetun koosteen videoidun materiaalin pohjalta videota katsellessani. Terapeuttien omaa hoitoaan koskevista vastauksista tehtiin läpi aineiston sisällönanalyysi kartoittamaan terapeuttien omaan hoitoon liittyviä kokemuksia. Poimittiin läpi kaikkien terapeuttien (68)

vastausten useimmin toistuvia adjektiiveja ja muita kuvailuja. Kuvailuja valikoitui neljä. Niiden määrä pohjasi arvioitsijan tekemään päätelmään.

Kuvailujen esiintyvyyttä ja sisältöjä tarkasteltiin tämän jälkeen klustereitain. Jokaisesta klusterista kartoitettiin koko aineistosta valitut kuvailut. Jokaisesta klusterista ja kuvailusta valittiin 1–2 esimerkkiä terapeuttien antamista vastauksista.

3.7 Potilasta koskevat menetelmät

Potilasarviointit perustuivat potilaiden haastatteluihin. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen psykoterapeuttikoulutuksen saanut haastattelija arvioi potilaan tilannetta suhteessa siihen, minkälainen tilanne parhaimmillaan terapian jälkeen voisi olla 12. kuukauden pisteessä: "Missä määrin psykoterapiasta on ollut mielestäsi hyötyä potilaalle tähän mennessä?" Haastattelijat olivat saaneet hankkeen alkuvaiheessa professori Veikko Aalbergin ja sittemmin dosentti Olavi Lindforsin ohjaaman, tutkimuksen sisäisen haastattelijakoulutuksen, jonka laajuus vaihteli 60:stä 100 tuntiin (Laaksonen ym., 2012). Haastattelumenetelmä oli puolistrukturoitu ja pohjasi Otto Kernbergin strukturaaliseen haastatteluun (Kernberg, 1984). Haastattelut tehtiin psykiatrian klinikalla. Haastattelijat toimivat seurantahaastatteluissa (7 kk, 1 v, 3 v ja 5 vuotta) nimenomaisesti tutkimushaastattelijoina eivätkä korostaneet omaa asiantuntijuuttaan, vaikka olivatkin kliinisesti kokeneita psykiatrian ammattilaisia. Heillä ei ollut hoitovastuuta. Haastatteluiden perustehtävä oli tutkimuksellinen, ei hoidollinen. Painopiste oli potilaan ongelmassa ja ongelmien muuttumisessa (Ehrling, 2006).

Arviointihaastatteluita toteutettiin Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa usean vuoden ajan, ja niitä tekivät useat haastattelijat. Haastatteluilla saatujen arviointien yhtäpitävyyttä selvitettiin videoaineisto-otoksen perusteella, joka koostui 39 haastattelusta. Arviointikertoja oli kaksi. Laadun arvioinnissa arvioitiin sekä haastattelijoiden yhtäpitävyyttä että arviointien pitkäaikaista pysyvyyttä (Laaksonen ym., 2012).

Haastatteluissa annettiin tilaa potilaan omalle kerronnalle. Niissä käytettiin laadittuja pääkysymyksiä, joita seurantahaastattelussa oli yksitoista, sekä pääkysymysten tarkennuskysymyksiä välttämällä lisäkysymysten käyttöä. Sen sijaan haastateltavia kehoitettiin esimerkiksi kertomaan enemmän ja tarkemmin tai kertomaan yksityiskohta tai tapahtuma, jossa haastateltavan kuvaama muutos ilmeni (Ehrling, 2006).

Hyötyarvion taustalla olivat seurantahaastattelun vointiin ja muutoksiin liittyvät kysymykset. Liitteeseen 4 on koottu potilashaastattelun kaikki kysymykset (Ehrling, 2006).

Tämän tutkimuksen hyötyarvion muuttujia olivat terapiamuodot ja kokonaisyötyymuuttujat. Kaksiluokkaiset/dikotomiset terapiamuotomuuttujat kertoivat, oliko terapeutti antanut (1) vai ei (0) kutakin seuraavista: psykoanalyysi, pitkä psykodynaaminen psykoterapia, lyhyt psykodynaaminen psykoterapia ja voimavarasuuntautunut terapia.

Kokonaishyötymuuttuja kuvasi psykoterapiasta koettua hyötyä haastatteen arvioimana 12. kuukauden seurannassa. Muuttuja oli kahdeksanluokkainen: 7 = hyvin paljon, 6 = paljon, 5 = melko paljon, 4 = jonkin verran, 3 = melko vähän, 2 = vähän, 1 = hyvin vähän, 0 = ei lainkaan. Numeroarvioiden antamisen apuna oli tarkennettu kuvaus: 7 = erittäin paljon hyötyä, hoitoon hakeutumisen syynä olleet ongelmat poistuneet, elämä muuttunut ratkaisevasti tyydyttävämmäksi; 6 = paljon hyötyä, mutta ei aivan niin merkittävää kuin edellä kuvattu; 5 = melko paljon hyötyä, potilas melko tyytyväinen elämäänsä, vaikka edelleen on joitain merkittäviä oireita, ongelmia tai vaikeuksia; 4 = jonkin verran hyötyä, joitain myönteisiä muutoksia, mutta edelleen oireita, ongelmia ja vaikeuksia, edellistä enemmän tyytymättömyyttä itseensä tai elämäänsä; 3 = melko vähän hyötyä, pieniä muutoksia aikaisempaan, tilanne vain vähän helpottunut; 2 = vähän hyötyä, ajoittain pieniä myönteisiä muutoksia, tilanne pääasiallisesti ennallaan; 1 = ei juuri lainkaan hyötyä, edelleen paljon oireita, ongelmia tai vaikeuksia; 0 = ei mitään hyötyä, mikään ei helpottunut.

4 TULOKSET

4.1 Terapeuttien ominaisuuksien arvioitsijareliabiliteetit

Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää alkuperäisillä muuttujilla Eriksonin ja Kohutin teorioiden minän kehitykseen ja kykyihin perustuvien terapeuttien ominaisuuksia kuvaavien muuttujien arvioitsijareliabiliteettia. Kahden arvioitsijan välistä yhtäpitävyyttä edustavat Pearsonin korrelaatiokerroimet, jotka laskettiin osa-aineistolle (taulukko 1, n = 20).

TAULUKKO 1 Kahden arvioijan väliset Pearsonin korrelaatiot

Muuttuja	Pearson-korrelaatio
tahdonvoima	0,78
luovuus	0,90
tarkoituksellisuus	0,81
lamaantuminen-generatiivisuus	0,72
pätevyyden ja osaamisen tunne	0,54
rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen	0,77
viisaus (Erikson)	0,71
Toivo	0,80
viisaus (Kohut)	0,70
empatia, eläytyminen	0,37
epätoivo-integraatio	0,81
kyky huumoriin	0,65
huolenpito	0,52
rakkaus	0,63
uskollisuus	0,58
eristyneisyys-läheisyys	0,79

Kahden arvioitsijan välille lasketut Pearsonin korrelaatiot olivat vaihtelevia, suurin osa oli hyviä. Suurin yhtäpitävyys oli muuttujissa luovuus (0,90), toivo

(0,80) sekä tarkoituksellisuus (0,81). Korrelaatiot olivat suurelta osin korkeita, antaen riittävän luotettavuuden arviointien jatkotyöstöön.

TAULUKKO 2 Kahden arvioijan keskiarvot, keskihajonnat ja t-testin p-arvo

Muuttuja	Arvioitsija1 ka (kh)	Arvioitsija 2 ka (kh)	Ka-eron p-arvo
tahdonvoima	3,75 (1,45)	3,45 (1,28)	0,163
luovuus	3,50 (1,70)	3,45 (1,50)	0,772 ^a
tarkoituksellisuus	3,40 (1,19)	3,90 (1,41)	0,014
lamaantuminen-generatiivisuus	3,45 (1,47)	3,55 (1,15)	0,666 ^a
pätevyyden ja osaamisen tunne	3,70 (1,38)	4,40 (1,10)	0,019
rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen	3,50 (1,28)	3,55 (1,15)	0,789
viisaus (Erikson)	3,80 (1,28)	3,75 (1,16)	0,815
Toivo	3,15 (1,14)	3,20 (0,95)	0,748
viisaus (Kohut)	3,65 (1,27)	3,40 (0,99)	0,234
empatia, eläytyminen	3,45 (1,50)	4,40 (1,35)	0,016
epätoivo-integraatio	3,85 (1,23)	3,85 (1,14)	1,000
kyky huumoriin	3,05 (1,23)	3,05 (1,32)	1,000
huolenpito	3,85 (1,57)	4,40 (1,19)	0,094 ^a
rakkaus	3,35 (1,31)	3,65 (1,31)	0,249
uskollisuus	3,65 (1,42)	4,10 (1,08)	0,107 ^a
eristyneisyys-läheisyys	2,95 (1,19)	3,30 (1,08)	0,049

^aVarianssit eroavat toisistaan, $p < 0,05$

Muuttujien keskiarvot (taulukko 2) vaihtelivat välillä 3,05–4,40, ja tilastollisesti merkitseviä arvioitsijoiden välisiä eroja löytyi neljä: tarkoituksellisuus, pätevyyden ja osaamisen tunne, empatia, eläytyminen ja eristyneisyys-läheisyys. Näissä arvioitsija 2 antoi keskimäärin korkeampia arvoja. Muuttujien keskihajonnat vaihtelivat välillä 0,95–1,70, ja 1. arvioitsijan hajonta oli tilastollisesti merkitsevästi suurempaa muuttujissa luovuus, lamaantuminen-generatiivisuus, huolenpito ja uskollisuus. Yksittäiset arviot vaihtelivat kaikissa muuttujissa asteikon kaikilla mahdollisilla arvoilla 1–7.

4.2 Terapeutin ominaisuuksia kuvaavien muuttujien tiivistäminen

Muuttujien väliset korrelaatiot olivat suurelta osin korkeita (taulukko 3), joten muuttujien tiivistämiselle korrelaatioiden perusteella oli hyvät edellytykset. Alkuperäisistä muuttujista tehtiin pääkomponenttianalyysi varimax-rotatiolla, joka tuotti sisällöllisesti tulkinnallisesti kolme hyvää pääkomponenttia (faktoria). Jatkossa rotatoituun pääkomponenttiin viitataan sanalla faktori ja pääkomponenttipistemääriin sanalla faktoripisteet. Faktoriratkaisu selitti 69,1 % muuttujien varianssista. Muuttujien tiivistämistä kokeiltiin myös erilaisilla fak-

torointimenetelmällä, mutta tulkinnallisesti paras ratkaisu saatiin pääkomponenttimenetelmällä.

TAULUKKO 3 Terapeuttien ominaisuuksia kuvaavien muuttujien väliset korrelaatiot (Pearson)

Muuttuja	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	31	32	33	
12	1,00															
13	0,23	1,00														
14	0,68	0,38	1,00													
15	0,35	0,31	0,39	1,00												
16	0,55	0,33	0,73	0,33	1,00											
17	0,55	0,34	0,72	0,34	0,65	1,00										
18	0,75	0,27	0,61	0,30	0,53	0,60	1,00									
19	0,65	0,23	0,55	0,28	0,43	0,60	0,79	1,00								
20	0,60	0,22	0,55	0,18	0,52	0,52	0,61	0,64	1,00							
21	0,41	0,41	0,62	0,26	0,53	0,68	0,36	0,47	0,44	1,00						
22	0,43	0,33	0,50	0,31	0,44	0,42	0,39	0,37	0,34	0,68	1,00					
23	0,38	0,18	0,32	0,25	0,34	0,40	0,25	0,36	0,26	0,52	0,68	1,00				
24	0,57	0,31	0,59	0,36	0,70	0,55	0,63	0,58	0,52	0,51	0,55	0,50	1,00			
31	0,39	0,48	0,51	0,30	0,48	0,56	0,32	0,29	0,38	0,68	0,64	0,50	0,45	1,00		
32	0,82	0,21	0,70	0,28	0,59	0,65	0,70	0,62	0,66	0,53	0,40	0,41	0,55	0,52	1,00	
33	0,44	0,45	0,68	0,35	0,59	0,73	0,53	0,50	0,51	0,58	0,41	0,38	0,54	0,57	0,61	1,00

Kun korrelaatio on yli 0,25, $p < 0,05$, yli 0,31, $p < 0,01$, ja yli 0,39, $p < 0,001$.

Muuttujat: 12 = luovuus, 13 = empatia, eläytyminen, 14 = rajojen hyväksyminen ja tunnustaminen, 15 = kyky huumoriin,

16 = viisaus (Kohut), 17 = toivo, 18 = tahdonvoima, 19 = tarkoitukseisuus, 20 = pätevyys ja osaamisen tunne,

21 = uskollisuus, 22 = rakkaus, 23 = huolenpito, 24 = viisaus (Erikson), 31 = eristyneisyys-läheisyys, 32 = lamaantumisen-generatiivisuus,

33 = epätoivo-integraatio

TAULUKKO 4 Pääkomponenttianalyysin varimax-rotatoidut lataukset

Muuttujat	Faktori 1	Faktori 2	Faktori 3
tahdonvoima	0,87	0,19	0,09
luovuus	0,83	0,14	0,22
tarkoituksellisuus	0,81	0,12	0,20
lamaantuminen-generatiivisuus	0,80	0,23	0,27
pätevyyden ja osaamisen tunne	0,75	0,18	0,15
rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen	0,64	0,54	0,22
viisaus (Erikson)	0,60	0,29	0,42
Toivo	0,59	0,54	0,27
viisaus (Kohut)	0,56	0,50	0,24
empatia, eläytyminen	0,02	0,80	0,11
epätoivo-integraatio	0,48	0,64	0,23
kyky huumoriin	0,20	0,51	0,12
huolenpito	0,21	0,03	0,87
rakkaus	0,23	0,25	0,84
uskollisuus	0,30	0,48	0,63
eristyneisyys-läheisyys	0,18	0,57	0,60

Faktorit kuvailtiin faktoriin sisältyvien muuttujien alkuperäisten, keskeisimpien määrittelyjen mukaan (Erikson ja Kohut). Faktori 1, *Luova tahdonvoima*, koostui yhdeksästä muuttujasta (taulukko 4): tahdonvoima, luovuus, tarkoituksellisuus, lamaantuminen-generatiivisuus, pätevyyden ja osaamisen tunne, rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen, viisaus (Erikson), toivo ja viisaus (Kohut). Faktoria kuvattiin seuraavilla terapeutia kuvailevilla määritteillä: kyky itsenäisiin ratkaisuihin, omien rajojen tunteminen, pitkäjänteisyys ja täsmällisyys, toivo elämän perimmäisenä mielenlaatuna, perusmyönteinen, rauhallinen ote elämään sekä luomisen realismi omien voimien ja ajankäytön suhteen. Faktoriin sijoittui kaksi viisauksikäsitettä, sekä Kohutin että Eriksonin määrittelemät. Kohutin viisaus nimettiin tarkemmin vakaaksi suhtautumiseksi elämään ja kuolemaan, ja Eriksonin viisaus tarkoitti rajallisen elämän arvokkuutta. Faktorin Cronbachin alfa -reliabiliteetti oli 0,93.

Faktori 2, *Empatia, eläytyminen*, koostui kolmesta muuttujasta: empatia, eläytyminen, epätoivo-integraatio ja kyky huumoriin. Faktoria kuvailtiin seuraavilla terapeutia kuvailevilla määritteillä: kyky eläytyä toiseen, sisäinen mahdollisuus valita joko eläytyminen tai ei-eläytyminen, asettautuminen toisen asemaan riippumatta omista tarpeista, pohja eläytymiselle varhaisissa ihmissuhteissa (ihminen kykenee eläytymään vain, jos häneen on eläydytty), kyky hyväksyä omat vaillinaiset puolensa ja suhtautua itseän ja läheisiin huumorilla, anteeksi antaen. Faktorin reliabiliteetti oli 0,64.

Faktori 3, *Kyky läheiseen ihmissuhteeseen*, koostui neljästä muuttujasta: huolenpito, rakkaus, uskollisuus ja eristyneisyys-läheisyys. Faktoria kuvailtiin seuraavilla terapeutia kuvailevilla määritteillä: kyky huolehtia muista ja olla tarvittuna kumppanina, vanhempana ja työelämässä, tulevan sukupolven elämän eteenpäinvieminen, kyky solmia vastavuoroisia läheisiä ihmissuhteita,

jotka sisältävät eroottisuuden ja henkisyuden, sisäinen mahdollisuus uskolliseen sitoutumiseen. Faktorin reliabiliteetti oli 0,86.

4.3 Faktorien yhteydet demografisiin ja terapeuttipätevyysmuuttujiin

Terapeuttien ominaisuuksista tehdyn analyysin perusteella saatuja kolmea faktoria tarkasteltiin suhteessa demografisiin ja terapeuttipätevyysmuuttujiin (taulukko 5). Tarkasteltaessa faktoria Luova tahdonvoima suhteessa demografisiin tekijöihin saatiin kaksi tilastollisesti merkitsevää tulosta. Voimavarasuuntautuneilla terapeuteilla oli enemmän hieman rajatonta, ylikorostunutta Luovaa tahdonvoimaa ($F(2, 65) = 4,05, p = 0,022$) kuin vaativan erityistason ja erityistason psykoterapeuteilla. Terapeuteilla, jotka tekivät voimavarasuuntautunutta terapiaa ($F(1, 66) = 7,77, p = 0,007$), oli ylitsevuotavammin Luovaa tahdonvoimaa kuin niillä, jotka eivät sitä tehneet.

Tarkasteltaessa faktoria Empatia, eläytyminen suhteessa demografisiin ja terapeuttitekijöihin saatiin yksi merkitsevä tulos. Voimavarasuuntautunutta terapiaa tehneillä oli vähemmän empatiaa kuin niillä, jotka eivät sitä tehneet ($F(1, 66) = 4,30, p = 0,042$).

Tarkasteltaessa faktoria 3 Kyky läheiseen ihmissuhteeseen suhteessa demografisiin ja terapeuttitekijöihin löydettiin vain yksi merkitsevä tulos. Terapeutin perhetilanteella ja Kyvyllä läheiseen ihmissuhteeseen oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($F(2, 60) = 5,77, p = 0,005$). Terapeuteilla, jotka asuivat yksin yhden tai useamman alaikäisen lapsen kanssa oli selvästi vähemmän Kykyä läheiseen ihmissuhteeseen kuin niillä, jotka asuivat yhdessä avio-/avopuolison kanssa tai jotka asuivat yhdessä avio-/avopuolison ja yhden tai useamman alaikäisen lapsen kanssa.

Seuraavassa vaiheessa katsottiin, voidaanko faktoripisteiden perusteella ryhmitellä terapeutit ominaisuuksiltaan samankaltaisiin ryhmiin.

TAULUKKO 5 Terapeuttien demografisten ja terapeuttitekkijöiden yhteydet faktoripisteisiin (keskiarvot ja -hajonnat, F-testi parivertailuin)

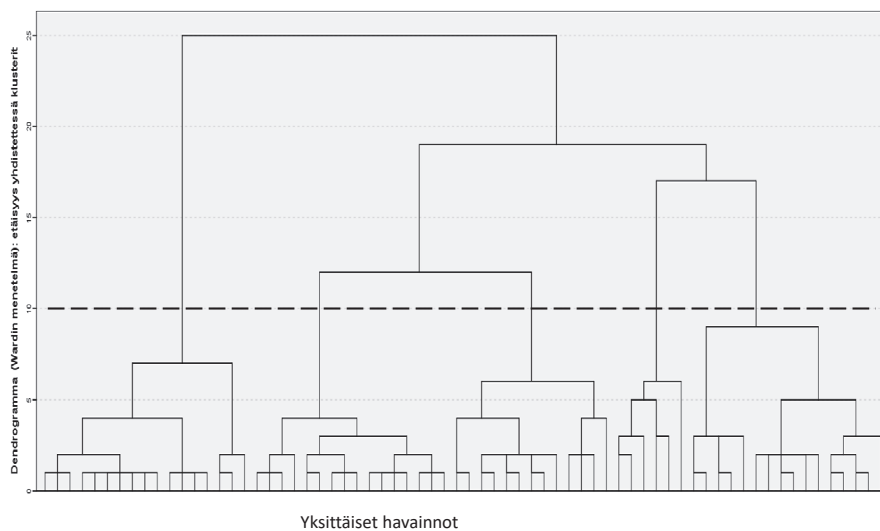
Demografiset ja terapeuttitekkijät		n	Faktori 1 Luova tahdon- voima ka (kh)	F-testi ja tarkentavat parivertailut	Faktori 2 Empatia, eläytyminen ka (kh)	F-testi ja tarkentavat parivertailut	Faktori 3 Kyky läheiseen ihmiseen suhteeseen ka (kh)	F-testi ja tarkentavat parivertailut
Ikä								
<45 v (1)	15	-0,00 (0,99)	F(3, 63) = 1,01, p = 0,393	0,01 (1,08)	F(3, 63) = 0,13, p = 0,944	0,39 (1,12)	F(3, 63) = 1,52, p = 0,218	
45-49 v (2)	22	-0,31 (0,77)		0,01 (0,75)		-0,14 (0,79)		
50-54 v (3)	16	0,19 (1,03)		0,02 (0,93)		0,19 (1,02)		
>54 v (4)	14	0,07 (1,02)		0,19 (1,04)		-0,28 (1,02)		
Sukupuoli								
- nainen (1)	46	-0,06 (0,97)	F(1, 66) = 0,58, p = 0,449	0,01 (0,93)	F(1, 66) = 0,02, p = 0,881	-0,08 (0,94)	F(1, 66) = 0,85, p = 0,359	
- mies (2)	22	0,13 (1,06)		-0,03 (1,16)		0,16 (1,11)		
Terapeuttipätevyys								
- vaativa erityistaso (1)	47	-0,06 (0,91)	F(2, 65) = 4,05, p = 0,022	0,00 (0,86)	F(2, 65) = 2,75, p = 0,071	-0,13 (0,90)	F(2, 65) = 1,30, p = 0,280	
- erityistaso (2)	15	-0,24 (0,99)	1, 2 < 3	0,32 (0,89)		0,31 (1,17)		
- voimavarakeskeinen (3)	6	1,04 (1,25)		-0,79 (1,84)		0,25 (1,24)		
Ammatillinen peruskoulutus								
- psykologi (1)	49	-0,07 (1,01)	F(2, 65) = 1,11, p = 0,335	-0,06 (0,94)	F(2, 65) = 0,96, p = 0,390	-0,08 (0,89)	F(2, 65) = 0,49, p = 0,616	
- lääkäri (2)	12	-0,04 (1,02)		0,35 (1,11)		0,19 (1,40)		
- muu (3)	7	0,53 (0,82)		-0,18 (1,22)		0,21 (1,05)		

Demografiset ja terapeuttitekiöt	n	Faktori 1 Luova tahdon- voima ka (kh)	F-testi ja tarkentavat parivertailut	Faktori 2 Empatia, eläytymis- nen ka (kh)	F-testi ja tarken- tavat parivertai- lut	Faktori 3 Kykä lähei- seen ihmis- suhteeseen ka (kh)	F-testi ja tarkenta- vat parivertailut
Terapiamuoto							
- lyhyt psykodynaaminen ei tee (0)	56	0,01 (1,01)	F(1, 66) = 0,01, p = 0,918	0,00 (1,02)	F(1, 66) = 0,00, p = 0,952	-0,05 (1,02)	F(1, 66) = 0,73, p = 0,396
tekee (1)	12	-0,03 (1,00)		-0,02 (0,93)		0,22 (0,90)	
- pitkä psykodynaaminen ei tee (0)	29	0,15 (1,09)	F(1, 66) = 1,17, p = 0,282	-0,26 (1,11)	F(1, 66) = 3,51, p = 0,065	0,06 (1,00)	F(1, 66) = 0,16, p = 0,695
tekee (1)	39	-0,11 (0,92)		0,19 (0,88)		-0,04 (1,01)	
- voimavara-suuntautunut ei tee (0)	62	-0,10 (0,92)	F(1, 66) = 7,77, p = 0,007	0,08 (0,87)	F(1, 66) = 4,30, p = 0,042	-0,02 (0,98)	F(1, 66) = 0,41, p = 0,526
tekee (1)	6	1,04 (1,25)		-0,79 (1,84)		0,25 (1,24)	
- psykoanalyysi ei tee (0)	40	0,07 (1,04)	F(1, 66) = 0,47, p = 0,494	0,03 (1,13)	F(1, 66) = 0,06, p = 0,802	0,08 (0,98)	F(1, 66) = 0,57, p = 0,455
tekee (1)	28	-0,10 (0,95)		-0,04 (0,80)		-0,11 (1,03)	

Demografiset ja terapeuttitekiäjät	n	Faktori 1 Luova tahdon- voima ka (kh)	F-testi ja tarkentavat parivertailut	Faktori 2 Empatia, eläytyminen ka (kh)	F-testi ja tarkentavat parivertailut	Faktori 3 Kyky läheiseen ihmiseen suhteeseen ka (kh)	F-testi ja tarkentavat parivertailut
Kokemusvuodet:							
yleinen terapeuttikokemus alle 10 v (1)	7	0,33 (1,54)	F(3, 64) = 0,79, p = 0,502	-0,51 (1,42)	F(3, 64) = 0,86, p = 0,467	-0,15 (0,89)	F(3, 64) = 1,97, p = 0,127
10-14 v (2)	16	-0,06 (0,80)		0,10 (1,05)		0,34 (1,34)	
15-19 v (3)	25	-0,19 (0,81)		-0,06 (0,86)		0,14 (0,85)	
20 ja yli 20 v (4)	20	0,18 (1,15)		0,17 (0,97)		-0,40 (0,81)	
Terapeutin vanhempien peruskoulu-							
tus							
- kansakoulu tai vähemmän (1)	27	0,04 (1,10)	F(2, 64) = 0,49, p = 0,614	-0,03 (1,20)	F(2, 64) = 0,30, p = 0,743	-0,18 (0,90)	F(2, 64) = 1,96, p = 0,150
- keskkoulu tai peruskoulu (2)	10	-0,28 (0,46)		0,23 (0,89)		0,55 (1,14)	
- ylioppilastutkinto (3)	30	0,08 (1,05)		-0,04 (0,87)		-0,01 (1,02)	
Terapeutin perhetilanne							
- asuu yksin tai alaikäisen lapsen/lasten kanssa (1)	11	-0,13 (1,21)	F(2, 60) = 0,19, p = 0,832	0,59 (1,15)	F(2, 60) = 2,83, p = 0,067	-0,69 (0,75)	F(2, 60) = 5,77, p = 0,005
- asuu yhdessä avio-/avopuolison kanssa (2)	16	0,12 (1,19)		-0,33 (1,01)		-0,30 (1,07)	1 < 3
- asuu yhdessä avio-/avopuolison ja alaikäisen lapsen/lasten kanssa (3)	36	0,04 (0,91)		-0,04 (0,94)		0,29 (0,90)	

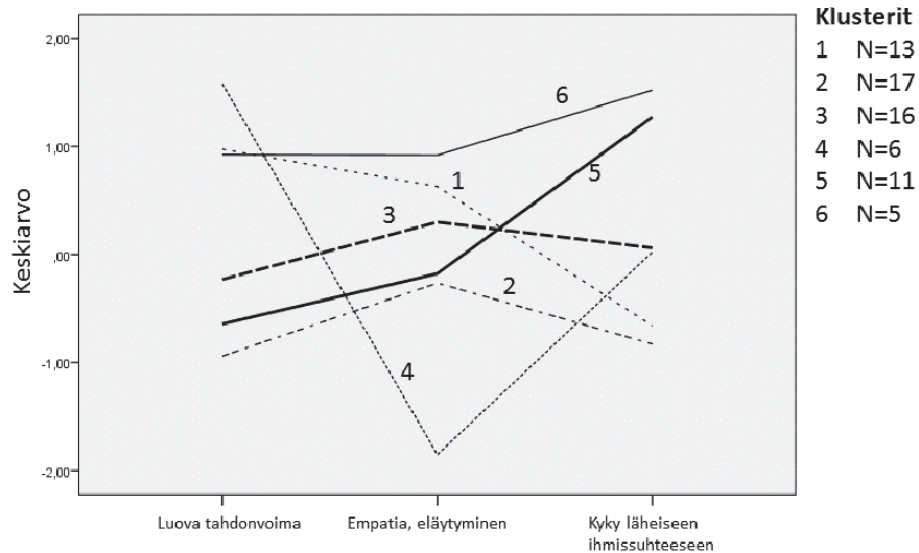
4.4 Terapeuttien klusterianalyysi

Terapeuttien ominaisuuksia kuvaavat faktoripistemäärät olivat muuttujina klusterianalyysissä. Menetelmänä käytettiin hierarkkista Wardin menetelmää ja etäisyysmittana euklidisen etäisyyden neliötä. Kuviossa 1 on esitetty ryhmien etäisyydet yhdistettäessä kaksi ryhmää tai havaintoa keskenään. Dendrogramman perusteella mahdollisia tarkasteltavia ryhmäratkaisuja olisivat 4–7 ryhmän ratkaisut.



KUVIO 1 Wardin ryhmittelymenetelmää vastaava dendrogramma

Sisällöllisen tulkinnan pohjalta päädyttiin esittämään kuuden klusterin ratkaisu. Kuviossa 1 klusterit ovat järjestyksessä vasemmalta oikealle: kaksi, kolme, yksi, neljä, kuusi, viisi. Klusteriin yksi kuului 13 terapeuttia, klusteriin kaksi 17 terapeuttia, klusteriin kolme 16 terapeuttia, klusteriin neljä 6 terapeuttia, klusteriin viisi 11 terapeuttia ja klusteriin kuusi 5 terapeuttia. Kuviossa 2 on esitetty kuuden klusterin faktoripisteiden keskiarvot (koko aineiston keskiarvo = 0 ja keskihajonta = 1).



KUVIO 2 Kuuden klusterin faktoripisteiden keskiarvot

Keskiarvojen perusteella eri klusterien terapeutteja kuvailtiin (verrattuna koko keskiarvoon) seuraavasti:

Klusteri 1: Terapeuttien Luova tahdonvoima oli korkea, samoin Empatia, eläytyminen, mutta Kyky läheisiin ihmissuhteisiin melko matala.

Klusteri 2: Terapeuttien Luova tahdonvoima oli matala, samoin Kyky läheiseen ihmissuhteeseen ja Empatia, eläytyminen matalahko.

Klusteri 3: Terapeuttien Luova tahdonvoima oli hieman alle keskitason, Empatia, eläytyminen hieman yli keskitason ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keskitasoa.

Klusteri 4: Terapeuttien Luova tahdonvoima oli erittäin korkea, Empatia, eläytyminen erittäin matala ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keskitasoa.

Klusteri 5: Terapeuttien Luova tahdonvoima oli reilusti alle keskitason, Empatia, eläytyminen matalahko ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin erittäin korkea.

Klusteri 6: Terapeuttien Luova tahdonvoima oli korkea, samoin Empatia, eläytyminen ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin erittäin korkea.

4.5 Terapeuttiominaisuuksien laadullinen kartoitus

4.5.1 Faktoripisteistä saatujen klustereiden laadullinen kuvaus

Laadullisessa kartoituksessa päädyttiin käyttämään faktoripisteistä tehdystä klusteroinnista saatuja kuutta klusteria. Terapeuttipätevyys klustereittain on esitetty taulukossa 6.

TAULUKKO 6 Terapeuttipätevyys klustereittain; n (%)

Klusteri	VET	ET	Voimavarakeskeinen	Yhteensä
1	9 (19,1)	3 (20,0)	1 (16,7)	13 (19,1)
2	14 (29,8)	3 (20,0)	0 (0)	17 (25,0)
3	12 (25,5)	3 (20,0)	1 (16,7)	16 (23,5)
4	3 (6,4)	0 (0)	3 (50,0)	6 (8,8)
5	5 (10,6)	5 (33,3)	1 (16,7)	11 (16,2)
6	4 (8,5)	1 (6,7)	0 (0)	5 (7,4)
Yhteensä	47 (100)	15 (100)	6 (100)	68 (100)

Faktoripistemääristä muodostettuja klustereita tarkasteltiin laadullisesti. Jokaiseen kuuteen klusteriin kerättiin siihen kuuluvien terapeuttien kuvailut siitä, minkä tunnelman terapeutti loi haastattelutilanteessa. Kuvailut teki videoidun haastattelun pohjalta arvioinnit tehnyt arvioitsija, joka oli myös haastattelija. Klustereiden kuvailuissa säilytettiin aitouden turvaamiseksi arvioitsijan alkuperäiset sanat ja epätäydelliset lausemuodot, jotka ovat lainausmerkeissä.

Ensimmäinen klusteri

Ensimmäisessä klusterissa oli 13 terapeuttia. Klusterissa Luova tahdonvoima oli korkea, samoin Empatia, eläytyminen ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin melko matala. Laadullisen aineiston perusteella ensimmäiselle klusterille annettiin nimeksi "varauksellinen pohtivuus, rajoja hipova hallitsevuus, hento vuorovaikutuksellisuus". Klusteri sisälsi neljä terapeutteja kuvailevaa sisältöluokkaa.

Ensimmäistä sisältöluokkaa voidaan kuvailla "varaukselliseksi pohtivuudeksi". Lähes kaikkien (12/13) klusteriin kuuluneiden terapeuttien luonnehdintoja sijoittui tähän sisältöluokkaan. Sisältöluokkaa kuvailevat esimerkiksi luonnehdinnat "tarkka, kriittinen haastattelun alussa, syvenee aste asteelta, uskaltautui elämyksellisempään kerrontaan viimeisen puolen tunnin aikana", "pohtii itsekseen, ei niinkään mukaan ottaen", "alussa vetäytyi korostuneesti".

Toisen sisältöluokan terapeutteja (11/13) kuvaa "hento tunnetason vuorovaikutuksellisuus", esimerkkeinä "pintatasolla helppo olla kontaktissa", "ei

vuorovaikutuksellisuuden todellista tuntua”, ”henkilökohtaisemmissa ilmaisuissa varauksellisempi, etäisempi”.

Kolmas sisältöluokka (8/13 terapeuttia) koostuu ”rajattomasta, salakavalasta terapeutin koukuttavuudesta”, esimerkiksi ”kuvittelee elävänsä terveenä 90 v asti”, ”tunne, että terapeutti yrittää valloittaa minua puolelleen”, ja muutamien terapeuttien kohdalla ”menin (haastattelijana) parissa kohdin ajan yli ja tein muutaman lisäkysymyksen”.

Neljättä sisältöluokkaa (7/13 terapeuttia) kuvaa ”mitätöivä hallitseva kontrollointi”, esimerkiksi ”määräävä piiloisella tavalla”, ”omnipotenttisuutta”, ”jotakin mitätöivää hallitsevuutta”.

Toinen klusteri

Toisessa klusterissa oli 17 terapeuttia. Klusterissa Luova tahdonvoima oli matala, samoin Kyky läheiseen ihmissuhteeseen, ja Empatia, eläytyminen matalahko. Laadullisen aineiston perusteella toiselle klusterille annettiin nimeksi ”mitätöivä aggressiivisuus, yksinäisen etäinen ahdistunut rajattomuus”. Klusteri sisälsi neljä terapeutteja kuvailevaa sisältöluokkaa. Tässä klusterissa valittiin mukaan myös neljäs sisältöluokka, jossa oli alle puolet kyseisen sisältöluokan terapeuteista, ja se oli rajuudessaan huomiota herättävä.

Ensimmäistä sisältöluokkaa (15/17 terapeuttia) kuvaa ”mitätöivä, avoin tai piilotettu aggressiivisuus”, esimerkiksi ”nukuttava tunnelma, väsyttää hidastempoisuus, verkkaisuus, uuvuttaa”, ”salakavalalla tavalla lipevä”, ”kantanut raivoa, pettymystä, mitättömyyttä sisällään”, ”kuvottava”, ”missä kiukku, raivo?”, ”takakireys ja jäynäinen katkeruus”, ”unelias tunnelma”, ”nukahdin nauhaa katsellessa (...) varhain vaille jäänyt, mitätöity”, ”missä piilossa viha, masennus”, ”letkautteli pienin sanonnoin”, ”vihan vastatunteita”, ”tutkiskeli itseään ironisesti, kalseaa masentuneisuutta”, ”uuvuttava kylmä tunnelma”, ”luo etäistävän töks töks -tunnelman”.

Toisenkin sisältöluokan terapeutit (15/17) saivat toistensa kanssa hyvin samanlaisia luonnehdintoja. Sisältöluokkaa kuvaa ”pudotetuksi tulemisen katkoksellisuus” (selvennys: vanhemman mielenkannattelun epäjohdonmukaisuudesta johtuva seuraamus varhaislapsuudessa) ja ”ahdistunut innottomuus”, esimerkiksi ”menetyksen pelko”, ”alussa ahdistava tunnelma (...) liimaista takertuvuutta”, ”vastatunteissani tunsin terapeutin ahdistuneisuuden (...) alussa jännittynyt, naureskeli”, ”joutunut pärjäämään ei-suojatusti liian varhain”, ”sekava maailma”, ”varhaisia pudotuksia (...) rytmi verkkainen”, ”herkkä rytmin vaihteluille, innottomuus”, ”miten erillistynyt?”, ”avuttomuuden pelko, pakonomaisuus”, ”masentunut – lasten kotoalähtö”.

Kolmannen sisältöluokan terapeutteja (13/17) kuvaa ”yksinäisyys, etäisyys”, esimerkiksi ”on läsnä, mutta jokin etäisyys säilyy (...) yksinäinen”, ”jotain autiutta, elotonta, tyhjää, etäinen?”, ”yksinäinen sisältä”, ”ihmissuhdekuvailet niukkoja, ei elossa”, ”itsensä lemmikki, itseensä jo varhain käpertynyt”, ”ei asettautunut läsnä olevaksi, piti etäällä”, ”false self”, ”tunnekosketus hento”, ”eristyneisyys”, ”yksinäinen”, ”jäykkä”, ”kylmä tunnelma”, ”ei katso kuin sil-

loin tällöin (...) pitää etäisyyttä (ihmisiin) (...) kokee näännyttävältä olla tarpeellinen”.

Kolmen sisältöluokan lisäksi oli myös useita havaintoja (7/17), joissa terapeutteja luonnehti ”salakavaluus, rajattomuus”, esimerkiksi ”pelottava onttous, salakavaluus, outoja rajanylityksiä”, ”pelko rajattomuudesta?”, ”hetkittäin rajatonta yhdessäoloa, mm. vanhemmat”, ”ns. itsetuhoinen, sekava maailma, rajattomuutta”, ”syvästi rajaton”, ”räjähdysalttiisuus aavisteltavissa”, ”ajatus ns. katkeili, jokin salaisuus?”

Kolmas klusteri

Kolmannessa klusterissa oli 16 terapeuttia. Klusterissa Luova tahdonvoima oli hieman alle keskitason, Empatia, eläytyminen hieman yli keskitason ja Kyky läheiseen ihmissuhteeseen keskitasoa. Laadullisen aineiston perusteella kolmannelle klusterille annettiin nimeksi ”vaikeiden tunteiden hankaluus, innottomuus – rauhallinen pohtivuus”. Klusteri sisälsi kaksi selvää isoa sisältöluokkaa.

Ensimmäisen sisältöluokan terapeutteja (15/16) kuvaa ”negatiivisten tunteiden puuttuminen, alavireisyys, innottomuus”, esimerkiksi ”jonkinlainen alavireisyys”, ”jonkinlainen innottomuus”, ”jokin uuvuttavuus”, ”loppua kohti alkaa vastatunteissa ärsyttää jokin ns. liian hyvä tunnelma, vaikeat asiat jotenkin liian elämään kuuluvia”, ”täysin tyhjä olo katselun jälkeen”, ”negatiivisten tunteiden ilmaisu ja niihin uskallus hyvin vaikeaa”, ”negatiivisten tunteiden vaikeus ja jokin tunnekosketuksen hentous”, ”herätti kummastuneita vihaoloja minussa (arvioijana), etäännytti unettavalla äänellä”, ”liian pärjäävä, avuttomuuden hyväksyminen vaikeaa”, ”missä negatiiviset tunteet?”.

Toisen sisältöluokan terapeutteja (13/16) kuvailee ”rauhallisuus, pohtivuus” (oman hoidon merkitys), esimerkiksi ”luo rauhallisen pohtivan tunnelman”, ”tutkailee itseään avoimesti, oman hoidon merkitys”, ”analysoi myös läheisiä ihmissuhteitaan, oman hoidon merkitys”, ”miellyttävä, rauhallinen, työstänyt paljon itseään”, ”kuvaili paljon oma-aloitteisesti”, ”rauhallinen, asettunut olo”, ”rauhallinen, tasapainoinen”.

Neljäs klusteri

Neljännessä klusterissa oli kuusi terapeuttia. Klusterissa terapeuttien Luova tahdonvoima oli erittäin korkea, Empatia, eläytyminen erittäin matala ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keskitasoa. Laadullisen aineiston perusteella neljännelle klusterille annettiin nimeksi ”hennon eläytymiskyvyn ja vuorovaikutuksellisuuden omaehtoinen etäistävyys”. Klusteri sisälsi neljä terapeuttia kuvailevaa sisältöluokkaa. Kahdessa ensimmäisessä sisältöluokassa olivat mukana kaikki klusterin terapeutit.

Ensimmäisen sisältöluokan terapeutteja (6/6) kuvaa ”outo epämääräinen tunne, hento eläytymiskyky ja vuorovaikutuksellisuus”, esimerkiksi ”vuorovaikutuksellisuus lähes olematonta”, ”hento eläytymiskyky, vuorovaikutuksel-

lisuus", "korostuneen rationaalinen työskentely, empaattinen kosketus hentoa", "outu, epämääräinen tunnelma, lintu vai kala", "pudotuksen tunteita" (arvioijassa).

Toista sisältöluokkaa (6/6 terapeuttia) luonnehtii "vaikeiden tunteiden kohtaamisen vaikeus", esimerkiksi "provosoi ärsyyntymään, torjuu mielen tunteensa, eritoten läheisyyden ja raivon", "vaikea kestää hankalia asioita", "koen (arvioijana) raivon tunteita vastatunteissani", "liian helpon olemisen vaikutelma, negatiiviset tunteet?", "koen (arvioijana) vastatunteissani epämääräistä tulkaluutta - josko vakavissaan lainkaan?", "kiltti, unohtaa helposti huonot asiat".

Kolmatta sisältöluokkaa (5/6 terapeuttia) kuvailee "ihon alle tunkeva omaehtoisuus", esimerkiksi "kontrolloiva, varuillaan oleva, omaehtoinen", "ihon alle haikaileva", "ehdottomuus", "määräävän tunkeva salakavalalla tavalla", "omaehtoinen".

Neljännän sisältöluokan terapeutteja (3/6) kuvaa "etäisyys, etäistävyys, etäistävä tunnelma", esimerkiksi "piti etäisyyttä tarkoin varjellen", "tähän asti etäistävin", "koko haastattelua sävytti tunne-etäisyys, korostuneen rationaalinen työskentely".

Viides klusteri

Viidennessä klusterissa oli 11 terapeuttia. Tässä klusterissa terapeuttien Luova tahdonvoima oli reilusti alle keskitason, Empatia, eläytyminen oli matalahko ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin erittäin korkea. Laadullisen aineiston perusteella viidennelle klusterille annettiin nimeksi "rauhallisen verkkaisuuden ja hankalien tunteiden niukkuuden riippuvaissävyinen lämpö". Klusteri sisälsi neljä sisältöluokkaa.

Ensimmäisen sisältöluokan terapeutteja (11/11) kuvaa "rauhallisuus, asiallisuus, helppous, mikä sisältää myös ns. liikahelppouden olla haastattelutilanteessa". Kaikkien (11/11) klusteriin kuuluvien terapeuttien luonnehdintoja sijoittui tähän sisältöluokkaan, esimerkiksi "helppo olla" (haastattelijan kokema tunnelma, 6/11 terapeuttia), "neutraalisuus", "rauhallinen tunnelma", "rauhallinen" (5/11), "tyytyväinen, varovaisuus", "asiallinen".

Toisen sisältöluokan terapeutteja (9/11) kuvaa "tunteiden, erityisesti vihantunteiden niukkuus, piiloaggressiivisuus", esimerkiksi "etäälläoloa", "neutraalisuus", "ns. tyytyväinen - missä vihantunteet?", "alla enemmänkin kriittisyyttä, vihaa peittyy syyllisyyden alle?", "hallitsi liikarauhallisuudella tasaisesti etenevästi", "taustalla jäynävä viha", "puhuiko osan tunteista pois", "liiankin kiltin rauhallista".

Kolmannessa sisältöluokassa (8/11) on "verkkaan hidasta, ns. yksinkerrontaa", esimerkiksi, "kertoo itse verkkaisesti ja mieltien", "alkuun lyhytvastauksinen, rytmitön tunnelma", "alussa vaikea lähteä haastateltavaksi, lyhyitä vastauksia, hohhoijaa-tunnelma", "tarkkaileva", "ajoittain ärsytti liika verkkaisuus" (arvioijan vastatunne), "etäinen yksinmieltijä".

Neljättä sisältöluokkaa (6/11 terapeuttia) kuvaa "hieman läheisissä ihmissuhteissa", esimerkiksi, "lapsuuteen takertumista oli riippuvaissävyinen lämpö

haastattelun yleissävyyssä voimakkaasti”, ”puhui miehestään ja lapsistaan lämpimään sävyyn”, ”kiinni lapsuuden vanhemmissa (...) itsenäistymisrempaisuja (...) viihtyy miehen seurassa”, ”liian riippuva miehestä (...) perhekeskeinen, lapset tärkeitä”, ”riippuvaissävytteisiä suhteita”, ”vaikea irrottautua lapsista, sitova”.

Kuudes klusteri

Kuudennessa klusterissa oli viisi terapeuttia. Klusterin terapeuttien Luova tahdonvoima oli korkea, samoin Empatia, eläytyminen, ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin erittäin korkea. Oma kokemukseni tästä klusterista: ”ns. vähän ylipursuavaa, mutta positiivista.” Laadullisen aineiston perusteella kuudennelle klusterille annettiin nimeksi ”elossaolevan ylivuolauden hieman omaehtoinen riippuvainen läheisyys”. Klusterissa muodostui kolme selvää sisältöluokkaa, joissa kussakin oli mukana kaikkien viiden terapeutin luonnehdintoja.

Ensimmäistä sisältöluokkaa (5/5 terapeuttia) kuvaa ”elossaolevuus, avoimuus, prosessiin lähtö kyselemättä, hieman ylivuolaastikin”, esimerkiksi ”elossaoleva, mukaansatempaava, asiat tulivat paljolti kyselemättä”, ”viehättävä, asiallinen, kertoi elävästi”, ”lähti prosessiin avoimesti, useat asiat tulivat kyselemättä”, ”avoin, alkuun pohdiskelevaa”, ”puhuu minulle, mutta etenee laajoja kehii”.

Toista sisältöluokkaa (5/5 terapeuttia) voidaan kuvata sanoilla ”positiivisuutta, mutta hieman omaehtoisen ylipursuavaa ”överiä”, esimerkiksi ”helposti eläydyttävää mielenmaisemaa, kosketuksissa itseen (...) ajoittain hieman ylivuolas kerronta”, ”besserwiserityylinen (...) puhuuko minulle? (...) työajan rajaamisessa pohdittavaa (...) jokin itsekeskeisyys”, ”kerronta elävää, kuvailevaa, mutta jotenkin omaehtoisen avointa”, ”aavisteltavissa, että syvällä varuillaan oleva, omaehtoinen pikkutyttö (...) myöhemmin yksinpuhelua, joka väsytti (arvioitsijaa)”, ”innokkuus plussaa, mutta kääntyi rajattomuuden puolelle”.

Kolmatta sisältöluokkaa (5/5 terapeuttia) on vaikeaa kuvailla, mutta keskeisenä ”läheiset ihmissuhteet merkityksellisiä, mutta symbioottisävyisiä, hieman etäistävän tunnelmaisista”, esimerkiksi ”miten olisi kokenut direktiivisemmän kyselyn (haastattelijan kysyvä tulkinta) (...) suru ja ikävät asiat jotenkin piilossa, oli isälle joku (isä kuoli, kun pieni), ei sylikokemuksia äidin kanssa (...) (...) onnellinen tähti johdatti onnelliseen avioliittoon (...) napanuora sahattiin poikki (lasten lähtiessä)”, ”puhui kuin itsekseen (...) soittaa lähes joka ilta aikuisille lapsilleen”, ”sitkeä taistelija, joka puhui tunteistaan ihmisiä kohtaan vähän (...) melko symbioottinen suhde aikuisiin lapsiinsa”, ”näennäisen positiivinen, mutta osaa kuitenkin ottaa kontaktia”.

4.5.2 Laadullinen kuvaus oman psykoterapian merkityksestä työlle ja elämälle

Terapeuttien haastatteluvastauksia kysymykseen ”Mikä on oman hoidon merkitys työlle ja elämälle?” tarkasteltiin laadullisesti sisältöanalyysia käyttäen. Kartoitettiin useimmiten esiintyviä kuvailuja ja adjektiiveja läpi aineiston. Vas-

taukset olivat läpeensä, muutamaa vastausta lukuun ottamatta, hyvin myönteisiä. Terapeuttien vastauksista erottui neljä kuvailua tai adjektiivia, joihin liitettiin muutamia rinnakkaisilmaisuja. Osa terapeuteista erotti analyysin merkityksen työlle, osa elämälle. Mikäli vastauksissa oli eroteltu ”merkitys elämälle ja työlle”, poimittiin kuvailu merkitys elämälle -kohdasta. Kultakin terapeutilta on tähän poimittu vain yksi kuvaileva ilmaisu. Terapeuttien vastaukset olivat hyvin henkilökohtaisia ja luottamuksellisia, joten esimerkeissä vastauksia on lyhennelty ja niistä on poistettu kohtia, jotka saattaisivat vaikuttaa tunnistamiseen. Muutamassa vastauksessa on sana tai pari sanaa suluissa. Ne ovat haastattelijan lisäämiä, epäselvyyden välttämiseksi.

Koko materiaalista (68 terapeuttia) poimitut, useimmiten toistuvat kuvailut:

- merkinnyt paljon (suuri merkitys), yhteensä 12 terapeuttia
- ratkaiseva (erittäin ratkaiseva, melkein mullistava, isoimpia asioita), yhteensä 12 terapeuttia
- tärkeä (valtava, suuri, oleellinen, ytimenä), yhteensä 20 terapeuttia
- välttämätön (pysyn elossa), yhteensä 5 terapeuttia

TAULUKKO 7 Terapeuttien kokema oman terapian merkitys klustereittain; n (%)

Merkitys	Klusterit					
	1	2	3	4	5	6
merkinnyt paljon	3 (33,3)	4 (25,0)	1 (12,5)	1 (50,0)	2 (20,0)	1 (25,0)
ratkaiseva	2 (22,2)	4 (25,0)	3 (37,5)	1 (50,0)	2 (20,0)	0 (0)
tärkeä	3 (33,3)	7 (43,7)	3 (37,5)	0 (0)	4 (40,0)	3 (75,0)
välttämätön	1 (11,1)	1 (6,3)	1 (12,5)	0 (0)	2 (20,0)	0 (0)
Vastausten lukumäärä	9 (100)	16 (100)	8 (100)	2 (100)	10 (100)	4 (100)
Terapeuttinen lukumäärä	13	17	16	6	11	5

Taulukossa 7 on esitetty klustereittain terapeuttien kokema oman terapian merkitys elämälle ja työlle. Koettu merkitys on kuvattu aineistossa useimmiten esiintyvän neljän adjektiivin avulla.

Seuraavassa kuvataan koko materiaalista (68 terapeuttia) poimitut esimerkit jokaisesta useimmin toistuneesta kuvailevasta ilmaisusta: merkinnyt paljon, ratkaiseva, tärkeä ja välttämätön. Muutamissa kohdissa on suluissa arvioitsijan selvennys.

Merkinnyt paljon

- ”Merkinnyt paljon, kaikkein eniten. En olisi tässä ilman. Elintärkeä.”

- "Merkinnyt paljonkin. Kasvun ja kehityksen paikka, joka on auttanut potilastyössä, äitinä ja kaikissa ihmissuhteissa. Lähtökohta kaikelle. Oireista vapautuminen, hitaasti kasaantuva hyvä."
- "Merkinnyt erittäin paljon. Olisin ollut paljon hankalampi, inhottavampi, käsittämättömämpi, nipottavampi, piittaamattomampi."
- "Hyvin merkittävää. Kun ymmärtää itseään paremmin, voi ymmärtää potilaita. Yksityiselämässä vaikuttanut omaan elämiseen, ihmissuhteet parantuneet."

Ratkaiseva

- "Keskeinen, ratkaiseva. Suuri hyöty sekä työlle että elämälle."
- "Ihan ratkaiseva, neuroottisia ahdistuksia, ei ammatin tähden."
- "Ratkaiseva merkitys kyvyille käsitellä omia ongelmia. Itsensä ymmärtämisen kautta voi ymmärtää toista ja vain niin pitkälle..." (kuin ymmärtää itseään).
- "Ratkaiseva, tärkeä asia, joka antanut henkilökohtaisesti kasvun mahdollisuuksia ja paljon apua. Tällainen työ mahdotonta (ilman), ei voisi esimerkiksi ymmärtää toisten ahdistuksia."

Tärkeä

- "Hirveän tärkeä työlle, ihmisenä olemiselle. Näköalojen laajentamista. Ongelmallisuuksien ratkeaminen. Voi ottaa vastaan toisilta."
- "Oleellinen merkitys. En voisi tehdä tällaista työtä (ilman terapiaa). Hyvän oman vastaanoton siirtäminen muihin. Yksityiselämä? Tärkeä, monenlaista kasvua, kaiken kattava."
- "Ytimenä. Hoidot ja elämä nivoutuvat yhteen. Työkykyyn omalla hoidolla oma merkitys."
- "Hirveän suuri vaikutus. Parempi empatia potilaita kohtaan."

Välttämätön

- "Oma hoito on ehdottoman välttämätön" (oman elämän ja työn kannalta).
- "Välttämätön terapeutille, siihen miten tunnepohjaisesti voi kokea. Kokemusta potilaana olosta."
- "Oma hoito välttämätön. Ei tietoista ongelmaa hakeutua hoitoon. Analyysissä huomasi, että on ongelmia, lapsuudessa vaikka kuin. (...) Samastuminen analyytikkoon."

Merkitysten painotuserot klustereittain

Ensimmäisessä klusterissa Luova tahdonvoima oli korkea, samoin Empatia, eläytyminen, mutta Kyky läheisiin ihmissuhteisiin melko matala. Tässä klusterissa oli 13 terapeuttia ja näihin neljään kuvailevaan ilmaisuun sijoittuvia vastauksia yhteensä yhdeksän. Kokonaisuutena klusterissa oman terapian merkitys oli "ratkaisevan tärkeä". Yksi terapeutti ei ollut ollut omassa hoidossa.

Toisessa klusterissa Luova tahdonvoima oli matala, samoin Kyky läheisen ihmissuhteeseen, ja Empatia, eläytyminen matalahko. Tässä klusterissa oli 17 terapeuttia, ja valittuihin kuvailuihin sijoittuvia vastauksia oli yhteensä 15, eli lähes kaikilta terapeuteilta. Kaikki terapeutit olivat myös olleet tai olivat omassa hoidossa. Tässä klusterissa vastaukset olivat kauttaaltaan melko lyhyitä ja vähemmän kuvailevia. Pääpaino oman hoidon merkityksessä tässä klusterissa oli sanalla ”tärkeä”.

Kolmannessa klusterissa oli Luova tahdonvoima hieman alle keskitason, Empatia, eläytyminen hieman yli keskitason ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keskitasoa. Tässä klusterissa oli yhteensä 16 terapeuttia ja valittuihin kuvailuihin sijoittuvia vastauksia kahdeksan. Tässä klusterissa yksi terapeutti ei ollut ollut varsinaisessa terapiassa, ja yksi oli kovin pettynyt useisiin hoitoihinsa.

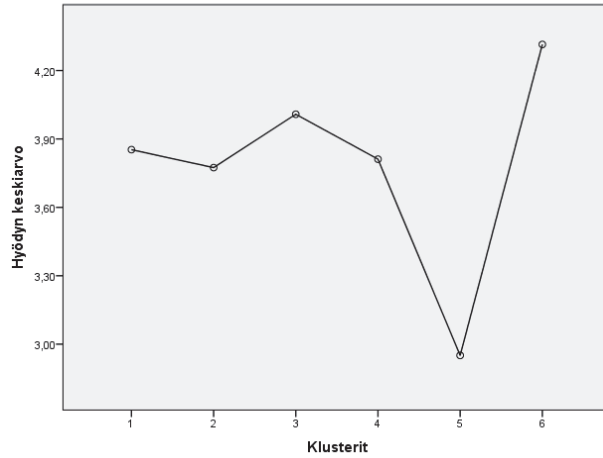
Neljännessä klusterissa oli Luova tahdonvoima erittäin korkea, Empatia, eläytyminen erittäin matala ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keskitasoa. Tässä klusterissa oli kuusi terapeuttia, joista kolmella ei ollut omaa terapiaa ja neljännelläkään ei varsinaisesti terapiaa. Terapeutit eivät myöskään aikoneet mennä terapiaan.

Viidennessä klusterissa oli Luova tahdonvoima reilusti alle keskitason, Empatia, eläytyminen matalahko ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin erittäin korkea. Tässä klusterissa oli 11 terapeuttia, joista 10 sijoittui valittuihin kuvailuihin. Ryhmässä oli useita hyvin lyhyitä, niukasti kuvailevia vastauksia. Kerronta loppui usealla äkisti. Tässä ryhmässä koin selvemmin vastatunteissani yhtäkkiä katkoksia, pudotetuksi tulemisen kokemuksia. Ryhmässä oli terapeuttien mainintoja hoidoista, jotka olivat pitkiä psykoanalyseja.

Kuudennessa klusterissa oli Luova tahdonvoima korkea, samoin Empatia, eläytyminen, ja Kyky läheiseen ihmissuhteeseen erittäin korkea. Tässä klusterissa oli viisi terapeuttia, joista neljä käytti valittuja kuvailuja. Yhdellä terapeuteista, joka ei käyttänyt näitä kuvailuja, korostui hänen oman terapeuttinsa antama malli. Kyseinen oma terapeutti oli myös terapeutin keskeinen opettaja, ja epäviralliset tapaamiset jatkuivat koulutuksen jälkeen.

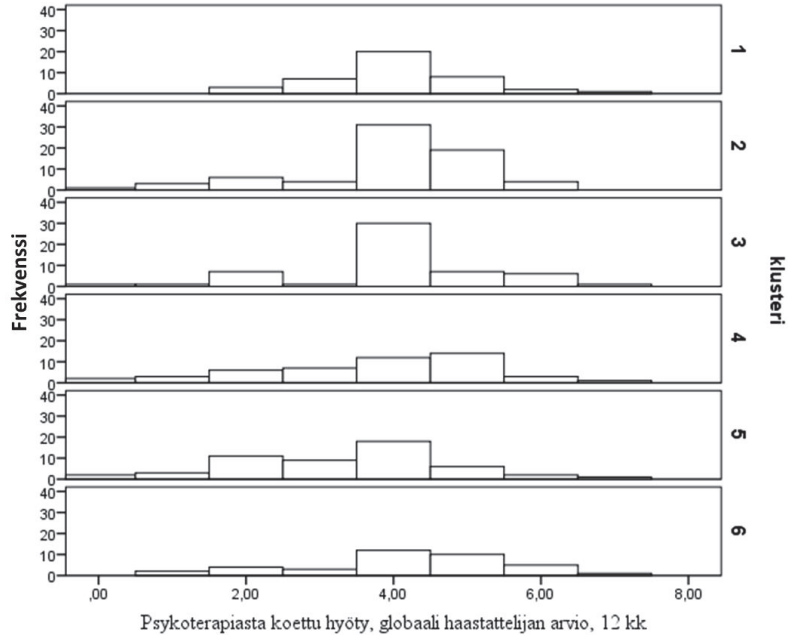
4.6 Klusterien yhteys terapiasta saatuun hyötyyn

Analysoitaessa klusterien yhteyttä terapiasta saatuun hyötyyn hyötymuuttujasta laskettiin kunkin terapeutin potilaiden keskiarvot, jonka jälkeen vertailtiin klusterien terapeuttien hoitamien potilaiden keskiarvoja (kuvio 3) ANOVA:lla toisiinsa. Terapiasta saadun hyödyn keskiarvot erosivat klustereiden välillä ($F(5, 59) = 4,35, p = 0,002$) (havaittu tilastollinen voimakkuus oli 0,95 ja selitysaste 0,27). Ryhmien parittaisten vertailujen perusteella viides klusteri erosi kaikista muista. Sen terapeuttien potilaiden saama hyöty oli selkeästi muiden ryhmien hyötyä vähäisempi.



KUVIO 3 Terapiasta saadun hyödyn keskiarvo klustereittain

Kuvio 4 näyttää, miten potilaiden hyötyarviot vaihtelivat tietyn klusterin terapeuteilla. Kuviossa esitetään klustereiden 1-6 frekvenssijakaumat potilaiden arvioidun hyödyn suhteen. Kuvion perusteella näkyy, että yksittäisten potilaiden arvioidut hyödyt vaihtelivat klusterien sisällä suuresti.



KUVIO 4 Terapiasta saatu hyöty klustereittain

Tasapainosummamuuttujan suhde terapiasta saatuun hyötyyn

Varmistettaessa terapiasta saatua hyötyä laskettiin yhtenevyys tasapainosummamuuttujan ja hyödyn välillä Spearmanin korrelaatiolla, joka oli 0,04 (ei tilastollisesti merkitsevä). Heikolla korrelaatiolla voitiin todentaa, ettei alkupe-
räinen ajatus terapeutin tasapainon merkityksestä toivottavana ominaisuutena
saanut tukea. Tasapaino sisälsi alun perin ajatuksen, pohjautuen Eriksonin
(1964) teoriaan, että jos jotakin ominaisuutta on keskimäärin – ei liian vähän
eikä liikaa – olisi se myönteisin vaihtoehto.

4.7 Terapeuttien antaman terapiamuodon suhde terapiasta saatuun hyötyyn

Tarkasteltiin terapeuttien antaman neljän terapiamuodon (voimavarakeskeinen, lyhyt psykodynaaminen, pitkä psykodynaaminen ja psykoanalyysi) yhteyttä terapiasta saatuun hyötyyn. Terapiamuotojen vertailu perustui hyötymuuttujan keskiarvojen vertailuun t-testillä. Testissä tiettyä terapiamuotoa tekeviä terapeutteja verrattiin muihin terapeutteihin, jotka eivät tehneet tätä terapiamuotoa.

TAULUKKO 8 Eri terapiamuotoa tehneiden/tekemättömien terapeuttien potilaiden terapiasta saaman hyödyn keskiarvot, keskihajonnat ja keskiarvojen vertailu t-testillä

Terapiamuoto	n	Ei tee Hyöty ka (kh)	Tekee Hyöty ka (kh)	t	p-arvo
Psykoanalyysi	38/27	3,82 (0,69)	3,65 (0,84)	0,916	0,363
Pitkä psykodynaaminen	28/37	3,53 (0,72)	3,91 (0,74)	-2,028	0,047
Lyhyt psykodynaaminen	53/12	3,71 (0,77)	3,93 (0,64)	-0,927	0,358
Voimavaruuntautunut	59/6	3,76 (0,79)	3,66 (0,23)	0,299	0,766
Kaikkien keskiarvo	65	3,75 (0,75)			

Koettu hyöty 12. kuukauden kohdalla: 0 = ei lainkaan, 1 = hyvin vähän, 2 = vähän, 3 = melko vähän, 4 = jonkin verran, 5 = melko paljon, 6 = paljon, 7 = hyvin paljon

Psykoterapeuttihaastattelijat arvioivat potilaiden terapiasta kokemaa hyötyä 12. kuukauden kohdalla asteikolla 0 = ei lainkaan hyötyä – 7 = hyvin paljon hyötyä. Hyötyarviot olivat 12. kuukauden kohdalla keskimäärin kolmesta (melko vähän) neljään (jonkin verran) kaikkien eri psykoterapiamuotoja tehneiden kohdalla. Eri terapiamuotojen hyötyerot eivät siis olleet suuria. Ulkopuoliset haastattelijat arvioivat pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden terapeuttien potilaiden hyötynen terapiasta 12. kuukauden arvioinnissa keskimäärin enemmän kuin niiden potilaiden, joiden terapeutit eivät tehneet pitkää psykodynaamista psykoterapiaa (Cohenin $d = 0,50$).

Tulos varmistettiin sisällyttämällä kaikki neljä terapiamuotomuuttujaa (käyttäen tekee vs. ei tee -muuttujia) yhtä aikaa regressioanalyysiin, jonka mukaan ulkopuoliset haastattelijat arvioivat ainoastaan pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden terapeuttien potilaiden hyötynen terapiasta 12. kuukauden arvioinnissa keskimäärin enemmän kuin niiden potilaiden, joiden terapeutit eivät tehneet pitkää psykodynaamista psykoterapiaa ($\beta = 0,40$, $p = 0,019$). Pitkää psykodynaamista psykoterapiaa teki 39 terapeuttia, joista 11 teki myös psykoanalyysiä ja neljä lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa.

Analyysiä jatkettiin testaamalla, olisiko eri terapiamuotoja tehneiden terapeuttien potilaiden yhdistelmillä jotain vaikutusta ulkopuolisten haastattelijoiden arvioimaan potilaiden terapiasta saamaan hyötyyn. Yhdistettiin psykoanalyysiä ja pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden sekä lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa ja voimavarakeskeistä terapiaa tehneiden terapeuttien potilaat. Ero hyödyssä ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Ulkopuolisten haastattelijoiden arvioimaa hyötyä testattiin yhtä aikaa sekä terapeuttiklustereiden välillä että pitkää vs. ei pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden terapeuttien välillä. Havaittiin, että sekä eri klustereiden omavaikutus ($F(5, 53) = 3,94$, $p = 0,004$) että pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden vs. ei pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden omavaikutus ($F(1, 53) = 4,93$, $p = 0,031$) oli yhteydessä hyötymiseen. Testattiin myös, oliko pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden psykoterapeuttien potilaiden ja ei pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden terapeuttien potilaiden terapiasta saama hyöty riippuvaista terapeutin ominaisuuksista. Tätä kysymystä vastaava yhdysvaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($F(5, 53) = 0,57$, $p = 0,722$). Eli ero pitkää psykodynaamista psykoterapiaa ja ei pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden terapeuttien potilaiden terapiasta saadussa hyödyssä oli riippumatonta terapeutin ominaisuuksista.

5 POHDINTA

5.1 Tutkimustulokset

Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää haastattelumenetelmä ja arvioida sen käytettävyyttä psykoterapeuttien persoonallisten ominaisuuksien kuvauksessa sekä ominaisuuksien mahdollista yhteyttä tuloksellisuuteen. Menetelmä nimettiin Psykoterapeutin Identiteettihaastatteluksi (Psychotherapist Identity Interview, PII).

Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää alkuperäisillä muuttujilla Eriksonin ja Kohutin teorioiden minän kehitykseen ja kykyihin perustuvien terapeuttien ominaisuuksia kuvaavien muuttujien arvioitsijareliabiliteettia. Kahden arvioitsijan välille lasketut korrelaatiot olivat vaihtelevia, suurin osa oli hyviä.

Eriksonin ja Kohutin määrittelemät 16 muuttujaa yhdistettiin kolmeksi faktoriksi: faktori 1, Luova tahdonvoima, koostui yhdeksästä muuttujasta (tahdonvoima, luovuus, tarkoituksellisuus, lamaantuminen-generatiivisuus, pätevyyden ja osaamisen tunne, rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen, Kohutin määrittelemä viisaus, toivo ja Eriksonin määrittelemä viisaus), faktori 2, Empatia, eläytyminen, koostui kolmesta muuttujasta (eläytyminen, epätoivo-integraatio ja kyky huumoriin) ja faktori 3, Kyky läheiseen ihmissuhteeseen, koostui neljästä muuttujasta (huolenpito, rakkaus, uskollisuus ja eristyneisyys-läheisyys).

Tarkasteltaessa faktoreiden suhdetta demografisiin ja terapeuttitekijöihin saatiin neljä tilastollisesti merkitsevää tulosta. Voimavarasuuntautuneilla terapeuteilla oli korostuneemmin Luovaa tahdonvoimaa kuin psykodynaamisilla vaativan erityistason ja erityistason psykoterapeuteilla. Terapeuteilla, jotka tekivät voimavarasuuntautunutta terapiaa, oli korostuneemmin Luovaa tahdonvoimaa kuin niillä, jotka eivät sitä tehneet. Voimavarasuuntautunutta terapiaa tehneillä oli vähemmän empatiaa, eläytymistä kuin niillä, jotka eivät sitä tehneet. Terapeuteilla, jotka asuivat yksin yhden tai useamman alaikäisen lapsen kanssa, oli selvästi vähemmän Kykyä läheiseen ihmissuhteeseen kuin niillä,

jotka asuivat yhdessä avio-/avopuolison kanssa tai jotka asuivat yhdessä avio-/avopuolison ja yhden tai useamman alaikäisen lapsen kanssa.

Faktoripisteistä tehdyssä klusterianalyysissä päädyttiin kuuden klusterin ratkaisuun. Laadullisen kartoituksen perusteella klusterit nimettiin kuvailevin ilmauksin mukailemaan alkuperäisiä haastattelijan tekemiä kuvailuja siitä min-kä tunnelman terapeutti loi haastattelutilanteessa. Jokaiseen kuuteen klusteriin kerättiin siihen kuuluvien terapeuttien kuvailut. Tämän jälkeen klustereiden terapeutteja kuvailtiin klustereiden faktoripisteiden keskiarvojen perusteella:

- 1. klusteri: "Varauksellinen pohtivuus, rajoja hipova hallitsevuus, hento vuorovaikutuksellisuus". Terapeuttien Luova tahdonvoima oli korkea, samoin Empatia, eläytyminen, mutta Kyky läheisiin ihmissuhteisiin melko matala.
- 2. klusteri: "Mitätöivä aggressiivisuus, yksinäisen etäinen ahdistunut rajattomuus". Terapeuttien Luova tahdonvoima oli matala, samoin Kyky läheiseen ihmissuhteeseen ja Empatia, eläytyminen matalahko.
- 3. klusteri: "Vaikeiden tunteiden hankaluus, innottomuus – rauhallinen pohtivuus". Terapeuttien Luova tahdonvoima oli hieman alle keskitason, Empatia, eläytyminen hieman yli keskitason ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keskitasoa.
- 4. klusteri: "Hennon eläytymiskyvyn ja vuorovaikutuksellisuuden omaehtoinen etäistävyys". Terapeuttien Luova tahdonvoima oli erittäin korkea, Empatia, eläytyminen erittäin matala ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keskitasoa.
- 5. klusteri: "Rauhallisen verkkaisuuden ja hankalien tunteiden niukuuden riippuvaissävyinen lämpö". Terapeuttien Luova tahdonvoima oli reilusti alle keskitason, Empatia, eläytyminen matalahko ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin erittäin korkea.
- 6. klusteri: "Elossaolevan ylivuolauden hieman omaehtoinen riippuvainen läheisyys". Terapeuttien Luova tahdonvoima oli korkea, samoin Empatia, eläytyminen ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin erittäin korkea.

Tarkasteltaessa klustereiden suhdetta terapiasta saatuun hyötyyn 12. kuukauden kohdalla ryhmien parittaisten vertailujen perusteella vain viides klusteri erosi kaikista muista. Sen terapeuttien potilaiden saama hyöty oli selkeästi muiden ryhmien saamaa hyötyä vähäisempi.

Ulkopuoliset haastattelijat arvioivat pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden psykoterapeuttien potilaiden hyötyvän terapiasta 12. kuukauden arvioinnissa keskimäärin enemmän kuin niiden potilaiden, joiden terapeuttit eivät tehneet pitkää psykodynaamista psykoterapiaa. Tulos varmistettiin sisällyttämällä kaikki neljä terapiamuotomuuttujaa yhtä aikaa regressioanalyysin, jonka perusteella ulkopuoliset haastattelijat arvioivat ainoastaan pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden psykoterapeuttien potilaiden hyötynen terapiasta 12. kuukauden arvioinnissa keskimäärin enemmän kuin niiden potilaiden, joiden terapeuttit eivät tehneet pitkää psykodynaamista psykoterapiaa.

Testattiin myös, oliko pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden terapeuttien – ja ei pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden terapeuttien – potilaiden terapiasta saama hyöty riippuvaista terapeutin ominaisuuksista. Tätä kysymystä vastaava yhdysvaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Eli ero pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tehneiden ja tekemättömien terapeuttien potilaiden terapiasta saamassa hyödyssä oli riippumatonta terapeutin ominaisuuksista.

5.2 Tulosten pohdinta

5.2.1 Haastattelumenetelmän ja sen reliabiliteetin arviointi

Haastattelumenetelmä oli koostettu alun perin 1990-luvun alussa täydentämään DPCCQ-kyselylomaketta, joka oli aiemman tutkimukseni (Lehtovuori, 2002) tutkimusmenetelmä. Kansainvälinen mielenkiinto oli 1990-luvun alussa psykoterapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien tutkimisessa. Minua kiinnostivat alusta alkaen psykoterapeutti ihmisenä ja hänen osuutensa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa.

Haastattelumenetelmä ja haastatteluarviot koostettiin Erik H. Eriksonin ja Heinz Kohutin teorioiden pohjalta. Kyseiset teoriat vastasivat silloisten psykoterapeutin persoonallisuutta kartoittavien tutkimustulosten perusteella kyselylomakkeen teemoja. Eriksonin kehitysteoria ihmisen koko elämänkaaren pituudesta kehityksestä oli keskeinen myös professori David Orlinskyn kansainvälisessä tutkijaryhmässä (joka laati DPCCQ-kyselylomakkeen), johon minut hyväksyttiin 1990-luvun alussa. Nykyisin hyödyntäisin enemmän objektiivisteoreettisten näkemysten, kuten esimerkiksi Melanie Kleinin (1975), Ester Bickin (1988) ja Wilfred Bionin (1988, 1991) teorioita. Soveltaisin Peter Fonagyn (Fonagy, 1999; Fonagy & Target, 1997; Mayes, Fonagy & Target, 2007) teorioita yhdistävää tietoutta sekä kiintymyssuhdeteorioiden vuorovaikutuksellista näkemystä, esimerkiksi Bowlbyn (1973, 1979, 1988) ja hänen jälkeläistensä, erityisesti Daniel Sternin (Stern, 1985, 1995, 2004; Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschweiler-Stern & Tronick, 1998) tutkimusta ja teoreettista ajattelua. Jos aloittaisin tutkimuksen nyt, kartoittaisin myös terapeuttien kiintymyssuhteita.

Haastattelumenetelmän reliabiliteettia tutkittiin aluksi esitutkimuksessa, jossa oli mukana kahdeksan eri koulutusyhteisöjen kouluttajaa. Haastattelulenteet arvioi arvioitsija, joka oli eri kuin varsinaisessa tutkimuksessa. Nykyään keskittyisin jo esitutkimuksessa tarkempaan määritteiden sisältöjen tutkimiseen toisen arvioitsijan kanssa. Esitutkimuksen jälkeen jätettiin haastattelusta ja arviointilomakkeesta pois terapeuttien psykoterapiatyön prosessia tarkasteleva osuus, mikä selkiinnytti haastattelua ja sen arviointia. Haastattelumenetelmä rajattiin kartoittamaan vain terapeutin henkilökohtaisia ominaisuuksia. Esitutkimuksen perusteella huomasin haastattelun selkeiden ohjeiden ja rajausten sekä haastattelijan mahdollisimman neutraalin, mutta avoimen ja suoran vuo-

rovaikutuksellisen suhteessaolon tärkeän merkityksen luottamuksen rakentumiselle.

Varsinaisessa tutkimuksessa terapeutteja arvioi toinen arvioitsija arvioimalla 20 otoksella valittua videoitua haastattelua. Kahden arvioitsijan välille lasketut Pearsonin korrelaatiot olivat kohtalaisia, mediaanin ollessa 0,72. Vain muutamassa kaikkiaan 16 ominaisuudesta arvioitsijoiden välinen korrelaatio jäi heikoksi. Toisen arvioitsijan ja minun arviot olivat kauttaaltaan hieman erilaiset: minä annoin kautta linjan hieman tiukempia arvioita. Valtaosassa (75 %) arvioiduista ominaisuuksista ei tullut esille merkitseviä eroja arvioitsijoiden välillä. Arvioinnin luotettavuus olisi oletettavasti parantanut, mikäli käsitteiden yhtäläisiin arviointiperusteisiin olisi ollut mahdollista panostaa enemmän aikaa ja testata yhtäpitävyyttä ensin erillisessä aineistossa. Huomioiden arviotavien ominaisuuksien käsitteellinen haastavuus voitiin reliabiliteettia pitää kuitenkin kokonaisuudessaan suhteellisen hyvänä ja kehittämäni haastattelumenetelmää riittävän toistettavana käytettäväksi kaikkien terapeuttien arviointiin. Osa arviotavista käsitteistä jäi valitettavasti työstämättä riittävän samansisältöiseksi toisen arvioitsijan kanssa. Koska olen tehnyt kaikkien tähän tutkimukseen mukaan tulleiden 68 terapeutin arviot itse, ovat arviointiperusteet johdonmukaisesti perustuneet tapaani hahmottaa arvioituja käsitteitä. Konsensusmenettelyllä tapahtunut arviointi olisi ollut toinen vaihtoehto, mutta sitä ei aikaresurssien takia ollut mahdollista toteuttaa.

Haastattelussa istuttiin kasvokkain, mikä pohjautui alun perin sekä Eriksonin että Kohutin teorioihin pienen vauvan ja äidin varhaisen katsekontaktin ja vauvan peilautuvan nähdäksitulemisen merkityksellisyydestä vuorovaikutusta ja luottamusta rakentavana. Tutkimuksessa valitsemani haastattelusetelma ja katsekontaktin käyttö perustuivat varhaisista vuorovaikutuksista tehtyihin tutkimuksiin ja havainnointeihin, jotka ovat tuoneet jo pitkään esiin näkökulmaa äidin, hoitavan ihmisen, kasvojen ja katseen merkityksellisyydestä (Bowlby, 1973, 1988; Lehtovuori, 2012; Stern, 1985, Trevarthen, 1979; Trevarthen & Aitken, 2001). Terapeuteilla oli mahdollisuus katsekontaktiin kanssani – ja oma katseeni oli heitä varten, mikäli terapeutti minuun katsoi. En kuitenkaan tuijottanut heitä, vaikka muutamat katseeni tuijotuksena kokivatkin. Käsitteeni mukaan katsekontakti, haastattelun intensiteetti, haastateltavan ja haastattelijan vastavuoroisena vuoropuheluna antoi turvaa ja tilaa terapeutille kohdata omaa itseään eri puolilta. Aki Myllynevan (2016) tutkimustulosten mukaan hermosto reagoi aktiivisemmin ja voimakkaammin katsekontaktitilanteissa. Katsekontakti sai ihmisen elimistön valmistautumaan vuorovaikutukseen. Luonnollisessa katsekontaktissa tapahtui muutoksia jo sekunnin murto-osissa. Erot tulivat esille vain luonnollisessa tilanteessa. Myös autonominen hermosto reagoi voimakkaammin katsekontaktitilanteissa kuin silloin, kun ihminen näki toisaalle katsovan ihmisen.

Terapeutit olivat täyttäneet DPCCQ-kyselylomakkeen juuri ennen haastattelua, mikä oletettavasti valmisti heitä itseprosessointiin. Useat heistä mainitsivatkin tästä. Pari terapeuttia oli harmistuneita siitä, ettei DPCCQ-kyselylomakkeen vastauksia luettu haastattelun yhteydessä. Tämä on saattanut

häiritä hieman vastaanotetuksi tulemisen kokemusta haastattelun alussa. Haastattelussa keskityttiin terapeuttiin, asteittain syventäen terapeutin kokemusta maailmaa ammatillisesta osiosta kohti lapsuuden maisemia ja ihmissuhteita, erillistymistä sekä elämän eri puolien ja elämästä luopumisen kohtaamista.

Terapeuttien henkilöllisyyden suojaus oli tutkimukseni osalta sidottu kirjallisella sopimuksella kolmen tutkijan tietoon tutkimusta tehdessäni 1995–1999. Kaikki tutkittavat terapeutit tiesivät tämän, mikä saamani haastattelukokemuksen mukaan auttoi heitä kokemaan haastattelun turvallisena ja luottamusta herättävänä. Osa terapeuteista mainitsikin tästä. Suuri osa terapeuteista asettui haastatteluun omana itsenään, kertoen avoimesti erilaisista kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Asteittainen luottamuksen rakentaminen, rakentuminen, vahvistui useiden kohdalla ja lisäsi heidän uskallustaan tuoda esille haavoittaviakin kokemuksia elämänsä varrelta. Haastattelutilanteesta saamani kokemuksen ja tutkimustulosten perusteella merkityksellistä vaikutti olevan se, saiko terapeutti kosketusta itsensä eri puoliin, erityisesti puutteellisiin puoliinsa ja kielteisiin tunteisiinsa. Joidenkin kohdalla tuli esille myös oma sisäinen tarve antaa ylitiöpositiivista kuvaa itsestään – tai vastata sitä kuvaa, mitä hyvältä terapeutilta kuvitellaan odotettavan. Moni hämmästyti kahden tunnin ajan pikaisesta loppumisesta. Muutamia poikkeuksiakin oli. He vastustivat lähes koko ajan prosessia eivätkä lähteneet haastatteluun sisäisesti mukaan.

Haastattelu ei ole sidottu mihinkään erityiseen psykoterapiasuuntaukseen, vaikka haastattelun teoreettinen pohja onkin psykoanalyttinen – ja haastattelijan teoreettinen viitekehys psykoanalyttis-integratiivinen (mm. Curtis & Hirsch, 2011). Haastattelulla ei voi suoraan kartoittaa kiintymyssuhteita, mutta päälinjat turvallisten ja turvattomien kiintymyssuhteiden kartoituksessa piirtyvät esiin. Haastattelijan tulee olla perehtynyt Eriksonin ja Kohutin teorioihin, vaikka tässä tutkimuksessa määritellyt käsitteet auttavatkin arvioinnissa.

Haastattelu on perusteellinen, mutta aikaa vievä. Omassa tutkimuksessani päädyttiin siihen, että videoidun haastattelun ja tallenteelta tehdyn arvioinnin välillä tuli olla minimissään kolme kuukautta, etteivät omat tunnelmani sekoittuisi kohtuuttomasti terapeutin arviointiin. On myös mahdollista pisteyttää haastattelu heti haastattelun jälkeen. Mikäli arvio tehdään myöhemmin, ilman tallenteen katsomista, häviää arvokasta sanatonta, kahdenvälistä vuorovaikutuksellisuutta ja tunnelmaa. Videoita katsoessani tavoitin usein haastattelun tunnelman elävästi ja samanoloisesti kuin haastattelutilanteessa. Huomasin myös, että olisin reagoinut ja vastannut samanoloisesti kuin haastattelutilanteessa.

Haastattelijan osuus on keskeinen. Hänen tulee toimia haastateltavien kanssa pääpiirteittäin samoin tavoin. Haastattelijan tulee selittää menetelmä alussa huolellisesti. Haastateltavan on olennaisen tärkeää tietää, että haastattelijalla kantaa mielessään kysymyksiä, mutta niitä ei tehdä, jos haastateltava on jo kertonut vastauksen kyseessä oleviin kysymyksiin. Haastateltavan on myös olennaista tietää, että haastattelijalla jatkaa hänen vastauksensa avaamista ainoastaan silloin, kun haastattelijalle jää jokin ymmärtämistä vaikeuttava epäselvyys. Haastateltavalla on myös oikeus olla vastaamatta.

Tutkimuksen haastattelumenetelmä koostettiin alun alkaen tätä tutkimusta varten. Mitään vertailtavaa tietoa ei ollut olemassa. Sekä esitutkimuksen että varsinaisen tutkimuksen arvioitsijoiden yhtäpitävyydet olivat hyviä ja kohtalaisia. Tuloksiin, niiden tulkintoihin ja yleistettävyyteen tulee kuitenkin suhtautua nöyrästi. Tässä tutkimuksessa sama arvioitsija haastatteli ja arvioi kaikki terapeutit. Tutkimuksessa tehtiin paljon töitä haastattelutilanteen ja haastattelijan samankaltaistamiseksi. Mietin jopa pukeutumistani, jotta olisin mahdollisimman omanäköiseni, mutta hillitty, provosoimaton. Haastatteluista saadut arviot, jotka haastateltavat kertoivat haastattelun lopussa, olivat pääosin myönteisiä, ja niissä mainittiin usein haastattelun luottamuksellinen tunnelma ja tilaantavuus. Olin useasti haastattelujen jälkeen vuorovaikutuksesta virkistynyt, mutta moninaisesta kannattelusta uupunut.

Terapeuttien osallistuminen Helsingin Psykoterapiatutkimukseen oli vapaaehtoista, ja kaikki terapeutit olivat pitkälle koulutettuja ja kokeneita. Kaikkia potilaita ei ollut otettu tutkimukseen satunnaistetulla otoksella, jolloin tulosten yleistettävyys on vaikeaa. Psykoterapioissa potilaat olivat valikoituneet terapioihin satunnaistamalla. Psykoanalyysi toteutettiin luonnollisissa olosuhteissa. Psykoanalyysiin ohjautuneet potilaat olivat voineet valita haluamansa psykoanalyytikon. Psykoanalyseissa psykoanalyttikko ja potilas olivat voineet tutustua toisiinsa arviontikerroilla. He olivat voineet yhdessä arvioida yhteistyötä ja yhteensopivuuttaan. Voisi olettaa, että tämä olisi vaikuttanut myönteisesti esimerkiksi luottamuksen rakentumiseen hoidon alussa. Vertailtavat terapeutti-ryhmät olivat hyvin erisuuruisia. Sama terapeutti oli voinut tehdä useampia eri terapiamuotoja. Tutkimus mahdollisti myöskin potilaiden saamisen projektin kautta. Pohdin myös terapeuttien motivaatiota osallistua tähän tutkimukseen. Olivatko haastateltavat terapeutteja, jotka olivat innostuneita, riittävästi itseään arvostavia, tutkimusmyönteisiä ja valmiita kehittämään työskentelyään – vai halukkaita olemaan esillä ja tuomaan omaa näkemystään esille?

Terapeuttien itseraportoinnit on todettu ongelmallisiksi. Kyselylomakkeista saatujen tutkimustulosten perusteella on arvioitu monin tavoin, miten todennäköisiä terapeuttien omat arviot itsestään ovat. Aiemmin (Lehtovuori, 2002) käyttämässäni DPCCQ-kyselylomakkeessa tulivat esille samat ongelmat kuin yleensäkin kyselylomakkeiden validiteetissa, koska terapeutit kertoivat lomakkeessa sisäisistä kokemuksistaan. Kyselylomakevastauksista oli vaikea päätellä, mitä terapeutti tiedosti omista tunteistaan ja mitä hän halusi sanoa toiselle. Jotkut terapeutit voivat arvioida ominaisuuksiaan sen mukaan, mitä seurauksia he arvelisivat niillä olevan henkilökohtaisen elämän tai ammatillisen uran kannalta (Stone, Turkkan, Bachrach, Jobe, Kurzman & Cain, 2000). Siksi he voivat eri tavoin vältellä, korostaa, yli- tai aliarvioida omia kykyjään (King & Bruner, 2000). Myös muisti tai terapeutin niin sanotut sokeat kohdat voivat vaikuttaa itsearviointiin (Tourangeau, 2009). Terapeutilta edellytetään hyvää itsetuntemusta, jotta hän voi tarkastella ja hyväksyä itsessään sekä myönteisiä että vailloisia puoliaan. Useissa aikaisemmissa psykoterapian prosessi- ja tuloksellisuustutkimuksissa on osoitettu myös, että hyvinkin erilaisia arvioita voidaan saada, kun terapeuttia arvioivat myös muut, esimerkiksi työnohjaajat ja työto-

verit (Orlinsky ym., 1994; Strupp ym., 1977). Voisikin olettaa, että myös ulkopuolinen arvioitsija tavoittaa terapeutista puolia, joihin terapeutti ei ole itse kosketuksissa. Kivlighan ym. (2015) ovatkin todenneet, että tulevaisuudessa pitäisi verrata sekä terapeuttien, potilaiden että ulkopuolisten arvioitsijoiden arvioita. Heidän tutkimuksessaan osa terapeuteista yliarvioi itsensä. Aikaisemmat tutkimustulokset motivoivat minua paneutumaan lisää haastattelun tuloksiin lisensiaatintutkimukseni jälkeen.

Videoituja kahden tunnin haastatteluja oli 68. Arvioitsija on vain ihminen erilaisine tunnelmineen ja elämäntilanteineen. Opin itse paljon vuorovaikutussellisuudesta, toisen ihmisen kunnioittamisesta, hänen tarpeensa ja rytminsä lukemisen olennaisuudesta, katseen kannattelevasta ja vuorovaikutukseen kutsuvasta merkityksestä, etäisyys-läheisyysäätelystä sekä provosoitumattomuudesta. Haastattelutilanteet olivat myös transferenssien ja vastatransferenssien monenlainen kudelma. Omat vastatunteeni vaihtelivat yhden haastattelun sisällä - ja terapeuttien välillä - paljon.

Läpi tunnelmakuvausten, ”Minkä tunnelman terapeutti loi haastattelutilanteessa?”, tulee kiinnittää huomiota siihen, että tunnelmakuvauksessa olivat mukana arvioitsijan vastatunteet. Myönteistä on se, että kaikki arviot oli tehnyt sama arvioitsija. Toisaalta, haastattelijan omat vastatunteet tai tiedostamattomat oletukset, arvot ja asenteet voivat haitata objektiivista arviointia. Tein töitä itseni kanssa haastattelutilanteissa, etten menisi mukaan minkäänlaisiin projektioihin ja että pyrkisin kuuntelemaan ja katselemaan videolta vain terapeutin olemisen välittämää tunnelmaa vastatunteitteni avulla. Olisi epärealistista kuvitella, etteivät haastatteliija-arvioitsijan omat transferenssit ja vastatunteet olisi sekoittuneet paikoitellen sekä haastatteluun että arviointiin. Tämä tulisi huomioida kaikenlaisissa haastatteluun pohjaavissa arviointitilanteissa.

Haastattelumenetelmän yksi selvä puutos oli mielestäni arvioitavien ominaisuuksien puutteellinen esityöstö. Arvioitavat käsitteet haluttiin pitää mahdollisimman alkuperäisinä, mutta niiden sisältöjä olisi pitänyt selventää. Haastattelun jatkokäyttöä varten arviointiin tulisi myös suunnitella manuaali, jossa on samassa lomakkeessa sekä arvioitavat ominaisuudet että pisteytys. Arvioitavien ominaisuuksien kuvauksia tulee tarkentaa niin, että voidaan saavuttaa riittävä yhteisymmärrys niiden sisällöistä. Esimerkiksi arvioitavat käsitteet empatia ja kyky huumoriin olivat puutteellisesti kuvattuja. Ne eivät ilmeisestikään olleet myöskään riittävän yhdenmukaisesti ymmärrettyjä tässä tutkimuksessa. Esimerkiksi Kohutin käsite kyky huumoriin käsittää myös terapeutin sisäisen mahdollisuuden hyväksyä ”lempeällä huumorilla” itsessään myös puutteellisempia puolia. Empatia, eläytyminen kuvaa myös sitä, miten mahdollistuu eläytyminen toiseen ihmiseen ilman omien tarpeiden keskeisyyttä. Tutkimuksen reliabiliteetti olisi saattanut olla parempi, jos arvioitsijoilla olisi ollut yhdenmukaisempi käsitys näistä käsitteistä. Menetelmän reliabiliteetin kannalta olisi ollut hyvä, jos arvioitsijoita olisi ollut kolme. Olin tehnyt itse haastattelut ja arviot, joten lisäksi tallenteita arvioi tässä tutkimuksessa vain yksi ulkopuolinen arvioitsija. Olin tutkinut haastattelujen arvioitavia ominaisuuksia tutkimusryhmään silloin kuuluneen, terapeuteilta katsontaluvan saaneen tutkijan kans-

sa. Katsoimme muutamia videoita yhdessä. Tutkimustallenteiden työstö jäi puutteelliseksi varsinaisen tutkimuksen arvioitsijan kanssa. Haastattelumenetelmään voidaan kouluttaa esimerkiksi esitutkimusvideoita yhdessä katsomalla. Varsinaisen tutkimuksen videot ovat hyvää opetusmateriaalia, mikäli terapeutit antavat tähän tarkoitukseen katseluluvan. Terapeutteja haastattelevien tulisi tehdä myös yhdessä arvioitavia koevideoiteja.

Puolistrukturoitu, terapeutin elämänkaaren ja erityisesti ihmissuhdekemuksiin painottuva haastattelu vaikuttaisi kartoittavan monia terapeutin eri puolia. Haastattelumenetelmä sopii arviointimenetelmäksi erityisesti myös silloin, kun pyritään löytämään mahdollisimman yhteensopivat psykoterapeuttipotilasparit. Valmiilla psykoterapeuteilla on myös takana omat hoidot, joten haastattelulla voidaan arvioida oman hoidon riittävyyttä. Tämä on erityisen tärkeää nykyaikana, jolloin on paljon ihmisiä, joilla ei ole ollut kasvussaan riittävää turvaa käsitellä erilaisia tunteitaan suhteessa turvalliseen, niitä riittävästi kestäväan ja refleктоivaan vanhempaan. Psykoterapeutti on monenlaisen kohtaamattomuuden, mitätöinnin ja varhaisen raivon kohde. Terapeutin sisäinen kyky olla provosoitumatta on olennaisen tärkeää.

5.2.2 Faktorien muuttujarakenne

Tämän tutkimuksen 16 muuttujaa tiivistettiin kolmeksi faktoriksi: faktori 1, Luova tahdonvoima, faktori 2, Empatia, eläytyminen ja faktori 3, Kyky läheiseen ihmissuhteeseen. Faktorien rotatoitujen latauksien pohjalta muodostui melko selkeästi kolme toisistaan erottuvaa faktoria. Kaikki kolme faktoria ja niihin sisältyvät muuttujat heijastelevat keskeistä, vuosikymmenien ajan tutkittujen terapeuttien henkilökohtaisten ominaisuuksien suhdetta terapian tuloksellisuuteen. Norcrossin ja Lambertin (2011) tutkimustulos, jonka mukaan empatia, päämäärähakuisuus, yhteistyö, vastatransferenssin käsittely, positiivinen suhtautuminen ja yhtäpitävyys ovat työskentelysuhteen tuloksellisuuden liittyviä osatekijöitä, yhdistää kaikkia kolmea saatua faktoria. Luovaa tahdonvoimaa kuvaavat joiltakin osin tuloksellisuutta ennustavat tehokkaan ja tehottoman terapeutin tutkimustulokset (esim. Kraus ym., 2011, 2016; Norcross & Wampold, 2011) sekä terapeutin ammatillista taustaa kartoittaneet tutkimustulokset (esim. Tscuschke ym., 2015). Erikson (1964) määrittelee myös perushyveet tahdonvoima ja tarkoituksellisuus mielestäni tavalla, joka kuvaa hyvin myös tämän tutkimuksen faktoria Luova tahdonvoima. Tahtominen ei tarkoita itsepäisyyttä, vaan pikemminkin sitä, että saavutetaan vähitellen lisääntyvää arvioinnin ja päätöksenteon kykyä viettien suuntaamiseen. Ihmisen on opittava tahtomaan sitä, mikä on mahdollista, luopumaan ei-tahtomisen arvoisena siitä, mikä ei ole mahdollista, ja uskomaan, että hän tahtoi sitä, mikä oli mahdollista. Jos tahdonvoima on rakentunut turvallisesti minän varhaiseen kehitykseen, se selviää, kuten toivokin, huolimatta erilaisista rajoituksista. Tarkoituksellisuus saa alkunsa peruserheen antamasta esimerkistä. Se on päämääräsuuntautumisen voima, jota mielikuvitus ruokkii, mutta joka ei ole mielikuvituksellinen, jota syyllisyys rajoittaa, mutta ei estä, ja joka on moraalisesti kurissa, mutta eettisesti aktiivinen. Faktoria 1 ja sen sisältämiä yksittäisiä muuttujia, esimerkiksi tah-

donvoima, luovuus, rajojen tunnistaminen ja toivo, olisi tärkeää tutkia jatkossa enemmän tuloksellisuuden ennustetekijöinä. Empatiaa on laajalti määritelty samanoloisesti kuin tässä tutkimuksessa, esimerkiksi Bohart ja Greenberg (1997), Rogers (1957), Thwaites ja Bennett-Levy (2007), Watson (2002) ja Watson ja Prosser (2002). Empatian merkityksellisestä osuudesta tuloksellisuuteen on useita tutkimuksia (esim. Beck ym., 2006; Beutler ym., 1994; Decker ym., 2014; Elliott ym., 2011; Lafferty ym., 1989; Malin & Pos, 2015; Norcross & Wampold, 2011; Watson ym., 2014; Zuroff & Blatt, 2006). Kohut (1985) on sisällyttänyt käsitteeseen huumori kyvyn olla vakava ja suhtautua itseensä ja läheisiinsä myös huumorilla, anteeksiantaen. Terapeutin tärkeä ominaisuus, huumori, joka sisältää myös terapeutin omien eri puolien hyväksymistä, olisi tärkeä tutkimuksen kohde. Sandell ym. (2007) havaitsivat ystävällisyyden ja huumorin olevan yhdessä yhteydessä positiiviseen hoitotulokseen. Kyky läheiseen ihmissuhteeseen -faktoria kuvaavat useat yhteistyösuhdetta ja terapeutin aitoutta (esim. Baldwin ym., 2007; Greenson, 1967; Kivlighan ym., 2015; Marcus ym., 2009; Zuroff ym., 2010) ja kiintymyssuhteita (esim. Hersoug ym., 2009, Hersoug, ym., 2001, Schauenburg ym., 2010) kartoittavat tutkimukset. Saatua kolmea faktoria, Luova tahdonvoima, Empatia, eläytyminen ja Kyky läheiseen ihmissuhteeseen, tarkasteltiin tässä tutkimuksessa suhteessa demografisiin ja terapeuttipätevyys-tekiöihin sekä faktoripisteistä muodostettuihin kuuteen klusteriin.

5.2.3 Faktorien yhteydet demografisiin ja terapeuttipätevyysmuuttujiin

Shaw, Elkin, Yamaguchi, Olmsted, Vallis, Dobson, Lowery, Sotsky, Watkins & Imber (1999) ovat kuvanneet ammatillisen kompetenssin olevan terapeutin taitavuutta tarjota terapeutin miljöön, käsitteellistää potilaan hätää, kärsimystä ja ongelmia tietyn teoreettisen lähestymistavan puitteissa ja käyttää yleisesti hyväksytyjä tekniikoita tai menetelmiä hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Määritelmä sivuaa Luovan tahdonvoiman määrittelyä sovellettuna psykoterapiatyöhön. Terapeutin, jolla Luova tahdonvoima on tasapainossa, tulee olla päämääräsuuntautunut, rajansa tunteva ja kyllin luova. Hänen tulee luottaa omaan osaamiseensa ja ammattitaitoonsa, mutta omat eri puolensa, myös puutteellisemmat, tunnistaen ja hyväksyen. Tehokas terapeutti kykenee muuttamaan työskentelytapaansa erilaisten potilaidensa kanssa, koska useissa tutkimuksissa on todettu, että tiettyjen hyvää tulosta tuottavien terapeuttien hyvin erilaiset potilaat ylipäättään hyötyvät (esim. Bohart & Tallman, 2010; Boswell ym., 2016; Huppert ym., 2014; Kraus ym., 2016; Stiles, 2013; Wampold & Brown, 2005). On mahdollista, että terapeutti, jolla on hieman rajaton, ylikorostunut luova tahdonvoima tai tehokkuus, ei kykene riittävästi rajaamaan työtään ja ottamaan toista huomioon. Hän etenee enemmän itselähtöisesti, rajatonta positiivisuutta kohti.

Voimavarasuuntautuneiden terapeuttien koulutukseen ei kuulunut omaa psykoterapiaa, joskin osalla oli jonkinlaista kokemusta omasta hoidosta. Hakeutuuko voimavarasuuntautuneeseen koulutukseen vai tuottaako koulutus koulutettavia, joilla on korostuneena tekninen suorittaminen, osaamisen ja pätevyyden tunne, omien sisäisten rajojen huteruus, hieman rajaton luovuus? Toi-

saalta voidaan pohtia, arvostavatko voimavarasuuntautuneet terapeutit terapian tuloksellisuutta ja asiakkaan voimaannuttamista ja ovat täten valmiita riskinottoon ja löytävät poikkeuksellisen luovia toimintatapoja, jotka voivat sisältää rajattomuuden elementtejä?

Jo pitkään on todettu, että terapiatekniikalla on vain pieni osuus potilaan paranemiseen (Lambert, 1989). Henry ym. (1990) ovat jo arvioineet monien tutkimusten pohjalta, että terapeuttikoulutuksissa ei ole riittävästi keskitytty vuorovaikutuksellisten taitojen kehittämiseen. Suomalaisten terapeuttien kokemus, heidän itsensä arvioima, empaattisuuden vähäinen lisääntyminen vuosien myötä saattaa osaltaan selittyä sillä, että heidät on valittu tarkoin terapeuttikoulutuksiin muun muassa syväluotaavilla haastatteluilla, joten terapeuttien empatiakyvyn lähtötaso on jo korkea (Lehtovuori, 2002). Toisaalta terapeutit voivat arvioida itsensä empaattisiksi ylipäättään, koska arvelevat tai tietävät sen olevan yksi myönteisimmän hoitotuloksiin vaikuttavista tekijöistä (Orlinsky ym., 1994) tai he arvioivat itseään takautuvasti myönteisemmin. Kyky empaattisuuteen rakentuu vuorovaikutuksessa jo vauvan ja hoitajan välillä (Stern, 1985). Nykytutkimus näkee myös peilisolut merkityksellisenä, joskin ristiriitaisena, empatian kehittymisessä (Gallese, Fadiga, Fogassi & Rizzolatti, 1996; Rizzolatti, Fadiga, Gallese & Fogassi, 1996). Mahdollisesti terapeuttien omat hoidot tukevat varhaista kehitystä tai korjaavat varhaisen kehityksen vuorovaikutuksellisuuden häiriöitä.

Terapiakirjallisuudessa on todettu, että kyky tuntea empatiaa toista kohtaan pohjaa siihen, ettei ymmärrys ja kohtaaminen palvele omia, vaan toisen ihmisen, potilaan, tarpeita tulla nähdyksi, ymmärretyksi ja kohdatuksi. Miksi voimavarasuuntautuneet terapeutit saivat alempia arvoja empatiaa arvioitaessa? Näkyykö tässäkin oman hoidon puute? Korostuuko heillä liikaa oman itsen varassa selviäminen, jonka taustalla olisi riittämättömän vankka samastumiskohde? Koulutuksessa ja työssä korostetaan positiivisuutta. Näkyykö tämä jo valinnoissa koulutuksiin – ja työn sisällöissä? Miten ymmärretään negatiivisten, hieman puutteellisempien, puolien merkitys itselle ja työlle?

Degnanin ym. (2016) mukaan lapsen kehityksessä on olennaista se, miten hänen tarpeitaan kyetään lukemaan, millainen on vanhemman kyky reflektoida vauvan monenlaista viestintää vauvan kulloisiakin tarpeita huomioiden. Bowlby (1988) toi esiin, että psykoterapeuttinen suhde voi tarjota tärkeän keinon auttaa potilasta koostumaan turvattomasta kiintymyssuhteesta turvalliseen. Uusimmat tutkimukset ovat osoittaneet sen, että potilas voi kehittää turvallisen kiintymyssuhteen terapian avulla (Taylor, Rietzschel, Danquah & Berry, 2015). Onko tämän tutkimuksen läheinen ihmissuhdeosio se, joka mittaa myös terapeutin sisäistä mahdollisuutta olla uusi kehitysobjekti potilaalleen? Ihminen hoivaa niin kuin häntä on hoivattu (Bowlby, 1988). Voisiko terapeutin yksineläminen kertoa myös vaikeudesta olla tasa-arvoisessa aikuisten parisuhteessa vailla riittävää kokemusta siitä, mitä on tulla riittävän kokonaisvaltaisesti kohdatuksi lapsena?

Kiintymyssuhteet pysyvät melko muuttumattomina läpi elämän, ja turvattomat kiintymyssuhteet näkyvät monien tutkimusten mukaan ongelmina juuri

parisuhteissa (mm. Feeney, 1999). Ihminen tarvitsee ainakin yhden riittävän turvallisen ihmisen, joka kestää sekä lapsen läheisyyden että hankalat, petty-mystä ja vihaa sisältävät tunteet (Klein, 1975; Lehtovuori, 2010, 2012). Hyvän ja pahan lohkoutuessa myös läheisimmät ihmissuhteet saattavat lohkoutua hyviin ja pahoihin. Parisuhteessa itse voidaan kokea liian hyvänä tai liian pahana ja toinen vastakkaisena.

5.2.4 Klusterit ja niiden analysointi

Klusterianalyysi tehtiin faktoripisteistä. Päädyttiin kuuden klusterin ratkaisuun. Klusterien laadullinen kuvailu tehtiin haastattelusta saadun tunnelmaku-vailun kautta. Sisällönanalyysillä kartoitettiin kustakin klusterista klusterin te-rapeutteja kuvaavia ja luonnehtivia piirteitä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan tarkemmin vain klustereita, jotka olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terapiasta saatuun hyötyyn 12. kuukau-den kohdalla. Klusteri 5 poikkesi merkitsevästi muista klustereista hyödyn suhte-teen. Sitä käsitellään kohdassa 5.2.5 tarkemmin tutkien ja pohtien.

Klustereiden analysoinnissa ja pohdinnassa keskitytään tarkastelemaan terapeutteja terapeuttipätevyysien perusteella. Huomioitavaa on, että tutki-muksessa oli mukana kaikkiaan 68 terapeuttia, joista 47 VET-terapeuttia, 15 ET-terapeuttia ja kuusi voimavarasuuntautunutta terapeuttia.

Klustereiden sisällöllisessä tarkastelussa käytetään adjektiiveista korkea ja matala myös adjektiiveja hyvä ja heikko. "Korkea/hyvä" sisältää myös määrit-teen "hyvin paljon", joka merkitsee läpi muuttujien ylikorostunutta, yli äyräi-den menevää ominaisuutta. "Matala /heikko" kuvaa kapea-alaisuutta ja rajoit-tuneisuutta.

Klusterissa 1, jossa Luova tahdonvoima oli korkea, samoin Empatia, eläy-tyminen, mutta Kyky läheisiin ihmissuhteisiin melko matala, oli yhdeksän VET-pätevyyden ja kolme ET-pätevyyden terapeuttia sekä yksi voimavarakeskeinen terapeutti. Klusterissa oli eniten VET-terapeutteja. Klusterin terapeuteilla oli tärkeitä ominaisuuksia, jotka liittyvät terapeutin hyviin ominaisuuksiin, mutta keskeinen ominaisuus, Kyky läheisiin ihmissuhteisiin, oli melko heikkoa. Voisi päätellä, että tämän klusterin terapeuteilla olisi vaikeutta kohdata potilaitaan aidosti, etäisyys-läheisyysätelyä käyttäen.

Klusterissa 2, jossa Luova tahdonvoima oli matala, samoin Kyky läheiseen ihmissuhteeseen, ja Empatia, eläytyminen oli myös matalahko, oli 14 VET-pätevyyden, kolme ET-pätevyyden terapeuttia, muttei yhtään voimavarasuun-tautunutta terapeuttia. Tämän klusterin terapeuteilla oli läpeensä ominaisuuksia, joiden olettaisi vaikeuttavan työskentelysuhteen rakentamista ja hyvän tu-loksellisuuden saavuttamista. Tässä klusterissa oli eniten VET-terapeutteja klus-tereittain vertailtaessa. Olisiko tämän klusterin VET-terapeuttien varhaisessa kasvumaastossa tai omassa psykoterapioissa jotakin, joka mahdollisesti heiken-tää tuloksellisuutta?

Klusterissa 3, jossa Luova tahdonvoima oli hieman alle keskitason, Empa-tia, eläytyminen hieman yli keskitason ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keski-tasoa, oli 12 VET-terapeuttia, kolme ET-terapeuttia ja yksi voimavarasuuntau-

tunut terapeutti. Tässä klusterissa kaikilla terapeuteilla on ikään kuin keskitasoinen mahdollisuus saada hyviä tuloksia.

Klusterissa 4, jossa terapeuttien Luova tahdonvoima oli erittäin korkea, Empatia, eläytyminen erittäin matala ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keskitasoa, oli vähiten terapeutteja. Kolmella oli VET-pätevyys, ET-pätevyyttä ei ollut yhdelläkään, ja kolme oli voimavarasuuntautuneita terapeutteja. Klusterissa 4 Luova tahdonvoima oli ylikorostunut. Tässä klusterissa oli eniten tutkimuksen voimavarasuuntautuneita terapeutteja. Tarkasteltaessa yksittäisiä muuttujia voidaan havaita, että terapeuteilla oli paljon luovuutta, pätevyyden sekä osaamisen tunnetta ja rajattomuutta. Olisi mielenkiintoista tietää, miten tämä tulos näkyisi läpi heidän tekemiensä terapioiden. Jäävätkö heidän potilaansa liian yksin vailla kohtaavaa läheisyyttä? Vai innostavatko he potilaansa työskentelemään itselähtöisesti?

Klusterissa 6, jossa Luova tahdonvoima oli korkea, samoin Empatia, eläytyminen, ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin erittäin korkea, oli neljä VET-terapeuttia, yksi ET-terapeutti eikä yhtään voimavarasuuntautunutta terapeuttia. Kaikilla viidellä terapeutilla olivat Luova tahdonvoima ja Empatia, eläytyminen myönteisesti hyviä ja Kyky läheiseen ihmissuhteeseen hieman riippuvaissaävyistä, takertuvaa läheisyyttä. Hersougin ym. (2009) onnistunutta hoitoa kuvaavat tutkimustulokset ovat samansuuntaisia kuin tämän klusterin terapeuttikuvailut. Tämän klusterin terapeuttien tulos läpi tekemiensä terapioiden, kuten myös klusterin 2 tulos, kiinnostaisi minua erityisesti. Olisi tärkeää saada seurata, miten erilaiset ominaisuudet vaikuttavat erilaisten potilaiden kanssa terapioiden eri vaiheissa. Omien hoitojen kohdalla pohdituttaa tässä klusterissa se, miten erillisyyttä on mahdollisesti työstetty.

5.2.5 Terapeutin ominaisuudet tuloksellisuuden ennustajina

Klusterien parittaisten vertailujen perusteella vain viides klusteri erosi kaikista muista. Klusterissa 5 terapeuttien Luova tahdonvoima oli reilusti alle keskitason, Empatia, eläytyminen oli matalahkoa ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin erittäin korkea.

Viidennessä klusterissa terapiasta saatu hyöty 12. kuukauden kohdalla oli selkeästi muiden ryhmien hyötyä vähäisempi. Mikäli olisi ollut mahdollista tarkastella klustereiden ja faktoreiden suhdetta hyötyyn myös kolmen ja viiden vuoden kohdalla sekä terapian loputtua, olisi mahdollista, että eri klustereiden terapeutit saavuttaisivat erilaisia tuloksia erilaisissa hoidoissa eri kohdissa terapiaprosessia.

Potilaiden terapiosta saamaa hyötyä arvioineet arvioitsijat olivat kaikki pitkälle koulutettuja psykoterapeutteja ja kokeneita klinikoita. Heillä oli myös Helsingin Psykoterapiatutkimuksen sisäinen haastattelijakoulutus. Tässä tutkimuksessa on sekä terapiasta saadun hyödyn että terapeuttien ominaisuuksien arviointi tehty haastattelumenetelmällä, mikä on erittäin harvinaista psykoterapian tuloksellisuustutkimuksissa.

Laadullisen aineiston perusteella viidennelle klusterille annettiin nimeksi "rauhallisen verkkaisuuden ja hankalien tunteiden niukkuuden riippuvaissävyinen lämpö". Klusteri sisälsi neljä sisältöluokkaa:

- "rauhallisuus, asiallisuus, helppo, mikä sisältää myös ns. liukahelpouden olla haastattelutilanteessa" (11/11 terapeuttia)
- "tunteiden, erityisesti vihantunteiden niukkuus, piiloaggressiivisuus" (9/11 terapeuttia)
- "verkkiaan hidasta, ns. yksinkerrontaa" (8/11 terapeuttia)
- "hieman riippuvaissävyistä lämpöä läheisissä ihmissuhteissa" (6/11 terapeuttia).

Klustereiden kuvailuissa säilytettiin aitouden turvaamiseksi arvioitsijan alkuperäiset sanat ja epätäydelliset lausemuodot (kohta 4.5.1).

Viidennessä klusterissa oli neljä miestä ja seitsemän naista. Miehistä kolme oli psykoanalytikoita (VET), yksi psykoanalyttinen psykoterapeutti (ET). Naisista kaksi oli psykoanalytikoita (VET), neljä psykoanalyttisia psykoterapeutteja (ET) ja yksi voimavarasuuntautunut psykoterapeutti.

Miksi terapeutit, joilla Luova tahdonvoima oli reilusti alle keskitason, Empatia, eläytyminen oli heikohkoa ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin riippuvaissävyisesti erittäin hyvä saivat huonoimman tuloksen terapioiden 12. kuukauden kohdalla?

Norcrossin ja Wampoldin (2011) psykoterapiasuhteesta tehdyssä meta-analyysitutkimuksessa löydettiin keskeisiksi psykoterapiasuhteeseen myönteisesti vaikuttaviksi tekijöiksi empatia, allianssi, yhtenäisyys (koheesio), potilaan palaute, yhteistyö ja päämäärähakuisuus. Klusterin 5 tulos oli lähes päinvastainen. Täten on myös ymmärrettävämpää, ettei klusterin 5 tulos ollut hyvä, vaan huonoin. Luovaan tahdonvoimaan sijoittuvat myös sekä Eriksonin että Kohutin määrittelemä viisautta. Esimerkiksi Kohutin (1985) määrittelemässä viisaudessa on olennaista kyky hyväksyä omien fyysisten, älyllisten ja emotionaalisten kykyjen rajallisuus; mahdollisuus ihanteisiin, kyky huumoriin ja elämän rajallisuuden hyväksyminen yhdessä kuvaavat viisautta, ei mikään yksinään; vakaata suhtautumista elämään ja maailmaan, mikä koostuu älyllisten toimintojen ja huumorin integraatiosta, rajallisuuden hyväksymisestä ja pysyvästä arvomaailmasta. Empatiafaktoriin sijoittuu myös Kohutin määrittelemä huumori, jossa olennaista on kyky suhtautua itseensä ja läheisiinsä myös huumorilla, anteeksi-antavasti. Käsitteeseen sisältyy ajatus, että terapeutin kyky suhtautua hyväksyvästi myös omiin puutteellisiin puoliinsa on merkityksellistä.

Levitt ja Piazza-Bonin (2016) tutkivat seitsemäntoista useiden kollegoiden viisaiksi nimeämää psykologia ja psykoterapeuttia tunnin pituisella puolistrukturoidulla puhelinhaastattelulla. Tutkittavista kahdeksan oli naisia, yhdeksän miehiä, ja heillä oli 17–40 vuotta kokemusta. Keskeinen kysymys oli: "Kuinka määrittelet viisauden psykoterapiassa?" Tehtiin myös joitakin tarkentavia kysymyksiä, kuten: "Miten määrittelet viisauden?" ja "Kuuluvatko esimerkiksi älykkyys, tunne, psykoterapeutin persoonalliset piirteet ja vuorovaikutukselliset taidot viisautteen?" Tutkimustulosten mukaan tutkittavat kuvailivat kliinistä

viisautta niin, että olennaista on terapeutin itsessään kokema potilaiden herättämä tunne, hänen psykoterapiateoriaansa sekä omat kokemuksensa vastoinkäymisistä, erilaisuuksista ja läheisistä ihmissuhteistaan. Näiden avulla terapeutit voivat auttaa potilaitaan tutkimaan epäselvyyksiä, moniselitteisyyksiä ja haavoittuvuuksia. Klusterissa 5 olivat terapeutin keskeiset, viisautteen liitetyt ominaisuudet heikkoja. Huomioitavaa on tietenkin, etteivät tämän tutkimuksen kaksi viisauksäsitettä olleet samoin määriteltyjä, mutta olivat kuitenkin sisällöllisesti samansuuntaisia.

Viidennessä klusterissa kiinnittää huomiota eräänlainen neutraalisuus ja etäisyys. Terapeutteja oli kuvattu tunnelman perusteella ensimmäisessä (11/11 terapeuttia) ja kolmannessa (8/11 terapeuttia) sisältöluokassa esimerkiksi sanoilla "asiallinen", "helppo olla", "neutraalisuus", "ns. liikahelpous olla tilanteessa", sekä "alkuun lyhytvastauksinen, rytmitön tunnelma", "etäinen yksinmieltijä", "alussa vaikea lähteä haastateltavaksi".

Viidennessä klusterissa terapeutin Empatia, eläytyminen oli heikohkoa. Sandell, Carlsson ym. (2006) pohtivat tutkimuksessaan, vaikuttiko terapeuttien ylikorostunut neutraalisuus ja pidättyvyys huonoimpiin tuloksiin psykoterapiassa tai voisivat terapeutit liian neutraaleina ja pidättyvinä tehdä pahaa potilailleen (Grant & Sandell, 2004; Sandell ym., 2002). Olen pohtinut samaa ongelmaa koulutusanalyytikkotutkimuksessani vuonna 2004 (Lehtovuori, 2006) ja artikkelissani kirjassa Mikä psykoterapiassa auttaa (Lehtovuori, 2012). Tekninen neutraliteetti ja vuorovaikutuksen etäisyys jättävät mielestäni varhaisesti vaille jääneen potilaan liian yksin kohtaamattomuuteen, hätään ja varhaiseen rai-voon. Dalyn ja Mallincrodtin (2009) tutkimuksessa kokeneet terapeutit kertoivat, että he tarjosivat potilailleen erilaisia kiintymykseen liittyviä olosuhteita ja menetelmiä niin hoitojen alussa kuin keskivaiheilla. Terapeutit huomioivat ja vaihtelivat läheisyys-etäisyyttä, kiinnittivät huomiota potilaan rytmiin, ajoitukseen ja potilaan rytmiä lukevaan sanoitukseen.

Tutkimukseni ei anna tietoa siitä, millainen suhde viidennen klusterin terapeuteilla ja heidän potilaillaan oli. Laadullisen tarkastelun ja vastatunteiden perusteella voisi kuitenkin helposti arvioida, että jotakin katkoksellisuutta olisi, sillä paljon etäistä, "yksinpuhuvaa", liikahelpoa, pudottavaa haastattelussa ilmeni tunnelmassa ja vastatunteissani. Safran ja Muran (1996, 2000) ja Safran, Muran ja Eubanks-Carter (2011) ovat kuvanneet katkosten, "kuprujen", merkitystä terapioissa. He määrittelevät katkoksen allianssissa jännitteisyydeksi tai katkokseksi yhteistyöhön liittyvässä suhteessa potilaan ja terapeutin välillä.

Tunnelmakuvauksissa ei tullut esille voimakkaita vihanilmauksia, päinvastoin, kovin piilossa olevaa ja salakavalaa vihamielisyyttä. Arvioitsija koki usean terapeutin kohdalla hyvin hienovaraisen mitätöivää tunnelmaa haastattelutilanteissa ja herääviä loukkaavuuden ja halveksunnan vastatunteita itsessään. Usein terapeutin kerronta eteni omissa maailmoissaan, etäällä, ja toisaalta kerronnoissa oli yhtäkkisiä, ei-ennustettavissa olevia tunnelman- ja sävynvaihteluja.

Toisena sisältöluokkana (9/11 terapeuttia) oli "tunteiden, erityisesti vihan-tunteiden niukkuus, piiloaggressiivisuus", esimerkiksi: "puhuiko osan tunteista

pois?”, ”alla enemmänkin kriittisyyttä, vihaa peittyy syyllisyyden alle?”, ”taustalla jäynävä viha”, ”ns. tyytyväinen – missä vihantunteet?”

Elkin, Falkonnier, Smith, Canada, Henderson, Brown ja McKay (2014) havaitsivat, että terapeutin negatiivinen käyttäytyminen (keskeytykset flowssa, luennointi ja nuhteet sekä kriittisyys ja tuomitsevuus) kahden ensimmäisen terapiatunnin aikana ennusti aikaista hoidon keskeytystä. Merkityksellistä sen sijaan oli positiivinen terapeutin ilmapiiri (huolehtivuus ja myötätuntoisuus, kunnioittavuus, yhteensopiva keskustelu, tarkoituksenmukainen emotionaalinen intensiteetti) sekä terapeutin reagoitiherkkyys ja vastaanottavuus, jotka ennustivat sekä potilaan myönteistä terapeutin suhteen kokemusta että potilaan jäämistä hoitoon.

Verrattaessa klusterin 5 ensimmäistä, toista ja kolmatta sisältöluokkaa edellä mainittuihin hoidon alusta ja katkoksista saatuihin tutkimustuloksiin, on pääteltävissä, että erityisesti hoitojen alussa tarvittaisiin potilaan rytmiä lukevaa otteellisuutta, etäisyys-läheisyysvuorottelussa (Alvarez, 1992; Lehtovuori, 2006; Tschuschke ym., 2015). Muutoin on riski, että varhaisesti kannattelematon potilas ”putoilee” vuorovaikutuksesta – ja on vaarassa keskeyttää hoidon – tai jää vahvaan pettymyksestä johtuvaan raivoon (mm. Lehtovuori, 2012).

Söderbergin ym. (2014) mukaan struktuurin, hoitosuunnitelman ja hoitosopimuksen koostava, rakentava, turvaa tuova perustehtävä sekä terapeutin kyky huolehtia rajoista ovat terapiatyöskentelyssä olennaisia. Voisiko vastatunteitteni epämääräisyys olla omalta osaltaan selittämässä viidennen klusterin tulosta? Vastatunteissani koin erittäin vahvasti lähes kaikkien terapeuttien kanssa niin sanottua sujuvaa yksinkerrontaa. Miten koostumattomampi potilas pysyy työskentelyrytmissä, ellei ole selkeää sopimusta, hoitotavoitetta, ja erityisesti, jos potilas on turvattomasti kiinnittynyt eikä terapeutti kannattele häntä silloin, kun se ei sisäisesti ole vielä mahdollista potilaalle. Kohtaamattomuus avaa myös pettymyksen ja raivon tunteita, jotka liittyvät potilaan omiin varhaisiin ja usein turvattomiin sisäistykseen.

Nissen-Lien ym. (2010) mukaan terapeuttien varhaisessa allianssissa kokeman vihamielisyyden ja terapeutin potilasta kohtaan kokeman frustraation vaikutus oli vahvasti negatiivisesti vaikuttava. On myös havaittu, että terapeutin kyky vastata potilaan vihaan adekvaatisti johtaa vahvempiin alliansseihin (Safran & Muran, 2000). Henryn ym. (1986, 1990) mukaan potilaat, joita olivat hoitaneet vihamieliset, itsekritiset ja vähemmän itsestään huolehtivat terapeutit, raportoivat vähempää paranemista ja enemmän terapian negatiivisia vaikutuksia lyhyessä psykodynaamisessa terapiassa. Tulosten perusteella voi olettaa, että terapeutit, joilla on vihamielisiä sisäistykseen, vaikuttavat potilaisiin niin, että näiden jo aiemmin epäterveet sisäistykset vain vahvistuvat. Henryn ym. (1993) tutkimustulokset taas osoittivat, että terapeuteilla, jotka olivat vihamielisiä itseään kohtaan, mahdollisesti sen takia, miten heitä oli hoidettu lapsina, oli taipumus olla vihamielisiä myös potilailleen. On myös havaittu, että terapeutin lapsuudenaikaiset negatiiviset havainnot vanhemmistaan siirtyvät negatiivisiin vuorovaikutuksellisiin suhteisiin terapiatunneilla (Hilliard ym., 2000).

Edellisten tulosten perusteella on mahdollista päätellä, ettei terapeutin sisäinen itsen tutkiminen ja omien ongelmien työstö ole ollut riittävää kestääkseen potilaan hoidon alussa usein esilletulevaa, hyvin piiloista, varhaisesta vaille jäännistä johtuvaa raivoa (mm. Kohut, 1985; Lehtovuori, 2012; Tähkä, 1996). Terapeutti provosoituu ja potilaan kokema trauma toistuu ja jatkuu. Terapeutin negatiiviset tunteet, tunnelmat ja käyttäytymiset aiheuttavat huonoa yhteistyöilmapiiriä – ja täten vahingoittavat potilasta (Castonguay ym., 2010).

Marmarosh ym. (2009) havaitsivat tutkiessaan teoreettiselta taustaltaan monipuolista terapeuttijoukkoa, että negatiivinen transferenssi ennusti vähempää oiremuutosta lyhytterapioiden lopussa. On myös havaittu, että negatiivinen transferenssi, erityisesti lyhytterapian loppupuolella, erotti toisistaan onnistuneimmat ja epäonnistuneimmat hoidot (Gelso, Kivlighan, Wine, Jones & Friedman, 1997). Tämä tutkimus ei ollut lyhytterapiatutkimus lyhytterapiatekniikoihin, vaikka osa tutkimuksen terapioista oli lopettamisvaiheessa olevia terapioita 12. kuukauden kohdalla. Mutta toisaalta suuri osa hoidoista oli vasta siirtymässä niin sanottuun keskivaiheen työskentelyyn, mistä voisi päätellä, että alun negatiivinen transferenssi saattaisi vaikuttaa myös hyötyyn 12. kuukauden kohdalla.

On myös havaittu, että terapeuteilla, jotka olivat voimakkaasti ahdistuneita, oli myös matalampi empatiataso (Rubino, Barker, Roth & Fearon, 2000). Mikäli vastatransferenssitunteita ei ymmärretä eikä kontrolloida, ne vahingoittavat terapeutista prosessia (Gelso & Hayes, 2001). Vastatransferenssitunteiden käsittely edellyttää itsetuntemusta, minän integraatiota, ahdistuksen säätelyä, käsitteellistämiskykyä ja empatiaa (Gelso ym., 2002).

Olisiko esimerkiksi kuudennen klusterin terapeuttien hoidoissa ollut pääasiallisesti vallalla ensimmäisen vuoden aikana positiivinen transferenssi? Positiivisen transferenssin on todettu olevan yhteydessä jopa ulkopuolisten arvioitsijoiden arvioimina syväluotaaviin ja onnistuneisiin terapiatunteihin (Markin, McCarthy & Barber, 2013). On osoitettu, että transferenssitulkinnat kuljettavat kohti oivallusta, minkä taas on havaittu olevan yhteydessä sisäiseen muutokseen ja hyvään tuloksellisuuteen (Johansson, Høglend, Ulberg, Amlo, Marble, Bøgwald, Sørbye, Sjaastad & Heyerdahl, 2010).

On myös huomioitava, että potilaiden vihamieliset, negatiiviset ja torjuvat suhtautumistavat saattavat vaikuttaa terapeutin käyttäytymiseen. Blattin (2004, 2008) mukaan potilaan kyky muodostaa suhteessaoloja riippuu positiivisista representaatioista hoitavista toisista ja kokemuksesta olla toisen antaman hoidon arvoinen. Ja toisaalta itsekriittisyys assosioituu negatiivisiin representaatioihin itsestä ja hoitavista toisista, huonoista sosiaalisista suhteista ja heikentävistä tekijöistä psykoterapeuttisessa suhteessa (Blatt, 2004, 2008; Shahar, 2015; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004).

Wallin (2007) on kuvannut erilaisia terapeutti-potilaspareja kiintymyssuhteenäkökulmasta. Viidennen klusterin huonon tuloksen tarkasteluun ja tuloksen ymmärtämiseen sopii sekä välttelevän ja takertuvan potilaan että välttelevän ja takertuvan terapeutin yhteistyöskentelykuvaus, vaikkeivät terapeuttien eivätkä potilaiden kiintymyssuhteet olekaan tiedossa. Wallin kuvaa terapeutin kiinty-

myssuhdetta välttelevän potilaan kanssa: ”Välttelevä terapeutti voi jäädä pais-
tattelemaan potilaan ihailuun, ja takertuva terapeutti voi tuntea itsensä epämu-
kavaksi idealisoinnin edessä”. Eli on riski, ettei kummassakaan huomata ideali-
sointia defensiivisyyden palveluksessa olevana. Välttelevä terapeutti korostaa
sanojen ja tulkinnan merkitystä. Takertuva terapeutti kykenee empatiaan ja pe-
lastamaan potilasta, muttei rakentamaan uutta. Turvallinen terapeutti sen sijaan
lukee potilaan syvimpiä tunteja suhteessa erilaisiin kiintymyssuhteisiin. Tera-
peutin tulisi kiinnittää huomiota seuraaviin työskentely- ja suhteessaolotapoi-
hin vuorovaikutuksessa välttelevän potilaan kanssa: Tulee seurata potilaan
tunnetta ja ruumiillisia oireita ja kuunnella itseään. Omien tunteiden tuominen
terapiaan saattaa auttaa potilasta. Terapeutin subjektiivisuus helpottaa potilaan
erillisyyttä, mutta terapeutin neutraliteetti, sulkeutuneisuus ja ylikontrolloivuus
ovat riskejä. Vuorovaikutuksessa takertuvan potilaan kanssa terapeutin tulisi
kiinnittää huomiota sanattomaan viestintään ja omaan tunnekokemukseensa.
Terapeutin tulee tehdä tilaa tavalle tuntea ja kokea läheisyyttä, ei kieltää sitä.
Riippuvuutta ei tule tukea, mutta tulee vastata tarpeisiin. Terapeutin tulee hilli-
tää yli-innokkuus ja kestää kaipaukset. Terapeutin läsnäolo on tärkeää (Wallin,
2007). Haastattelutilanteissa mukana olleena, vastatunteideni perusteella, voin
eläytyä siihen, etteivät kohtaamiset ehkä mahdollistuneet edellä kuvatuin ta-
voin.

Neljättä sisältöluokkaa (6/11 terapeuttia) kuvasi ”hieman riippuvaissä-
vyinen lämpö läheisissä ihmissuhteissa”, esimerkiksi ”lapsuuteen takertumista
oli haastattelun yleissävyssä voimakkaasti”, ”riippuvaissävytteisiä suhteita” ja
”vaikea irrottautua lapsista, sitova”.

Degnanin ym. (2016) kirjallisuuskatsauksessa, jossa oli mukana myös seit-
semän yksilöterapiaa, havaittiin, että turvallisesti kiinnittyneet terapeutit loivat
vahvempia alliansseja potilaidensa kanssa. Tutkimusten perusteella arveltiin,
että kiintymyssuhteella saattaa olla tärkeämpi merkitys suhteen luomisen alku-
vaiheessa. Vain yhdessä tutkimuksessa oli käytetty ulkopuolisia arvioitsijoita
(Ligiero & Gelso, 2002).

Dingerin ym. (2009) tutkimuksessa terapeuttien turvallinen kiintymys-
suhde sen sijaan ei ollut yhteydessä allianssin lisääntymiseen, mutta terapeutit,
joilla oli takertuva kiintymyssuhde, muodostivat heikompia alliansseja. Dinger
ym. pohtivat, että on mahdollista, että terapeutit kykenevät hoitamaan amma-
tillisten taitojensa perusteella potilaitaan, vaikka heidän kiintymyssuhteensa
onkin turvaton. On mahdollista, että takertuvasti kiintyneet terapeutit tuovat
terapiasuhteeseen riippuvuutta ja kontrollia säädelläkseen etäisyyttä. Tämä voi
vuorostaan aiheuttaa potilaassa vetäytymistä, heikentäen allianssia. Dingerin
ym. tutkimuksessa käytettiin ulkopuolisia arvioitsijoita, kuten tässäkin tutki-
muksessa. On mahdollista, että 5. klusterin terapeutit saavat terapioiden myö-
hemmissä vaiheissa parempia tuloksia ammatillisten taitojensa turvin. Toisaalta
voidaan pohtia, ymmärretäänkö esimerkiksi psykoanalyttisissa ja psykody-
naamisissa suuntauksissa riittävästi nykyihmisten, erityisesti ahdistuspotilai-
den, monenlaisista varhaisen vuorovaikutuksen ”aukollisuuksista” johtuvia
seuraamuksia. Mikäli varhaista hätää ei ymmärretä riittävästi, niin jätetäänkö

tällöin huomioimatta myös potilaan sisäistä, oman itsen kannattemattomuudesta johtuvaa katkoksellisuutta työskentelysuhteessa. Tällöin potilaan on vaara jäädä kohtuuttoman yksin ja keinottomaksi.

Potilaat, jotka ovat varhaisesti häiriintyneitä, joilla mentalisaatiokyky (Fonagy & Target, 1997) on heikko, kokemuksellisuus konkreettista ja hennosta vuorovaikutuksellisuudesta johtuva symbolisaatiokyky kehittymätön, sijoittavat psykoterapiavuorovaikutussuhteessa kokemaansa psykoterapeuttiin. Mikäli psykoterapeutin oma mentalisaatiokyky, oman itsen säätely, erityisesti oman itsen rajat, eläytyminen ja omien vaillinaisten, hankalimpien puolien hyväksyminen on vaillinaista, on psykoterapeutin vaikeaa sisällyttää ja säilöä potilaan kokemaa. Psykoterapeutilla on tällöin iso riski hätäntyä, lähteä toimimaan, niin sanotusti päälleliimaamaan omia, itsestä nousevia, potilasta kohtaamattomia, potilaan tilanteeseen sopimattomia tulkintoja, jolloin potilaan trauma jatkuu (Lehtovuori, 2012). Matti Keinänen (2015a,b) tuo esille näkemystään psykoositasoisten ja rajatilaisten potilaiden kyvyttömyydestä nähdä itsensä erillisenä toisesta ja itsensä ilmaisemisen erilaisina toiminnallisina ratkaisuuina. Hänen mukaansa hoidossa on tällöin ensisijaisen tärkeää kiintymyssuhteen rakentumisen vankistuminen ennen mentalisaatiota edistäviä interventioita ja varsinaista transferenssi-vastatransferenssityöskentelyä. On mahdollista, että viidennen klusterin terapeutit lähtevät psykoterapioissa työstämään potilaidensa mielenmaisemia ja ongelmia ikään kuin koostuneempien potilaiden hoitomenetelmin. Potilailta, jotka ovat masentuneita ja ahdistuneita, saattaa olla kannattemattomuudesta johtuvaa sisäistä rytmittömyyttä ja mielen kannattemattomuutta, jota ei läheskään tarpeeksi huomioida diagnooseissa ja nykyhoidoissa. On olennaisen tärkeää, että psykoterapiavuorovaikutuksessa rakennetaan ensin perusturvaa ja luottamusta potilaan rytmin mukaan. Ikään kuin kutsutaan potilasta vuorovaikutukseen potilaan antamia vihjeitä yhdessä avaten ja sisäistä kertomusta rakentaen. Merkityksellistä on potilaan tarpeen mukainen emotionaalinen saatavillaolo. Vasta sitten, kun vuorovaikutuksellisuus, symbolisaatiokyky ja sanallinen ilmaisu ovat mahdollistuneet ja vahvistuneet, voidaan lähteä tulkitsemaan symboleja ja laajempaa käsitteellistämistä edellyttävää mielensisäistä kokemuksellisuutta (Biringen & Easterbrooks, 2012; Lehtovuori, 2012; Söderberg ym., 2014).

Castonguay ym. (2010) kuvaavat tutkimuskoosteessaan heikkoa tulosta kuvailevia, negatiiviseen hoitotulokseen vaikuttavia tekijöitä: terapeutin ahdistunut kiintymyssuhde, huono itsetunto, liian hyvä tunteiden ilmaisukyky, huoli, impulsiivisuus, vihamieliset sisäistykset, negatiiviset muistikuvat vanhemmista, vastaukset, jotka eivät liity asiayhteyteen.

On mahdollista, että viidennen klusterin terapeutit, omien varhaisten representaatioidensa vuoksi, rakentavat hitaammin tai hennommin vuorovaikutussuhteita potilaidensa kanssa hoitojen alussa. Heitä kuvattiin tunnelman mukaan muun muassa seuraavasti: "lapsuuteen takertumista oli haastattelun yleisävyssä voimakkaasti", "kiinni lapsuuden vanhemmissa, itsenäistymistempaisuja" ja "vaikea irrottautua lapsista, sitova". Näillä terapeuteilla voi olla taipumus liian tungettelevaan läheisyyteen potilaidensa kanssa, mikä heijastelisi las-

ta vanhemman tarpeiden tyydyttäjänä, vanhemman tunkiessa näin lapsen kokemusmaailmaan. Tällöin he eivät ehkä kestä myöskään potilaan sanatonta häntä ja hyvinkin piilossa olevaa varhaista raivoa, joka avaa hyvinkin salakavalalla tavalla terapeutin omaa kohtaamatonta.

Clemens (2010) tarkastelee terapeuttia uutena kehitysobjektina. Hän pohtii varhaisten vaille jääntien, riippuvuuden, ahdistusten ja epävarmuuksien tuomaa haastetta psykoterapeutille. Hänen mukaansa tiukat formaatit pitävät riippuvuuden poissa. Rajat ja sopimukset tuovat turvaa. Potilaat etsivät ihmistä, johon voi luottaa. Tarpeiden tullessa kohdatuiksi on mahdollista kokea vähemmän ahdistusta, kiinnittyä ja tulla riippuvaiseksi.

Klusteriin 5 sijoittuvan yksittäisen terapeutin potilailla on erilaisia tuloksia. Terapiasta saatuun hyötyyn liittyvät tutkimustulokset näyttäisivätkin viittaavan siihen, että terapeutit tulevat toimeen eri tavoin erilaisten potilaiden kanssa (Baldwin & Imel, 2013). Viidennessä klusterissa näyttäisivät korostuvan erityisesti terapeutin teknistä neutraliteettia korostava suhtautumistapa, kohtaamaton vuorovaikutuksellisuus ja omien vaillinaisten puolien sisäinen epävakaus.

5.2.6 Terapeutin oman hoidon merkitys tuloksellisuuden ennustajana

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin terapeuttien kokeman oman hoidon merkitystä työlle ja elämälle ylipäätään. Alkuperäinen kiinnostukseni oman hoidon merkityksen tutkimiseen vahvistui viidennen klusterin ja siinä saadun hyödyn tutkimustuloksesta. Schneiderin ym. (2014) tutkimuksen tulos tuki terapeuttien omasta hoidosta saatujen kokemusten kartoitusta tässä tutkimuksessa. Minua kiinnosti myös se, olisiko oman hoidon ja huonon hyödyn välillä jokin ymmärrettävissä oleva yhteys.

Mielellään ollaan sitä mieltä, että tehokkaat terapeutit ovat parempia vaikeiden potilaiden kanssa kuin muut. Struppin ja Binderin (1985) mukaan terapeuttien vaikeudet vaikeiden potilaiden kanssa johtuvat terapeuttien omista vaikeuksista. Castonguayn ym. (2010) mukaan jokaisella terapeutilla on omat haavoittuvuutensa ja heikkoutensa. Olennaista on se, miten terapeutit pohtivat ja työstävät oman menneisyyden tai nykyisyyden vaikutuksia potilaiden hoidossa. Mahoney (1997) on havainnut monien kliinikoiden kokevan oman koulutuspsykoterapiansa hyödylliseksi sekä työlleen että elämälleen.

Haastatteluista saatujen vastausten perusteella terapeuttien kokemus omasta hoidosta oli hyvin positiivinen. Terapeuttien omaterapiavastauksissa neljä useimmiten toistunutta kuvausta olivat: merkinnyt paljon (12 terapeuttia), ratkaiseva (12 terapeuttia), tärkeä (20 terapeuttia) ja välttämätön (5 terapeuttia).

Klustereiden välille ei löytynyt laadullisessa kartoituksessa isoja eroja. Klusterissa 4 oli kuusi terapeuttia, joista kolme ei ollut saanut terapiaa eikä neljäskään varsinaista terapiaa. Neljännessä klusterissa Luova tahdonvoima oli hyvin suurta, Empatia, eläytyminen erittäin heikkoa ja Kyky läheisiin ihmissuhteisiin keskitasoa. On mahdollista, että heikko eläytyminen johtuu joiltakin osin oman hoidon puutteesta. Viidennessä klusterissa yhdestätoista terapeutista kymmenen sijoittui johonkin edellä mainituista neljästä kuvauksesta. Terapeut-

tien kokemukset omista hoidoista olivat siis erittäin hyviä. Vastaukset olivat kuitenkin lyhyitä, ja kerronta loppui useissa äkisti, samoin haastattelija koki katkoksen tunnelmia. Viidennessä klusterissa terapeutit mainitsivat pitkistä omista hoidoista. Suurella osalla tutkimukseni terapeuteista oli takanaan pitkiä hoitoja, mutta tässä klusterissa hoitojen pitkiä kestoja tuotiin erityisesti esiin. On mahdollista, että viidennen klusterin terapeuteilla on ollut erityinen tarve hoidattaa itseään. Vai onko heidän ollut vaikea irrottautua, ja he ovat jääneet riittämättömästi omassa hoidossakin erillistymättä? Joillakin oli myös eri tavoin jatkunutta henkilökohtaista yhteyttä terapeuttiinsa terapian loputtua. Hoidoissa oli myös yhtäkkisiä menetyksiä. Jatkoivatko nämä terapeutit kohtaamattomuuden, niin sanottujen pudotusten ketjua?

Sandell, Carlsson ym. (2006) pohtivat, samastuvatko psykoanalyysissa olevat liikaa psykoanalyysiin ja psykoanalyttikkoon, jolloin psykoterapian tekeminen voi olla vaikeampaa. On myös oletettu, ettei psykoanalyysi ehkä perinteisesti välttämättä perustu aitoon vastavuoroiseen vuorovaikutukseen. Tällöin on mahdollista, että potilas psykoterapiassa jää liian yksin. Omassa tutkimuksessani psykoanalyttikot olivat yliedustettuina, kuten Sandellin ym. (2002) tutkimuksessakin. Olen pohtinut, onko mahdollista, ettei psykoanalyysi psykoterapeutin omana sisäisenä hoitokokemusmallina toimikaan riittävän hyvin psykoterapioissa. Psykoterapioissa käy usein sisäisesti koostumattomia, heikosti itseään sääteleviä ja rajaavia ahdistus- ja masennusoireisia potilaita. Ehkä varhaisesti häiriintyneet potilaat eivät näiden häiriöiden vuoksi ainakaan hoidon alussa kykene itsensä vuorovaikutukselliseen kannatteluun ja mielikuvata-solla työskentelyyn. Myös Helsingin Psykoterapiatutkimuksen potilaat olivat masennus- ja ahdistuspotilaita. Terapeutit voivat joutua myös eräänlaiseen hoitokierteeseen hakien itselleen aina vain enemmän hoitoa. Psykoanalyysin käyneet eivät ehkäpä kykene vastaamaan reflektiivisesti varhaisten häiriöiden potilaidensa rajuihin pudotuksiin, mitätöinteihin ja varhaiseen raivoon. Fancher (1990) on kiinnittänyt huomiota siihen, että on iso ero siinä, onko koulutushoito psykoterapia vai psykoanalyysi. Rawn (1991) on pohtinut, onko psykoanalyysi lainkaan hyvä hoito psykoterapeuteille.

Mielestäni olennaista on se, miten vuorovaikutuksellista, omassa psykoterapiassa tai psykoanalyysissä olevan psykoterapeutin tai psykoanalyttikon tarpeita ja rytmiä lukevaa oma hoito on ollut ja miten on työstetty itsen puutteelliset puolet – lähelläolon mahdollisuudet ja omat hankalat tunteet. Omassa hoidossa sisäistetty malli siirtyy myös potilastyöhön.

5.2.7 Terapeutin antaman terapiamuodon suhde terapiasta saatuun hyötyyn

Tässä tutkimuksessa terapeutin antaman terapiamuodon suhde terapiasta saatuun hyötyyn ei perustu potilaiden oiremittauksiin (vrt. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen useat tutkimukset), vaan koulutettujen psykoterapeuttihaastattelijoiden arvioon hoidoista 12. kuukauden kohdalla. Haastattelijat arvioivat potilaiden terapiasta kokemaan hyötyä 12. kuukauden kohdalla asteikolla nollassa (ei lainkaan hyötyä) seitsemään (hyvin paljon hyötyä). Hyötyarviot olivat 12. kuukauden kohdalla terapiamuodosta riippumatta keskimäärin kolmesta (mel-

ko vähän) neljään (jonkin verran). Eri terapiamuotojen hyötyerot eivät siis olleet suuria. Tutkimuksessani ulkopuoliset haastattelijat arvioivat pitkää psykodynaamista psykoterapiaa tekevien psykoterapeuttien potilaiden hyötyvän terapiasta 12. kuukauden arvioinnissa keskimäärin enemmän kuin niiden potilaiden, joiden terapeutit eivät tee pitkää psykodynaamista psykoterapiaa. Tulos oli riippumaton psykoterapeuttien ominaisuuksista.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen viiden vuoden seurannassa terapian pituus osoittautui tärkeäksi vaikuttavuuden kannalta: lyhyet terapiat vaikuttivat nopeammin, mutta pidemmät hoitomuodot olivat vaikuttavampia pidemmässä seurannassa. Terapiatulos oli parhaimmillaan kunkin terapiamuodon päättyessä: lyhyissä noin vuoden, pitkässä terapiassa noin kolmen vuoden ja psykoanalyysissä noin viiden vuoden seurannan kohdalla (Knekt ym., 2010). Kymmenen vuoden seurannassa 74 %:lla potilaista ei enää ollut kliinisen asteista psykiatrista oireilua. Pitkän psykodynaamisen psykoterapian ja lyhyiden terapioiden (psykodynaaminen ja voimavarasuuntautunut) tuloksellisuuserot olivat melko pieniä, mutta pitkä psykodynaaminen psykoterapia oli tilastollisesti merkitsevästi tuloksellisempaa oireiden poistumisessa ja työkykyisyyden paranemisessa. Erojen pienuudet saattoivat johtua siitä, että lyhyissä terapioiden käytettiin paljon muita hoitokeinoja lyhytterapioiden rinnalla (Knekt, Virtala, Härkänen, Vaarama, Lehtonen & Lindfors, 2016). Miksi tässä terapeuttien ominaisuuksiin kohdistuneessa tutkimuksessa ulkopuoliset haastattelijat arvioivat vain pitkää psykodynaamista terapiaa tehneiden terapeuttien potilaiden hyötynneen terapiasta 12. kuukauden arvioinnissa keskimäärin enemmän kuin niiden potilaiden, joiden terapeutit eivät tehneet pitkää psykodynaamista psykoterapiaa? Miksi esimerkiksi lyhyttä psykodynaamista terapiaa tehneiden terapeuttien potilaat eivät hyötynneet keskimäärin enemmän kuin muita terapiamuotoja tehneiden terapeuttien potilaat? Osa lyhyistä terapioiden oli myös päättynyt noin 12. kuukauden kohdalla. Tässä tutkimuksessa ulkopuoliset arvioitsijat arvioivat sekä terapeutin että potilaan kokeman hyödyn. Haastatteluilla ja ulkopuolisen arvioinnilla tavoitetaan oletettavasti koetun hyötymisen eri puolia kuin kyselylomakkeilla.

Laaksosen ym. (2013) tutkimuksen mukaan huonoja soveltuvuusarvoja saaneet potilaat hyöttyivät pitkistä psykodynaamisista psykoterapioista enemmän kuin vastaavanlaiset potilaat lyhyissä terapioiden. Nykyaikana monet potilaat ovat jo niin varhaisesti häiriintyneitä, vaikeasti masentuneita ja ahdistuneita, että oman mielen kannattelu ja työskentely oman itsen, tunnelmien ja mielikuvien varassa on vaikeaa. Näille potilaille pitkä psykoterapia sopii hyvin, muun muassa katsekontaktin mahdollisuuden ja sanattoman vuorovaikutuksen suuremman seuraamisen vuoksi. Oletettavasti pitkiä psykodynaamisia psykoterapioita tehneet psykoanalyttikot kykenivät mahdollisesti muuttamaan tässä tutkimuksessa työskentelytapansa potilaiden oireiden vaikeusasteen ja potilaan tarpeiden mukaan.

Heinosen ym. (2013) mukaan pitkässä psykodynaamisessa psykoterapiassa terapeutit kokivat yhteistyönsä paremmaksi silloin, kun he olivat arvioineet itsensä yksityiselämässään avoimiksi ja lämpimiksi. On myös havaittu, että te-

rapeutin arviot itsestään neutraalina, etäisen pidättyväisenä ja katkonaisen hajanaisena ennustivat huonompaa allianssia pitkässä terapiassa sekä potilaan että terapeutin arvioimana (Hersoug ym., 2009). Tässä tutkimuksessa eri terapiamuotojen hyötytulos ei riippunut terapeutin ominaisuuksista 12. kuukauden kohdalla.

Tutkimukseni potilaat olivat käyneet 12 kuukauden ajan hyvin erilaisissa terapioissa, hyvin erilaisen psykoterapiakoulutuksen saaneiden terapeuttien luona. Dietzelin ja Abelesin (1975) vanhan tutkimustuloksen mukaan vain alussa ja lopussa terapeuttien ja potilaiden samanlaisuus tuottaa hyvää – eli riittävä erilaisuus terapian keskivaiheilla tuottaa tulosta. Olisi ollut mielenkiintoista tutkia, millaisia tuloksia olisi saatu samojen terapeuttien kanssa kolmen ja viiden vuoden kohdalla sekä terapioiden loputtua. Oma oletukseni on, että hyötytulokset olisivat saattaneet muuttua hoitoprosessin loppuvaiheessa ja terapioiden seurannassa.

Slavin-Mulfordin, Hilsenrothin, Weinbergerin ja Goldin (2011) tutkimuksen mukaan sekä potilaiden että ulkopuolisten arvioitsijoiden tulokset osoittivat, että alkuvaiheessa arvioidut psykodynaamiset interventiot olivat positiivisessa suhteessa ahdistusoireiden muutoksiin. Lisäksi huomattiin, että useat psykodynaamisen menetelmän tekniikat olivat merkityksellisesti suhteessa tulokseen, kuten fokusointi toiveisiin, uniin, fantasioihin ja varhaisiin muistoihin; nykyisten havaintojen ja tunnelmien linkittäminen menneisyyteen; tyypillisten suhteessaolomallien korostaminen ja potilaan auttaminen ymmärtämään kokemuksiaan uudella tavalla. Tutkimuksen psykoterapiat olivat eri vaiheissa 12. kuukauden kohdalla, mutta on mahdollista, että kyseiset menetelmät olivat merkityksellisiä myös tässä vaiheessa.

On tärkeää huomioida, että hoidon alussa terapeutti, joka kykenee välittämään toivoa sekä positiivisia toiveita ja odotuksia, voi lisätä enemmän hoidon tuloksellisuutta kuin sellainen, joka on vähemmän vakuuttava (Wampold & Imel, 2015). Potilaat, jotka odottavat nopeaa helpotusta terapiasta, saattavat olla hyvin vastaanottavaisia terapeutin välittämälle toivolle, lämmölle ja ymmärrykselle (Forand & Debureis, 2013).

Leichsenring ja Rabung (2008) tekivät meta-analyysin, jossa oli pitkiä psykodynaamisia terapioita kestoltaan vähintään vuosi tai 50 käyntikertaa. Potilaila oli vaikeita ongelmia ja moniongelmaisuutta. Tutkittiin potilaita, ei terapeutteja. Mukana oli kaksi ulkopuolista arvioitsijaa. Tutkimuksessa havaittiin, että pitkä psykodynaaminen terapia oli vaikuttava, tehokas menetelmä niille, joilla oli vaikeita ongelmia. Tässäkin tutkimuksessa oli pääosin masentuneita ja ahdistuneita potilaita ja potilaita arvioi ulkopuolinen psykoterapeuttikoulutuksen saanut arvioitsija. Oletettavasti tämänkin tutkimuksen potilaat olivat osittain vakavammin häiriintyneitä, koska lyhyissä terapioissa tarvittiin monia lisähoitoja tutkimuksen terapioiden ohella.

Käsitys itsestä on yleensä melko pysyvä. Varhaiset sisäistykset muuttuvat melko vähän. Vakaa persoonallisuuden rakenne koostuu jo varhain suhteessa rakastaviin ja lapsen mieltä kannatteleviin vanhempiin, merkityksellisiin aikuisiin. Pitkä psykodynaaminen psykoterapia sisältää vastustuksen, defenssien ja

transferenssien työstön. Johansson ym. (2010) tutkivat transferenssitulkintojen osuutta psykodynaamisessa psykoterapiassa. Tutkimuksessa oli 100 avohoitopotilasta, joilla oli masennusta, ahdistusta ja persoonallisuushäiriötä tai ihmishuuhdeongelmia ja jotka satunnaistettiin kertaviikkoiseen vuoden terapiaan joko niin, että käytettiin transferenssitulkintoja tai että ei käytetty. Molemmissa ryhmissä oli samat terapeutit. Ihmissuhteiden toimivuutta ja omien ongelmien syvää ymmärtämistä kartoitettiin ennen terapiaa ja terapian jälkeen. Potilaat, joilla oli heikot objektisäistyksen ja jotka olivat persoonallisuushäiriöisiä, hyötyivät terapiasta, jossa käytettiin transferenssitulkintoja. Tutkijoiden mielestä omien ongelmien syvä ymmärtäminen, joka sisältää lapsuus-aikuisuus-suhteiden oivaltamisen, oli keskeinen muutokseen johtava tekijä psykodynaamisessa psykoterapiassa. Tässä tutkimuksessa ei käytetty erityisesti transferenssitulkintoja, mutta transferenssityöskentely on hyvin keskeistä pitkissä psykodynaamisissa psykoterapioissa. Täten voisi kuvitella, että terapeutin kyky tutkia terapeutin ja potilaan välistä tunteiden vastavuoroisuutta ja sijoituksia auttaisi potilasta koostumaan ja saamaan syvempää ymmärrystä vaikeuksiinsa jo hoidon ensimmäisen vuoden aikana.

On myös tutkittu terapian keston vaikutusta tuloksellisuuteen – eli sitä, mikä riittää, mikä on sopiva annos. Jo Howard, Kopta, Krause ja Orlinsky (1986) pohtivat sitä, mikä määrä terapiaa on kyllin. Terapiassa sopivaa määrää tutkitaan useimmiten terapiakertojen määrän perusteella (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Howard ym., 1986; Lambert, Hansen & Finch, 2001). Orlinsky ym. (1994) esittivät, että 64 % 156 tutkimuksesta osoitti merkityksellistä positiivista yhteyttä terapian määrän ja oireiden vähenemisen välillä, tutkimuksista 32 % ei osoittanut yhteyttä ja 6 %:ssa yhteys oli negatiivinen. Kopta, Howard, Lowry ja Beutler (1994) osoittivat, että erilaiset oireet vähenivät terapiassa eri tahtiin terapiatuntien määrän mukaan. Akuutit oireet edellyttivät viisi tuntia terapiaa, krooniset oireet 14 tuntia ja luonneoireet 104 tuntia, kukin erikseen 50 %:ssa vastauksista. Koptan ym. (1994) tutkimustulokseen vertaillen voidaan ymmärtää, että tässä tutkimuksessa vain pitkä psykoterapia oli yhteydessä terapiasta saatuun hyötyyn.

5.2.8 Haastattelumenetelmän käyttö psykoterapeuttikoulutuksissa

Tämän tutkimuksen teoreettisen kirjallisuuskatsauksen yhtenä osana oli myös psykoterapeuttikoulutuksia sekä terapeuttien omaa koulutuspsykoterapiaa kartoittava tutkimustarkastelu. Miten tässä tutkimuksessa kehitelty haastattelu sopii psykoterapeuttikoulutukseen arviointimenetelmänä? Miten tulevat psykoterapeutit ylipäättään selviävät ja voivat mahdollistaa perustehtävänsä: nykypotilaiden usein varhaisista vaille jääneistä seuranneen moniongelmaisen pahanolon lievittämisen?

Mitä koostuneempi psykoterapiakoulutukseen hakeva on erilaisilta ominaisuuksiltaan ja mitä turvallisempi kiintymyssuhteiltaan, sitä paremmin hän kykenee todennäköisesti jo koulutushoidoissaan kohtaamaan itsessään eri puolia ja säätelemään vaikeampiakin puolia itsessään suhteessa kuhunkin hyvinkin erilaiseen potilaaseensa.

Rønnestad ja Skovholt (2003) ovat todenneet, että koulutettava käy läpi eräällä tavoin samanlaisen prosessin kuin lapsi suhtautuessaan vanhempiinsa kasvunsa aikana idealisoiden vanhempiaan lapsena, kritisoiden vanhempiaan nuorena ja päätyen näkemään vanhempansa ihmisinä, joilla on samanlaisia humaaneja puolia kuin ihmisillä yleensäkin.

Strupp (1993) havaitsi, että terapeutin oma sisäistetty malli vaikutti siihen, miten terapeutti liittyi vastavuoroiseen terapiaprosessiin. On tärkeää tutkia sekä potilaan että terapeutin oma interpersoonallinen historia ja terapeutin prosessi. Terapeutin interpersoonallinen historia vaikuttaa prosessiin ja tämä suoraan tuloksellisuuteen. Mutta myös interpersoonallinen historia vaikuttaa suoraan tuloksellisuuteen (Hilliard ym., 2000), ja varhaiset suhteet vaikuttavat terapeuttiin etenkin silloin, kun tätä aluetta ei ole työstetty koulutuksen aikana.

Psykoterapeuttikoulutusten loppu- ja alkuhaastattelut tuleekin tehdä huolella. Tämän tutkimuksen haastattelumenetelmä sopii psykoterapeuttikoulutuksen valintoihin. Erityisesti haastattelu sopii psykoterapeutin kokonaispersoonallisuutta kartoittavaksi psykoterapeuttikoulutuksen loppuhaastatteluksi. Mikäli sama haastattelu, vaikkakin soveltuvien osin, tehdään sekä alussa että lopussa, voidaan nähdä myös selvemmin kunkin koulutettavan sisäinen kehitys kouluttamattomasta auttajasta psykoterapeutiksi.

Castonguay ym. (2010) ovat kartoittaneet koulutuksen vaikutuksia psykoterapialle haitallisiin tekijöihin. He tuovat esille näkökulmaa, miten mahdotonta on välttää terapeutin kyvyttömyyttä soinnuttaa olemistaan ja kokemistaan potilaan kokemaan. Heidän mukaansa olennaista on se, miten näitä vahingollisia tekijöitä ylipäättään työstetään koulutuksessa. On myös oletettu, että psykoterapeuttikoulutuksiin saadaan korjaavaa tietoa psykoterapiatutkimuksista, joissa kartoitetaan prosessia, tekniikoita ja terapiasuhdetta – sekä terapeuttien ominaisuuksia ja potilastekijöitä. Castonguay ym. (2010) kiteyttävät psykoterapeuttikoulutuksen tavoitteita: psykoterapeutti – älä aiheuta vahinkoa (do no harm).

Psykoterapeuttikoulutuksissa tulisi hyödyntää koulutuspotilailta saatua säännöllistä palautetta. Tällöin koulutettava saisi kosketuksen omiin vahvuuksiinsa ja heikkouksiinsa (Castonguay ym., 2010; Kraus ym., 2011). On myös havaittu, että koulutettavat ovat tehokkaampia tietyn tyyppisten potilaiden hoidoissa (Kraus ym., 2016). Dennyhagin (2012) tutkimustuloksen mukaan koulutettavien ahdistus ja ikävystyminen tekemillään terapiatunneilla oli vaikeasti muutettavissa eikä muuttunut koulutuksen myötä. Olisi tärkeää miettiä, miten koulutettavia tulisi tukea koulutusten alussa. Koulutettavan koko elämänkaarta kartoittava haastattelu koulutuksen alussa auttaisi koulutuksen vastuuhenkilöitä, teoriakouluttajia, työnohjaajia ja koulutettavien omia psykoterapioita antavia kouluttajia tukemaan kutakin koulutettavaa yksilöllisemmin koulutuksen alusta alkaen, jolloin myös sisäistävä oppiminen mahdollistuisi helpommin.

Kaikki kouluttajat eivät välttämättä sovellu opetustyöhön. Kouluttajien avoin ja suora vuorovaikutuksellisuus lieventää koulutettavien ahdistusta. Kernberg (2007) on tuonut esille, että koulutusyhteisöjen tulisi pyrkiä valitsemaan kouluttajia heidän innostuksensa, kompetenssinsa ja kommunikaatiokykyjensä mukaan. Stoltenberg ja McNeill (2010) ovat esittäneet, että koulutusyh-

teisön tulisi miettiä sopivia työnohjaajia työnohjattaville. Koulutuksissa on myös tärkeää pohtia, kuka soveltuu heikoimmin pärjääville koulutettaville työnohjaajaksi (Kraus ym., 2011). Tämän tutkimuksen haastattelumenetelmä sopisi erittäin hyvin henkilökohtaisen elämän ja persoonallisten piirteiden kartoittamiseen kouluttajapätevyyden arvioimisessa. Mielestäni yhäti kiinnitetään liian vähän huomiota kouluttajien henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Tekstien kirjoittaminen edellyttää erilaista kykyä kuin sisäistetyn tiedon ja kokemuksen jakaminen koulutettaville selkeästi koostaen ja sekä vuorovaikutukseen että oppimiseen innostaen. Stern (1985) puhuu vanhemman innostuneisuuden ja elinvoiman merkityksestä vauvan kehitykselle. Vapaasti soveltaen voisi ajatella, että ne ovat myös hyviä kouluttajan ominaisuuksia. Laajasti kouluttajan ammattillista kehitystä ja osaamista, henkilökohtaista elämää ja läheisiä ihmissuhteita kartoittava haastattelu selkiinnyttäisi kuhunkin koulutukseen sopivien kouluttajien ja työnohjaajien valintaa. Tässä tutkimuksessa kehitetty haastattelumenetelmä helpottaisi myös ”vahinkoa aiheuttavien”, itseään riittämättömästi hoitavien kouluttajien valintaa kouluttajatehtäviin.

Kaikki kouluttajat eivät myöskään sovi kaikille. Uskaltavatko koulutusyhteisöt rajata pois työnohjaajiksi ja kouluttajiksi soveltumattomia kouluttajia? Erityisen tärkeää olisi arvioida niiden kouluttajien soveltuvuutta, jotka tekevät koulutettavien omia koulutushoitoja. Koulutettavat eivät ehkä välttämättä tunne ennalta koulutusyhteisöjen kouluttajia ja työnohjaajia. Kouluttajille ja koulutettaville on tärkeää opettaa perusteellisesti psykoterapiatekniikkaa, huomioiden varhaisten vaille jääntien rikkonaisuudet. Siis yksinkertaisesti opettaa, miten psykoterapiaa tehdään eri tavoin häiriintyneille potilaille. Peruskäsitteiden vankka ja kliiniseen työhön koko ajan soveltava opetus on välttämätöntä. Niin sanotut vanhat nyökkäilytavat eivät enää toimi nykypsykoterapioissa. Tarvitaan terapeutin herkkyyttä ja refleктоivuutta potilaan tarpeiden mukaisesti. Täten kouluttajien ja työnohjaajien jatkuva oman itsen ja työskentelyn tarkastelu itsenäisesti, mutta myös koulutusyhteisöissä, on tärkeää. Stoltenbergin ja McNeillin (2010) tutkimuksessa terapeuttikoulutuksessa olevien koulutettavien potilaat, joilla oli negatiivinen minäkuva, tiukka itsekontrolli ja heikompi oma autonomia hyötyivät enemmän. Miksi? Hoidot tehtiin koulutustyönohjauksissa. Ehkäpä työnohjaajien tuki auttoi koulutettavia kohtaamaan negatiiviset sijoitukset ja varhaisen raivon?

Koulutuksessa tulee työstää koulutettavien vaikeita vastatunteita, hankalien ja monin tavoin negatiivisten tunteiden kohtaamista, erityisesti koulutusten alussa. Castonguay ym. (2010) tuovat esille, että työnohjaajien tulisi tukea työnohjattavia itsensä tuntemisessa, erityisesti omien vahvuuksien, rajoitusten, vuorovaikutuksellisten ja ihmissuhdehaavoittuvuuksien sekä vastatransferenssitunteisiin liittyvien sokeiden pisteiden kohdalla. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota vihamielisiin ja negatiivisiin tunteisiin. Työnohjaajien tulee myös uskaltaa tarttua työnohjattaviensa vaikeuksiin, tukien heitä ja ohjaten omiin hoitoihin. Sullivan (1953) toi esille tärkeän näkökohdan, että koulutettavia tulisi tukea olemaan sekä observoijan että osallistujan roolissa, joissa keskeistä on etäisyys-läheisyys säätely. Mielestäni ensisijaista kaikessa työnohjauksessa on

kuitenkin kunnioittava ja empaattinen työnohjattavan kohtaaminen, avoimen työskentelysuhteen vuorovaikutuksellisuuden asteittainen rakentaminen ja ylläpitäminen sekä jatkuvasti työnohjattavan työskentelyä ja työnohjaussuhdetta reflektoiva ilmapiiri Rønnestadia ja Skovholtia (2013) siteeraten. Erityisesti haastattelun oman itsen vaillinaisia puolia kartoittava osa-alue auttaa ymmärtämään sekä kouluttajien että koulutettavien heikkouksia ja vahvuuksia. Psykoterapeutin työskentelymalli siirtyy kouluttajasukupolvelta koulutettaville.

Miten voisi kokemuksellisesti auttaa ja tukea koulutettavaa oman itsensä ja vastatunteidensa kohtaamisessa, sekä kyllin lähellä – riittävän kaukana – säätelyn (Lehtovuori, 2006) tukemisessa? Mielestäni vauvahavainnointi (vauvaobservaatio) psykoterapeuttikoulutuksessa on hyvin monipuolinen vuorovaikutuksellisten taitojen ja vastavuoroisuuden kokemuksellinen opetus- ja oppimismenetelmä. Psykoanalyysin objektiivisteorioiden pohjaavan vauvaobservaation luoja ja kehittäjä 1940-luvulla oli puolanjuutalainen psykoanalytikko Ester Bick (1968). Vauvahavainnoinnissa myös työnohjaajalla on erityisen herkkä, empaattinen, reflektoivuutta ja selvärajaisuutta edellyttävä opetustehävä. Tämän tutkimuksen haastattelumenetelmä soveltuu hyvin vauvahavainnoinnin työnohjaajakoulutukseen.

Vauvahavainnoija käy perheessä vuodesta kahteen kerran viikossa tunnin ajan. Havainnointikertoja käsitellään työnohjausseminaareissa, joissa yritetään ymmärtää vuorovaikutuksen tiedostamattomia sisältöjä käyttäytymisessä ja kommunikaatiossa. Seminaareissa voi saada ryhmän työnohjauksellista tukea, mikä myös auttaa koulutusryhmää ryhmäntymään (Rustin, 1997). Psykoterapeuttikoulutettava saa monin eri tavoin kosketusta vastatunteisiinsa sekä itseensä ihmisenä, observoijana ja osallisena. Havainnoinnissa seurataan myös sanatonta käyttäytymistä ja katsekontaktin vuorovaikutuksellisuutta. Tavasta havainnoida tulee tapa eli kyky kuunnella, havainnoida, antaa tilaa, maltaa odottaa, kantaa ja säilöä tapahtumia ja tunnelmia tekemättä mitään. Havainnoija on tilanteessa, jossa hän ei voi piiloutua teorioiden ja ammatti-identiteetin taakse (Reid, 1997). Tämä on hyvin olennaista psykoterapiatyössä, jossa ollaan, Sterniä (1985) soveltaen, monin tavoin uudenaikaisina sisäistettyinä kumppaneina (Lehtovuori, 2001).

Olen toiminut vauvahavainnoinnin työnohjaajana useissa erilaisissa ja eripituisissa psykoterapeutti- ja psykoanalytikkokoulutuksissa. Oma kokemukseni on, että kokemuksellinen vauvahavainnointi on yksi tehokkaimmista opetusmenetelmistä. Työnohjaajan rooli on erittäin merkityksellinen oppimisprosessissa, se on haastava ja vaativa, sillä ryhmätyönohjaustilanteissa ollaan kosketuksissa koulutettavan hyvin varhaisiin ja herkkiin kokemuksiin. Työnohjaajaksi tulee kouluttautua koulutusyhteisöjen määrittelemien kriteerein. Vauvahavainnoinnin, kuten psykoterapiatyönkin, työnohjaaja voi aiheuttaa oman läsnäolottomuuden, vuorovaikutuksettomuuden, etäällä-lähellävuorottelun, rajattomuuden sekä hennon empatiakyvyn vuoksi syvästi vaikuttavia vaurioita koulutettavan kasvuun psykoterapeutiksi.

5.3 Jatkotutkimuksen kysymyksiä

Psykoanalyttisessa ja psykodynaamisessa tutkimuksessa on ollut vallalla pitkälti yksittäisten arvostettujen henkilöiden ajatteluun ja tapaustutkimukseen perustuva perinne. Tämä tutkimusperinne perustuu alun perin Sigmund Freudin ajatteluun pohjaavaan ymmärryksen lisääntymistä korostavaan hermeneuttiseen tutkimustraditioon, jossa tapauselostukset kuvaavat ja validoivat tutkittavia ilmiöitä (mm. Wolitzky, 2011). Erityisesti 2000-luvulla on rakentunut toinen, psykodynaamiseen, empiiriseen tutkimusnäyttöön perustuva tutkimus-suunta (mm. Keinänen, 2015b). Yhdysvalloissa ollaan suunnittelemassa empiiriseen näyttöön perustuvaa psykoanalyttista koulutusta (Gerber & Knopf, 2015).

Tutkimuksen painopiste on yhä enemmän siirtynyt psykoterapeutin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tarkasteluun – ja sekä psykoterapeutin että potilaan henkilökohtaisten ominaisuuksien osuuden tutkimiseen terapiaprosessissa ja tuloksellisuudessa. Siihen ovat ohjanneet omalta osaltaan myös laajentuneet määritelmät vastatransferenssista sekä objektisuhdeteoriat, jotka korostavat psykoterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Siinä molemmat osapuolet tuovat hoitoon oman henkilökohtaisen taustansa. Nykyään puhutaan paljon psykoterapeutin ja potilaan välisestä kahden subjektin vuorovaikutuksesta, jossa terapeutin prosessi on tulosta kahden ihmisen molemminpuolisesta vaikutuksesta toisiinsa (Lehtovuori, 2002).

Tulevaisuudessa on myös tärkeää, että tutkijat ja klinikot ovat jatkuvassa yhteistyössä. Tämä on olennaista, jotta psykoterapiatutkimusta saadaan tehtyä kliinisestä työstä käsin. Taubner, Klasen ja Munder (2016) tutkivat psykoterapeuttien halukkuutta ja haluttomuutta osallistua psykoterapiatutkimuksiin. Positiivinen suuntaus oli, että halukkuus osallistua psykoterapiatutkimukseen on lisääntynyt. Puolet (365 terapeuttia) halusi osallistua, 12 % ei halunnut osallistua missään tapauksessa, ja lopuista epäilevistä suurin osa osallistui kyselylomaketutkimukseen, muttei tuntien nauhoitukseen. Psykoterapeutit edellyttivät osallistumiseen laadukkaita tutkimussuunnitelmia, taloudellista kompensatiota ja henkilökohtaista hyötyä. Vachon, Susman, Wynne, Birringer, Olshefsky ja Cox (1995) havaitsivat, että terapeutit osallistuvat tutkimuksiin mieluummin, ellei tunteja nauhoiteta. Felber ja Margreiter (2007) käyttivät osallistumisasenteiden tutkimiseen puolistrukturoituja haastatteluja, joiden perusteella asenteet olivat jo hieman väljentyneet. Terapeutit suhtautuivat sympaattisesti tutkimukseen, muun muassa, koska se voi parantaa psykoterapian vaikuttavuutta ja mahdollistaa laatukartoituksen. Samansuuntaisen positiivisen asenteellisuuden havaitsivat myös Thurin, Thurin ja Midgley (2012). Terapeutit raportoivat tutkimuksen vaikuttaneen myönteisesti heidän työhönsä, eivätkä potilaat olleet vastustaneet tutkimusta.

Psykoanalyttisen viitekehyksen terapeutit ovat olleet haluttomampia osallistumaan tutkimukseen kuin kognitiivisen viitekehyksen terapeutit (Taubner ym., 2016). Aikaisempina vuosina psykoanalyttiset psykoterapeutit ovat

vastustaneet eniten psykoterapiatutkimuksia (Bednar & Shapiro, 1970; Busch, Milrod, Rudden, Shapiro, Roiphe, Singer & Aronson, 2001; Wynne, Susman, Ries, Birringer & Katz, 1994). Taubner, Buchheim, Rudyk, Kächele ja Bruns (2012) osoittivat, että psykoanalyttiset terapeutit olivat kriittisempiä ja osallistuivat tutkimukseen vastahakoisemmin kuin heidän potilaansa.

Useita tutkimuksia on tehty terapeutin merkityksestä avohoidossa oleville. Vaikka materiaalikin on ollut sama, on saatu eri tuloksia. Useissa tutkimuksissa terapeutteja on ollut vähän, potilaat ovat olleet homogeenisia ja terapeuttien manuaalinen koulutus on vähentänyt vaihtelevuutta terapeutin käyttäytymisessä. Elkin ym. (2006) ovat todenneet, että terapeutin vaikutusta tuloksellisuuteen pitäisi tutkia käyttäen isoja otoksia. Olisi myös tärkeää, että tutkimus toteutuisi käytännön työssä. Terapeutteja pitäisi olla vähimmillään 50, mieluiten 100. Tässä tutkimuksessa oli mukana 68 terapeuttia, jotka tekivät terapiatyötä luonnollisissa olosuhteissa vastaanotoillaan. Potilaiden häiriön vaikeusasteen ja terapeutin vaikeasti häiriintyneiden potilaiden suuren määrän on todettu heikentävän tuloksellisuutta. Vocisano ym. (2004) ovat todenneet, että terapeutin potilaiden määrä on tärkeä tekijä tuloksellisuudessa.

Castonguay (2013) kuvaa terapeutin ominaisuuksia koskevan tutkimuksen ja kirjallisuuden olevan yhäti valitettavan ja surkean heiveröistä. Erilaisten ja eripituisten terapioiden on todettu olevan vaikuttavia masennus- ja ahdistushäiriöissä (Heinonen, 2014; Knekt, Lindfors, Laaksonen, Renlund, Haaramo, Härkänen & Virtala, 2011; Lambert, 2013). Osa terapeuteista on tehokkaita ja saa hyviä hoitotuloksia (Heinonen, 2014; Okiishi ym., 2003; Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015). Mutta kuten Beutler, Machado ja Neufeldt totesivat jo vuonna 1994, yhätkään ei tiedetä, mitkä terapeutin henkilökohtaiset ja yksilölliset ominaisuudet olisivat erityisesti tehokkaiden psykoterapeuttien ominaisuuksia. Hyvän yhteistyösuhteen on todettu olevan useissa tutkimuksissa yksi psykoterapian tuloksellisuuden johdonmukaisimpia ja vahvimpia ennustajia (Horvath ym., 2011; Norcross & Wampold, 2011). Mutta toisaalta on kuitenkin vielä vähän näyttöä siitä, edellyttääkö hyvän ihmissuhteen rakentuminen terapeutilta erilaisia ominaisuuksia eripituisissa terapioidissa (Heinonen, 2014). Terapeuttien iän, sukupuolen, etnisyyden, uskonnon, siviilisäädyn, kliinisen kokemuksen ja ammatillisen tason ei ole todettu johdonmukaisesti olevan yhteydessä psykoterapian tuloksellisuuteen (Beutler ym., 1994; Blatt ym., 1996; Huppert ym., 2001; Wampold & Brown, 2005).

Tschuschke, Cramer, Koemeda, Schulthess, von Wyl ja Weber (2010) pohjivat, että terapeutin kompetenssi voi olla ratkaiseva tekijä, joka sitoo heidän tutkimuksensa osiot yhteen: potilaan ongelmien vaikeusasteen, potilaiden kyvyn solmia suhde terapeuttiin, terapeutin spesifiset ja ei-spesifiset tulkinnat, tulkintojen ajoituksen, tulkintojen äänensävyyn ja terapeutin ammatillisen kokemuksen. Olisi hyvä tarkastella tutkimustietoutta terapeuttien henkilökohtaisista ominaisuuksista, jotka edistävät potilaiden paranemista, kuten yhteistyösuhteen luomisen ja empatian osuutta tuloksellisuuteen yhdessä prosessi-allianssitutkimuksen kanssa (Anderson ym., 2016; Horvath ym., 2011; Norcross, 2011; Safran ym., 2011). Elliott ym. (2011) ovat havainneet muun muassa, että

yhdeksän prosenttia potilaan paranemisesta liittyy terapeutin empatian käyttöön. Farberin ja Doolinin (2011) mukaan terapeutin positiivisen suhtautumisen vaikutus tuloksellisuuteen on seitsemän prosenttia. Terapeutin suhteessaolon tavat voivat myös liittyä potilaan tapaan suhtautua terapeuttiin yhtä lailla kuin terapeutin kykyyn suhtautua eri potilaisiin eri tavoin (Bohart & Tallman, 2010; Boswell ym., 2016; Stiles, 2013).

Nykyään tarvittaisiin lisää tutkimuksia, joissa tutkitaan sekä tuloksellisuutta että vaikutusmekanismeja. Muutamissa nykytutkimuksissa (esim. Heinonen, 2014) kuvataan psykoterapeuttien ammatillisten ja henkilökohtaisten ominaisuuksien ennustavan yhteistyösuhteita ja tuloksellisuutta eri tavoin eripituisissa terapioissa. Heinosen ja oman tutkimukseni tulokset osoittavat, että on tärkeää tutkia psykoterapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien ja työskentelytyylien osuudellisuutta ja vaikuttavuutta erilaisissa ja eripituisissa psykoterapioissa sekä niiden seurannassa. Mielestäni on tutkittu riittämättömästi sekä terapeutin oman vihamielisyyden merkitystä psykoterapiassa että terapeutin kykyä olla provosoitumatta potilaan syvälle tunkevista varhaisen raivon sijoituksista.

Tässä tutkimuksessa minulla oli mahdollisuus tutkia terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien suhdetta hyötyyn vain 12. kuukauden kohdalla, ja tarkastella selittääkö terapeuttien kuvailemista omaterapiakokemuksista tehty laadullinen kartoitus saatua hyötyä. Myös eri terapiamuotojen (psykoanalyysi, pitkä psykodynaaminen psykoterapia, lyhyt psykodynaaminen psykoterapia ja voimavarakeskeinen terapia) yhteyttä hyötyyn kartoitettiin vain 12. kuukauden kohdalla. Toivon saavani jatkotutkimusmahdollisuuden toistaa edellä mainitut tämän tutkimuksen osa-alueet myös kolmen ja viiden vuoden potilasseurannassa.

Laadullisen kartoituksen perusteella saadut kuusi klusteria olivat hyvin erilaisia. Tarkasteltaessa terapiasta saadun hyödyn keskiarvoa klustereittain oli esimerkiksi klustereiden 5 ja 6 välillä suuri ero. Olisi erittäin kiinnostavaa vertailla jatkossa klusteriryhmiä potilashaastatteluiden pohjalta. Olisi mielenkiintoista tietää, miten potilaat olivat kokeneet terapiaprosessin eri vaiheet, terapeutin persoonan ja työtavan eri ajankohtina.

Mallincrodt, Daly ja Wang (2009) ja Mallincrodt (2010) ovat kuvailleet viisi ominaisuutta, jotka ovat keskeisiä kiintymyssuhteen rakentumisessa, ja tutkineet näiden toteutumista psykoterapiasuhteessa. Heidän mukaansa kiintymyksen kohteen, hoitavan ihmisen, tulee olla läheisyyden etsimisen kohde, hänen tulee olla turvallinen ja hyvinvoinnista häden hetkinä huolehtiva. Hänen tulee luoda turvallisuuden tunnetta, josta käsin maailmaa voi tutkia. Kiintyvä ihminen kokee separaatioahdistusta, kun hoitava ihminen ei ole läsnä. Kiintymyskohteen tulee olla myös vahvempi ja viisaampi kuin kiintyvä ihminen. Mallincrodt (2010) on osoittanut, että neljä ensimmäistä näistä toteutuisi aikuisen terapiassa. Terapeutin oma lapsuudenkehitys vaikuttaa erityisesti niiden potilaiden hoidossa, joilla on häiriöitä varhaisessa kiinnittymisessä. Tämä ei saa tulla potilaan taakaksi. Joillakin terapeuteilla on tarve tulla tarvituksi, todennäköisesti heidän omien kohtaamattomien tarpeittensa vuoksi. Tulee välttää tois-

tamasta potilaan aikaisemmin kokemaa. Terapeutin tulee olla sekä ihminen että terapeutti, johon potilas voi ensin turvallisesti kiinnittyä ja kiintyä – ja lopulta irrottautua, erillistyä ja itsenäistyä (Clemens, 2010; Lehtovuori, 2006, 2012). Mo- ni potilas on niin hajanainen, rajaton, vailla itsesääteilyä ja turvallisia aikuisten malleja, että terapeutin persoona ja vuorovaikutukselliset kyvyt, kuten omien vaillinaisten puolten työstö, ovat edellytys potilaan varhaisen trauman koostu- miselle ja korjaantumiselle. Potilaan kasvussa terapeutilla on keskeinen rooli olla elämässä ennen potilasta viisaampana aikuisen mallina, jota potilaan on mahdollista sisäistää (Lehtovuori, 2006, 2010, 2012) – terapeutti on uusi kehitys- objekti (Clemens, 2010; Taylor ym., 2015).

Erikson (1964) kuvaa varhaista toivoa: Jotta toivo voi kehittyä, vastasynty- nyt tarvitsee luotettavia, äidillisen hoivaavia ihmisiä, jotka vastaavat lapsen tarpeisiin tulla vastaanotetuksi lämpimään ja rauhoittavaan syliin – ja ehkäise- vät sitä, ettei lapsi saa jatkuvasti liian vähän tai liian myöhään. Kun toivo on vakiintunut, se ei järky joistakin toteutumattomista toiveista (Lehtovuori, 1999). Kohutin (1971) teoreettisen näkemyksen mukaan psykoterapeutin parantava empaattinen ymmärrys mahdollistaa potilaalle korjaavan kokemuksen psykote- rapiassa, mikäli psykoterapeutilla on sisäistynyt kyky vastaanottaa potilas omana itsenään. Nämä molemmat näkemykset ovat tukeneet ja innostaneet mi- nua tutkimaan psykoterapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien osuutta te- rapiassa ja tuloksellisuudessa 1990-luvun alusta alkaen.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen vanhassa tutkimussuunnitelmassani (Lehtovuori, 1995) perustelen tutkimusaiheeni valintaa: ”Mielestäni yksilö on aina jonkin yhteisön jäsen, vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Eriksonin teorioissa on keskeisenä vuorovaikutuksellisuus, mikä sisältää sen, että mo- lemmat osapuolet antavat ja saavat. Voidakseen kehittyä, elää, lapsi tarvitsee ensin ainakin yhden hoitavan aikuisen, joka tyydyttää hänen tarpeensa ja johon lapsi voi kiinnittyä. Tästä alkaa hiljalleen irrottautuminen, itsenäistyminen, jo- hon kuuluu myös pettymysten kokemista ja sietämistä. Ellei ole kerran ollut turvallista läheisyyttä, ei voi olla erillisyyttäkään. Elämän alusta alkaen: kahden ihmisen välistä vuorovaikusta, jossa molemmat antavat ja saavat. Myös terapia- suhteessa sekä terapeutti sekä potilas antavat ja saavat. Mitä siinä antaa ja saa terapeutti, se kiinnostaa minua.”

Nyt, lisäisin tutkimussuunnitelmaani, potilaitteni kanssa kohdatuista – ja kohtaamattomista – hetkistä sisäistämäni tutkimustuloksen: Sternin ym. (1998) mukaan potilaat kokevat, että heitä muuttaneet hoidon kaksi keskeistä merkit- sevää tekijää ovat avaintulkinnat ja erityiset hetket (moments of meeting), jol- loin terapeutti ja potilas – kaksi ihmistä – kohtaavat tässä hetkessä. Kohtaami- sessa mahdollistuu menneisyyden muutos (Stern, 2004). Stern ym. olettavat myös, etteivät epäonnistuneet hoidot niinkään johdu virheellisistä tai hyväk- symättömistä tulkinnoista vaan merkityksettömästä kohtaamisesta kahden ih- misen välillä. Aidot kohtaamiset tai niiden puuttumiset ovat hoitoon vaikutta- via keskeisiä tekijöitä (Lehtovuori, 2006, 2012; Stern, 2004; Stern ym., 1998).

SUMMARY

The significance of the personal characteristics of psychotherapists in psychotherapy and their effect on treatment results based on an identity interview

My study formed a part of the Helsinki Psychotherapy Study. The purpose of my work was to use the Psychotherapist Identity Interview (PII) method, developed for this study based on Erik H. Erikson's and Heinz Kohut's theories, to examine the significance of the personal characteristics of psychotherapists for psychotherapy, and their effect on treatment results.

It has now been shown that the therapist's ability to form interpersonal relationships and aspects of therapeutic technique have both positive and negative effects on treatment results, as do the mutual and reciprocal influences between therapist and patient (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010; Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg and Hayes, 2011; Wampold, 2007; Wampold & Imel, 2015). Increasing attention is being paid to adverse effects of therapy (Castonguay et al., 2010). Do therapists continue to be a neglected or poorly understood factor in psychotherapeutic research? Can we dare to study the effects of any adverse characteristics of psychotherapists on the success of psychotherapy?

Sixty-eight contract therapists from the Helsinki Psychotherapy Study were included in my study. Forty-seven therapists were female, 21 male. The youngest therapist was 31, the oldest 67 years old. Forty-nine therapists were psychologists, 12 psychiatrists, and seven therapists belonged to other professional groups, such as specialized nurses or social workers. Forty-seven therapists had completed advanced specialist level training, 15 had specialist level training, and six therapists were resource focused. Sixty-five of 68 therapists were included in the assessment of therapeutic benefit.

The average age of the patients was 32 years, and most of them (75%) were female. About half of the patients lived alone, more than 80% were employed or students, and about one in four had a university degree. Altogether 85.6% of the patients had an affective syndrome (82 % any depressive disorder and 67 % major depressive disorder), 43 % an anxiety disorder and 18 % a personality disorder (Knekt et al., 2010). The present study included 333 patients referred for psychoanalysis, brief or long-term psychodynamic psychotherapy or resource focused therapy. A total of 308 patients were included in the assessment of therapeutic benefit.

The theoretical background and development of the interview method and the validation of the instrument were described in the study. In addition, the study included a theoretical review of the significance of the personal characteristics of therapists in their work with patients and in training. The characteristics of therapists were considered in relation to demographic factors, therapeutic competence and the benefit from therapy at 12 months follow-up. The therapists were interviewed by the researcher herself, and the patients were

interviewed by psychotherapist researchers from the Helsinki Psychotherapy Study.

The semistructured interviews took two hours and were videotaped. All interviews were conducted according to the same basic structure. The same assessor interviewed and assessed all therapists. The therapist's personal characteristics were assessed based on 16 variables describing therapists: Erikson's (1964) basic ego strengths (hope, will, purpose, competency, fidelity, love, care), abilities of the adult self (wisdom and intimacy vs. isolation, generativity vs. stagnation, ego integrity vs. despair), and Kohut's (1985) basic virtues of life (creativity, empathy, transience, humour and wisdom).

The interview and assessment method was developed in the early 1990s in a pilot study with eight therapist trainers chosen from four different training communities as the voluntary participants. In a repeated measures design sample in 2007, there were 20 therapists. The correlations calculated between two assessors varied but were mostly good.

The 16 variables defined by Erikson (1964) and Kohut (1985) were combined to form three factors: factor 1, Creative will (consisting of nine variables: will, creativity, purpose, generativity vs. stagnation, competency, transience; wisdom and hope as defined by Kohut, and wisdom as defined by Erikson); factor 2, Empathy (consisting of three variables: empathy, ego integrity vs. despair, and humour); and factor 3, Ability to form close interpersonal relationships (consisting of four variables: care, love, fidelity and intimacy vs. isolation).

When examining the relationship between these factors and demographic and therapist factors, four results were statistically significant. Solution-focused therapists had higher scores for Creative will than advanced specialist level and specialist level psychodynamic therapists. Therapists delivering solution-focused therapy had more pronounced Creative will compared to other therapists. Therapists providing solution-focused therapy had lower scores for Empathy than other therapists. Therapists living alone with one or more minor children had clearly less Ability to form close interpersonal relationships than those living with a spouse or with a spouse and one or more minor children.

Cluster analysis of factor scores was performed and a solution with six clusters was chosen. Clusters were described qualitatively on the basis of the researcher's description of the atmosphere in the interview situation. Therapists belonging to each cluster were subsequently described based on the average cluster factor scores.

The first cluster was Qualified deliberation, borderline dominance, weak interactiveness. The therapists' Creative will was high, and so was their Empathy but their Ability to form close interpersonal relationships was relatively low.

The second cluster was Invalidating aggressiveness, remote detachment, anxious lack of boundaries. The therapists' Creative will was rather low, and so was their Ability to form close interpersonal relationships; Empathy was also rather low.

The third cluster was Uncomfortable with difficult feelings, lack of interest – calm deliberation. The therapists' Creative will was slightly lower than average, Empathy slightly above average, and the Ability to form close interpersonal relationships was average.

The fourth cluster was Unprompted distancing due to lack of compassionate understanding and interactiveness. The therapists' Creative will was very high, Empathy quite low, and the Ability to form close relationships average.

The fifth cluster was Dependence-tinged warmth and calm unhurriedness, scant awkward feelings. The therapists' Creative will was clearly below average, Empathy rather low, and the Ability to form close relationships very high.

The sixth cluster was Slightly unprompted, dependent closeness with lively excessive volubility. The therapists' Creative will was high, and so was their Empathy, and their Ability to form close relationships was very high.

Benefit from the therapy was examined once, at 12 months. When the relationships between the various clusters and benefit from therapy were examined, based on paired comparison of the clusters only the fifth cluster (11 therapists) differed from all others. The benefit shown by that cluster was clearly less than that in the other clusters.

According to assessment by external interviewers, at 12 months, patients of therapists administering long-term psychodynamic psychotherapy had benefited from therapy more, on average, than patients whose therapists did not administer long-term psychodynamic psychotherapy. Long-term psychotherapy was provided by both psychotherapists and psychoanalysts. The difference between the benefit obtained by the patients of therapists providing long-term psychodynamic psychotherapy – and the patients of therapists not providing long-term psychodynamic psychotherapy – was independent of the therapists' characteristics.

Why did therapists whose Creative will was clearly below average, Empathy rather weak, and Ability to form close relationships pronouncedly good have the worst results at 12 months of therapy?

A certain neutrality and distance stand out in the fifth cluster. The narrations of the therapists often proceeded as if they were in their own world, "speaking alone". On the other hand, there were sudden, unpredictable variations in mood and colour in their narrations, which I experienced in my counter-transference as being dropped from the interaction. In descriptions of the atmosphere, there were no strong overt expressions of hostility; on the contrary, there was rather covert and insidious hostility and invalidation. With several therapists, I experienced in the interviews a very subtly invalidating atmosphere and feelings of insult and contempt arising in me.

Degnan et al. (2016) observed in their literature review that therapists with secure attachments created stronger alliances with their patients. Based on their research, they estimated that attachment may be of more significance in the beginning of a relationship. According to Nissen-Lie et al. (2010), the effects of

hostility experienced by therapists early in the alliance and frustration experienced by therapists towards their patients had strongly negative effects. The results of Henry et al. (1993), on the other hand, showed that therapists who displayed self-hostility, possibly due to the way they had been treated as children, tended to be hostile towards their patients. In addition, it has been found that therapists' negative observations of their parents in childhood were transferred to negative interaction during therapy sessions (Hilliard et al., 2000). A therapist's negative emotions, moods and behaviour promote a poorly cooperative atmosphere – thus harming the patient (Castonguay et al., 2010). Considering the preceding results, it is possible that the therapists' self-examination and work on their own problems were insufficient. If so, it will be difficult for them to tolerate the wordless lack of interaction appearing in the beginning of therapy and the deeply hidden rage arising from having been deprived in early life, and this will provoke the therapist (e.g. Kohut, 1985; Lehtovuori, 2012; Tähkä, 1996).

It has been observed that severely anxious therapists have a lower level of empathy (Rubino, Barker, Roth & Fearon, 2000). In their research summary, Castonguay et al. (2010) cite factors essentially corresponding to the weak results of the fifth cluster as contributing to negative treatment results: therapists' anxious attachment styles, low self-esteem, high levels of emotional expressiveness, worry, impulsiveness, hostile introjects, negative recollection of parents, disaffiliative replies.

In a five-year follow-up of patients in the Helsinki Psychotherapy Study, the length of therapy proved to be significant for efficacy: short therapies took effect more quickly but longer therapy was more effective over a longer period. The results of therapy were best at the end of each form of therapy: for short-term therapy after about one year, for long-term therapy after about three years, and for psychoanalysis after about five years (Knekt et al., 2010). Why was it that in the present study, in the assessment by external interviewers at 12 months, patients of therapists administering long-term psychodynamic therapy had benefited from therapy more, on average, than patients whose therapists did not administer long-term psychodynamic psychotherapy? Why did this not apply to patients of therapists administering short-term psychodynamic therapy, for instance? Also, some short therapies had already ended at around 12 months. In the present study, external assessors assessed the benefits experienced by both therapist and patient. Interviews and external assessment presumably reveal different sides of experienced benefit than questionnaires.

The interview method applied was developed for this study. There is no comparative data available. The interview is not associated with any particular psychotherapeutic modality even though the theoretical framework of the interview, and the theoretical background of the interviewer, are psychoanalytic-integrative (e.g., Curtis & Hirsch, 2011). As the consistencies between the assessors in the pilot study and the actual study were good or moderate, the results should be reproducible. Nevertheless, we must view the

results, their interpretation and generalizability with reserve. In the present study, the same assessor interviewed and assessed all therapists.

A semistructured interview emphasizing the therapist's lifespan and experience of relationships, in particular, would appear to shed light on many different sides of the therapist. The interview method is suitable for assessment particularly if the aim is to find psychotherapist-patient couples that are as compatible as possible.

Difficult countertransference of the trainees, encountering uncomfortable emotions and emotions that are negative in many ways should be addressed particularly in the beginning of training. Castonguay et al. (2010) suggest that supervisors should provide support in self-knowledge, particularly in knowing one's strengths, limitations, vulnerability in interaction and relationships, as well as blind spots related to countertransference. Attention should be paid particularly to how therapists encounter and work on their patients' hostile and negative emotions without being provoked. The section of the interview concentrating on the defective sides of the self helps to understand the strengths and weaknesses of both trainers and trainees. The new generation of psychotherapists gets their model of working as a psychotherapist from the generation providing training.

In the future, it will be important for researchers and clinicians to cooperate continuously, so that psychotherapeutic research can be rooted in clinical work. More research is needed on success and mechanisms of action. Some recent research (e.g., Heinonen, 2014) states that the professional and personal characteristics of psychotherapists predict co-operative relationships and success differently in therapies of different lengths. Attention should be paid to the contents of psychotherapeutic training and to applying teaching methods utilizing recent research and clinical tradition. Interviews when choosing trainees and final interviews assessing trained psychotherapists' overall personality are essential. Interviews concentrating on the personal characteristics of trainees and trainers will facilitate achievement of the learning goals - and of treatment that is more receptive to patients' needs, which is, after all, the main task of psychotherapists and psychotherapy.

LÄHTEET

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33.
- Albert, G. (1997). What are characteristics of effective psychotherapists? The experts speak. *Journal of Practical Psychology and Behavioral Health*, 3, 36–44.
- Alvarez, A. (1992). *Live company. Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. London: Routledge.
- American Psychiatric Association (1993). Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1–26.
- Anderson, T., Crowley, M. E., Himawan, L., Holmberg, J. K. & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26, 511–529.
- Anderson, T., Knobloch-Fedders, L. M., Stiles, W. B., Ordoñez, T. & Heckman, B. D. (2012). The power of subtle interpersonal hostility in psychodynamic psychotherapy: A speech acts analysis. *Psychotherapy Research*, 22, 348–362.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 57–66.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 755–768.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Aponte, H. (1994). How personal can training get? *Journal of Marital and Family Therapy*, 2, 3–15.
- Appelbaum, S. A. (1973). Psychological-mindedness: Word, concept and essence. *The International Journal of Psychoanalysis*, 54, 35–45.
- Atkinson, D. & Schein, S. (1986). Similarity in counseling. *The Counseling Psychologist*, 14, 319–354.
- Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 15, 155–164.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 118–135.
- Bakermans-Kranenburg, M. J. & van Ijzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29, 870–879.

- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. Teoksessa M. J. Lambert (toim.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6. painos). Hoboken, NJ: Wiley, 258–297.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance–outcome correlation. Exploring the relative importance of therapist and patient variable in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 842–852.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D. & Connolly Gibbons, M. B. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research, 16*, 229–240.
- Barber, J. P., Khalsa, S. R. & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. Teoksessa J. C. Muran & J. P. Barber (toim.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice*. New York: Guilford, 29–43.
- Barber, J. P. & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 951–958.
- Barrington, B. L. (1961). Prediction from counsellor behavior of client perception and of case outcome. *Journal of Counseling Psychology, 8*, 37–42.
- Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, M., Friedlander, M. L. & Escudero, V. (2006). Three perspectives on clients' experiences of therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*, 355–368.
- Bednar, R. L. & Shapiro, J. G. (1970). Professional research commitment: A symptom or a syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34*, 323–326.
- Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A. & Tipton, S. M. (1985). *Habits of the heart: Individualism and commitment in American life*. Berkeley: University of California Press.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review, 81*, 392–425.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. Teoksessa A. B. Bergin & S. L. Garfield (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 217–270.
- Berglar, J., Cramer, A., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Köhler, M., Staczan, P., Schulthess, P. & Tschuschke, V. (2016). Therapist effects on treatment outcome in psychotherapy: A multilevel modelling analysis. *International Journal of Psychotherapy, 2*, 61–80.

- Berry, G. W. & Sipps, G. J. (1991). Interactive effects of counselor-client similarity and client self-esteem on termination type and number of sessions. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 120-125.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 226-232.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 44-52.
- Beutler, L. E., Crago, M. & Aritzemendi, T. G. (1986). Therapist variables. Teoksessa S. L. Garfield & A. E. Bergin (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3. painos). New York: Wiley, 257-310.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapists variables. Teoksessa A. E. Bergin & S. L. Garfield (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. painos). New York: Wiley, 229-269.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. Teoksessa M. J. Lambert (toim.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. painos). New York: Wiley, 227-306.
- Bhatia, A. & Gelso, C. J. (2013). *A test of the tripartite model of the therapy relationship from the therapist perspective*. Esitelmä kongressissa North American Society for Psychotherapy Research, Memphis, TN.
- Bick, E. (1968). Notes on infant observation in psycho-analytical training. *International Journal of Psychoanalysis, 45*, 558-564.
- Bick, E. (1988). The experience of the skin in early object-relations. Teoksessa E. B. Spillius (toim.), *Melanie Klein today: Developments in theory and practice. Volume 1: Mainly theory*. London: Routledge, 187-191.
- Bike, D. H., Norcross, J. C. & Schatz, D. M. (2009). Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*, 19-31.
- Binder, J. L. (1999). Issues in teaching and learning time-limited psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 19*, 705-719.
- Binder, J. L. & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 122-136.
- Bion, W. R. (1988). Notes on memory and desire. Teoksessa E. B. Spillius (toim.), *Melanie Klein today: Developments in theory and practice. Volume 2: Mainly practice*. London: Routledge, 17-21.
- Bion, W. R. (1991). *Learning from experience*. London: Karnac Books.
- Biringen, Z. & Easterbrooks, A. N. (2012). The integration of emotional availability into a developmental psychopathology framework: Reflections of the special section and future directions. *Development and Psychopathology, 24*, 1-8.

- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C. & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analysis of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1276–1284.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. Teoksessa J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient*. New York: Oxford University Press, 89–108.
- Bohart, A. C. & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. Teoksessa B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (toim.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. painos). Washington, DC: American Psychological Association, 83–111.
- Bohart, A. C. & Watson, J. C. (2011). Person-centered psychotherapy and related experiential approaches. Teoksessa A. S. Gurman & S. B. Messer (toim.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (3. painos). New York: Guilford, 223–260.
- Boisvert, C. M. & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 708–716.
- Boswell, J. F., Constantino, M. J., Kraus, D. R., Bugatti, M. & Oswald, J. (2016). The expanding relevance of routinely collected outcome data for mental health care decision making. *Administration and Policy in Mental Health, 43*, 482–491.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowman, D., Scogin, F., Floyd, M. & McKendree-Smith, N. (2001). *Psychotherapy length of stay and training, 38*, 142–148.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N. & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning. A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 780–795.
- Branson, A. & Shafran, R. (2015). Therapist characteristics and their effect on training outcomes. What counts? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*, 374–380.

- Brosan, L., Reynolds, S. & Moore, R. G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 581–587.
- Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S. & Muran, J. C. (2006). Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 393–406.
- Buckley, P., Karasu, T. B. & Charles, E. (1981). Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 18, 299–305.
- Busch, F. N., Milrod, B. L., Rudden, M., Shapiro, T., Roiphe, J., Singer, M. & Aronson, A. (2001). How treating psychoanalysts' respond to psychotherapy research constraints. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 961–983.
- Carlsson, J., Norberg, J., Sandell, R. & Schubert J. (2011). Searching for recognition: The professional development of psychodynamic psychotherapists during training and the first few years after it. *Psychotherapy Research*, 21, 141–153.
- Castonguay, L. G. (2013). Psychotherapy outcome: An issue worth re-visiting 50 years later. *Psychotherapy*, 50, 52–67.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R. & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 34–49.
- Castonguay, L. G., Reid, J. J., Halperin, G. S. & Goldfried, M. R. (2003). Psychotherapy integration. Teoksessa G. Stricker, T. A. Widiger & I. B. Weiner (toim.), *Handbook of psychology: Clinical psychology*. Hoboken, NJ: Wiley, 327–346.
- Chevron, E. S., Rounsaville, B. J., Rothblum, D. & Weissman, M. M. (1983). Selecting psychotherapists to participate in psychotherapy outcome studies. Relationship between psychotherapists' characteristics and assessment of clinical skills. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 348–353.
- Clemens, N. A. (2010). Dependency on the psychotherapist. *Journal of Psychiatric Practice*, 16, 50–53.
- Coleman, D. (2006). Therapist-client five-factor personality similarity: A brief report. *Bulletin of Menninger Clinic*, 70, 232–241.
- Conte, H. R., Ratto, R., Clutz, K. & Karasu, T. B. (1995). Determinants of outpatients' satisfaction with therapists. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 43–51.
- Critchfield, K. L., Henry, W. P., Castonguay, L. G. & Borkovec, T. D. (2007). Interpersonal process and outcome in variants of cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 31–51.
- Crits-Christoph, P. & Gallop, R. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative program and other psychotherapy studies. *Psychotherapy Research*, 16, 178–181.
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S. & Carroll, K. M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy

- and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1125–1135.
- Crits-Christoph, P. & Gibbons, M. B. (2002). Relational interpretations. Teoksessa J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, 285–300.
- Crits-Christoph, P. & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20–26.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–922.
- Curtis, R. C. & Hirsch, I. (2011). Relational psychoanalytic psychotherapy. Teoksessa A. S. Gurman & S. B. Messer (toim.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (3. painos). New York: Guilford, 72–106.
- Dalenberg, C. J. (2004). Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: Countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 438–447.
- Daly, K. D. & Mallinrodt, B. (2009). Expert therapists' approaches to psychotherapy with adult clients with attachment avoidance or anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 549–563.
- D'Augelli, A. R. (1974). Nonverbal behavior of helpers in initial helping interactions. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 360–363.
- Davis, J. D., Elliott, R., Davis, M. L., Binns, M., Francis, V. M., Kelman, J. E. & Schröder, T. A. (1987). Development of a taxonomy of therapist difficulties: Initial report. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 109–119.
- Deacon, S. A., Kirkpatrick, D. R., Wetchler, J. L. & Niedner, D. (2000). Marriage and family therapists' problems and utilization of personal therapy. *American Journal of Family Therapy*, 27, 73–93.
- Decker, S. E., Nich, C., Carroll, K. M. & Martino, S. (2014). Development of the Therapist Empathy Scale. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 42, 339–354.
- Degnan, A., Seymor-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 47–65.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642–649.
- Dennhag, I. (2012). *Learning psychotherapy: An effectiveness study of clients and therapists*. Väitöskirja. Umeå University, Faculty of Social Sciences, Department of Psychology.

- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of Menninger Clinic*, 67, 227-354.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J. & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936-941.
- Dietzel, C. S. & Abeles, N. (1975). Client-therapist complementary and therapeutic outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 264-272.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F. & Schauenburg, H. (2007). Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 149-161.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F. & Schauenburg, H. (2008). Therapist effect on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 344-354.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T. & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 277-290.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47-60.
- Dozier, M. & Bates, B. C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. Teoksessa L. Atkinson & S. Goldberg (toim.), *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 167-180.
- Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ehrling, L.-M. (2006). *Psykoterapian vaikutusten arvioiminen. Keskustelu-analyyttinen tutkimus arviointihaastattelun käytänteistä*. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos, Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 13.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z. & Mahoney, C. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research*, 16, 144-160.
- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brown, E. R. & McKay, B. M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 24, 52-66.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48, 43-49.
- Elliott, R., Filipovich, H., Harrigan, L., Gaynor, J., Reimschuessel, C. & Zapadka, J. (1982). Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating scale. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 379-387.

- Elliott, R. & Greenberg, L. S. (2007). The essence process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 241–254.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility*. New York: Norton.
- Falkenström, F., Markowitz, J. C., Jonker, H., Philips, B. & Holmqvist, R. (2013). Can psychotherapists function as their own controls? Meta-analysis of the crossed therapist design in comparative psychotherapy trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 482–491.
- Fancher, E. (1990). A training analysis for psychoanalytic psychotherapists. *Psychoanalytic Review*, 77, 41–57.
- Farber, B. A. & Doolin, E. M. (2011). Positive regard and affirmation. Teoksessa J. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence based responsiveness* (2.painos). Oxford: Oxford University Press, 168–186.
- Farber, B. A. & Metzger, J. A. (2009). Therapist as secure base. Teoksessa J. H. Obegi & E. Berant (toim.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: Guilford, 46–70.
- Feeney, J. A. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. Teoksessa J. Cassidy & P. R. Shaver (toim.), *Handbook of attachment. Theory, research and applications*. New York: Guilford, 355–377.
- Felber, M. & Margreiter, U. (2007). Einstellung von Psychotherapeut(inn)en zu Psychotherapieforschung (Attitudes of psychotherapists to psychotherapy research). *Psychotherapie Forum*, 15, 192–196.
- Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. Albany, NY: Psychoanalytical Quarterly.
- Ferenzli, S. & Rank, O. (1923). *The development of psychoanalysis*. New York: Dover.
- Flykt, M. & Ahlqvist-Björkroth, S. (2013). Raskausajan mielikuvat vanhemmuuden ja lapsen kehityksen ennustajina. *Psykologia*, 48, 338–355.
- Folkes-Skinner, J., Elliott, R. & Wheeler, S. (2010). "A baptism of fire": A qualitative investigation of a trainee counsellor's experience at the start of training. *Counseling and Psychotherapy Research*, 10, 83–92.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research. Teoksessa J. Cassidy & P. R. Shaver (toim.), *Handbook of attachment. Theory, research and applications*. New York: Guilford, 595–624.
- Fonagy, P. (2003). Some complexities in the relationship of psychoanalytic theory to technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 72, 13–47.
- Fonagy, P. (2006). The failure of practice to inform theory and the role of implicit theory in bridging the transmission gap. Teoksessa J. Canestri (toim.), *Psychoanalysis: From practice to theory*. London: Wiley, 69–86.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.

- Forand, N. R. & Debureis, R. J. (2013). Pretreatment anxiety predicts patterns of change in cognitive-behavioral therapy and medications for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 774–782.
- Freud, S. (1953). Freud's psychoanalytic procedure. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume VII (1901-1905): A case of hysteria, Three essays on sexuality and other works*. London: Hogarth Press, 249–254.
- Freud, S. (1957). The future prospects of psychoanalytic therapy. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume XI (1910): Five lectures on psycho-analysis, Leonardo da Vinci and other works*. London: Hogarth Press, 139–152.
- Freud, S. (1958). Recommendations to physicians practicing psycho-analysis. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume XII (1911-1913): The case of Schreber, Papers on technique and other works*. London: Hogarth Press, 111–120.
- Freud, S. (1964). Analysis terminable and interminable. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume XXIII (1937-1939): Moses and monotheism, An outline of psycho-analysis and other works*. London: Hogarth Press, 216–253.
- Frijling-Schreuder, E. C., Isaac-Edersheim, E. & Van deer Leeuw, P. J. (1981). The supervisor's evaluation of the candidate. *The International Review of Psychoanalysis, 8*, 393–400.
- Fromm-Reichmann, F. (1949). Notes on the personal and professional requirements of a psychotherapist. *Psychiatry, 12*, 361–378.
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain: A Journal of Neurology, 119*, 593–609.
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical of Psychology: Science and Practice, 4*, 40–43.
- Geller, J. D., Lehman, A. K. & Farber, B. A. (2002). Psychotherapists' representations of their patients. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 733–745.
- Geller, J. D., Norcross, J. C. & Orlinsky, D. E. (2005). *The psychotherapists' own psychotherapy: Patient and clinician perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Gelso, C. J. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research and practice. *Psychotherapy Research, 24*, 117–131.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The real relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155–244.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 418–422.

- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Busa-Kneoo, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M., Ma, Y. E. & Markin, R. D. (2012). The unfolding of the real relationship and outcome of brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 395–406.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Wine, B., Jones, A. & Friedman, S. (1997). Transference, insight and the course of time limited psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 44*, 209–217.
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J. & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 861–867.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview. Julkaisematon käsikirjoitus. University of California.
- Gerber, A. & Knopf, L. (2015). An empirically-based psychoanalytic curriculum. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals, 35*, 115–123.
- Gold, J. (2005). Anxiety, conflict and resistance in learning an integrative perspective on psychology. *Journal of Psychotherapy Integration, 15*, 374–383.
- Gold, S. H., Hilsenroth, M. J., Kuutmann, K. & Owen, J. J. (2015). Therapeutic alliance in the personal therapy of graduate clinicians: Relationship to the alliance and outcomes of their patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*, 304–316.
- Goldberg, D. (1992). *The seasoned psychotherapist*. New York: Norton.
- Grant, J. & Sandell, R. (2004). Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. Teoksessa P. Richardson, H. Kächele & C. Renlund (toim.), *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*. London: Karnac Books, 81–108.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 611–630.
- Greenberg, L. S. & Rushanski-Rosenberg, R. (2002). Therapists' experiences of empathy. Teoksessa J. Watson, R. Goldman & M. Warner (toim.), *Client-centered and experiential psychotherapy in twenty-first century: Advances in theory, research and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 204–220.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. & Bruce, N. (2006). Are expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review, 26*, 657–678.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Greenson, R. R. (1981). *The technique and practice of psychoanalysis, Volume VII*. London: Hogarth Press, 380–396.

- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist: The impact of clinical practice on the therapist's intimate relationships and emotional well-being*. New York: Wiley.
- Hale, K. & Stoltenberg, C. D. (1988). The effects of self-awareness and evaluation apprehension on counselor trainee anxiety. *Clinical Supervisor*, 6, 49-69.
- Halpern, J. (2003). The capacity to be analyst: A contribution from attachment research to the study of candidate selection. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84, 1605-1622.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Harrison, R. L. & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 203-219.
- Hassenstab, J., Dziobek, I., Rogers K., Wolf, O. T. & Convit, A. (2007). Knowing what others know, feeling what others feel. A controlled study of empathy in psychotherapists. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 277-281.
- Hatcher, R. L. & Barends, A. W. (2006). Thinking about the alliance in practice. *Psychotherapy: Therapy, Research, Practice, Training*, 41, 7-10.
- Hautamäki, A. (2001). Kiintymyssuhdeteoria - teoria yksilön kiin(nit)tymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksista ja merkityksestä kehitykselle. Teoksessa J. Sinkkonen, M. Kalland (toim.), *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Helsinki: WSOY, 13-66.
- Heinonen, E. (2014). *Therapist's professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare, Research 123.
- Heinonen, E. (2015). Psykoterapeuttien yksilölliset ominaisuudet, yhteistyösuhde ja psykoterapian tuloksellisuus. *Psykoterapia*, 34, 207-218.
- Heinonen, E., Knekt, P., Jääskeläinen, T. & Lindfors, O. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *European Psychiatry*, 29, 265-274.
- Heinonen, E., Laaksonen, M., Lindfors, O., Lehtovuori, P. & Knekt, P. (2008). *Terapeuttien ammatilliset ja henkilökohtaiset ominaisuudet ennustajana lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuudelle*. Psykoterapiatutkimuksen päivät, Jyväskylä 14.-15.2.2008.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T. & Knekt, O. (2013). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 475-494.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138, 301-312.

- Heinonen, E. & Orlinsky, D. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research*, 23, 718–731.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27–31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768–774.
- Henry, W. P., Sims, J. H. & Spray, S. L. (1971). *The fifth profession: Becoming a psychotherapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Henry, W. P., Sims, J. H. & Spray, S. L. (1973). *Public and private lives of psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E. & Binder, J. L. (1993). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434–440.
- Hersoug, A. G. (2004). Assessment of therapists' and patients' personality: Relationship to therapeutic technique and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 83, 191–200.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O., von der Lippe, A. & Monsen, A. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 100–110.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T. & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10, 205–216.
- Hill, C. E., Kellems, I. S., Kolchakian, M. R., Wonnell, T. L., Davis, T. L. & Nakayama, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus suspected-unasserted client anger. Factors associated with resolution. *Psychotherapy Research*, 13, 475–491.
- Hill, C. E. & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 43, 154–172.
- Hill, C. E., Stahl, J. & Roffman, M. (2007). Training novice psychotherapists: Helping skills and beyond. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 44, 364–370.
- Hilliard, R. B., Henry, W. P. & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 125–133.

- Hilsenroth, M. J., Defife, J. A., Blagys, M. D. & Ackerman, S. J. (2006). Effects of training in short-term psychodynamic psychotherapy: Changes in graduate clinical technique. *Psychotherapy Research, 16*, 293–305.
- Hinze, E. (2015). What do we learn in psychoanalytic training? *The International Journal of Psychoanalysis, 96*, 755–771.
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S. & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics and treatment factors. *Clinical Psychology Review, 34*, 428–450.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. Teoksessa J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press, 37–69.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). The alliance. Teoksessa J. C. Norcross (toim.), *Relationships that work*. New York: Oxford University Press, 25–69.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139–149.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *The American Psychologist, 41*, 159–164.
- Huang, T., Hill, C. E. & Gelso, C. J. (2013). Psychotherapy engagers versus non-engagers: Differences in alliance, therapist verbal response modes and client attachment. *Psychotherapy Research, 23*, 568–577.
- Hunt, D. D., Carr, J. E., Dagodakis, C. S. & Walker, E. A. (1985). Cognitive match as a predictor of psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 22*, 718–721.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables and CBT outcome for panic disorder: Results from multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747–755.
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 52*, 26–34
- Jennings, L. & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 3–11.
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K., Sørbye, O., Sjaastad, M. & Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 438–448.
- Johnson, L. D. & Miller, S. D. (1994). Modification of depression risk factors: A solution-focused approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*, 244–253.

- Jones, E. E., Krupnick, J. L. & Kerig, P. K. (1987). Some gender effects in brief psychotherapy. *Psychotherapy, 24*, 336–352.
- Jørgensen, C. R., Hougaard, E., Rosenbaum, B., Valbak, K. & Rehfeld, E. (2000). The Dynamic Assessment Interview (DAI), interpersonal process measured by Structural Analysis of Social Behavior (SASB) and therapeutic outcome. *Psychotherapy Research, 10*, 181–195.
- Kaplowitz, M. J., Safran, J. D. & Muran, C. J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*, 74–84.
- Karlsson, R. & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 43*, 65–84.
- Kazantzis, N., Cronin, T. J., Norton, P. J., Lai, J. & Hofmann, S. G. (2015). Reservations about the conclusions of the interdivisional. Task force on evidence-based therapy relationships: What do we know, what don't we know. *Journal of Clinical Psychology, 71*, 423–427.
- Kazdin, A. E. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 40–89.
- Keinänen, M. (2015a). The psychosemiotic model for understanding the body-mind continuum: Implications for epistemic and psychotherapeutic applications. Teoksessa P. Rosenbaum (toim.), *Making our ideas clear: Pragmatism in psychoanalysis*. Charlotte, NC: Information Age Publishing, 215–242.
- Keinänen, M. (2015b). Persoonallisuuden rakentumisen tason virittämä vastatransferenssi ja sen hyödyntäminen psykodynaamisessa psykoterapiassa. *Psykoterapia, 34*, 94–103.
- Kernberg, O. F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytical Association, 13*, 38–56.
- Kernberg, O. F. (1973). Summary of conclusions of "Psychotherapy and psychoanalysis, final report of Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project". *International Journal of Psychiatric Medicine, 11*, 62–77.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2007). The coming changes in psychoanalytic education: Part I. *The International Journal of Psychoanalysis, 88*, 183–202.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*, 110–136.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90*, 185–214.
- Kim, D.-M., Wampold, B. C. & Bolt, D. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*, 161–172.
- King, M. F. & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology and Marketing, 17*, 79–103.

- King, S. & Holosko, M. (2011). The development and initial validation of empathy scale for social workers. *Research on Social Work Practice, 22*, 174–185.
- Kivlighan, D. M. Jr., Gelso, C. J., Ain, S., Hummel, A. M. & Markin, R. D. (2015). The therapist, the client and the real relationship: An Actor-partner interdependence analysis of treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology, 62*, 314–320.
- Klein M (1975). *Our adult world and its roots in infancy. Envy and gratitude and other works 1946–1963*. London: Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Knekt, P. & Lindfors, O. (toim.) (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up*. Helsinki: The Social Insurance Institution, Studies in Social Security and Health, 77.
- Knekt, P., Lindfors, O. & Laaksonen, M. (2010). *Helsingin Psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, Raportti 33/2010.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Raitasalo, R., Haaramo, P. & Järvikoski, A. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity: a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 107*, 95–106.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T. & Virtala, E. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders, 132*, 37–47.
- Knekt, P., Virtala, E., Härkänen, T., Vaarama, M., Lehtonen, J. & Lindfors, O. (2016). The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment, *Psychological Medicine, 46*, 1175–1188.
- Koepf, W. & Vaeth-Szusdzia, R. (1996). Anmerkungen zur Bedeutung der Lehranalyse für die praktische, psychotherapeutische Arbeit (Some remarks on the importance of training analysis for the practice of psychotherapy). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 46*, 43–46.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1979). The two analyses of Mr. Z. *The International Journal of Psychoanalysis, 60*, 3–27.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kohut, H. (1985). *Self psychology and the humanities*. New York: Norton.

- Kohut, H. & Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413–425.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009–1016.
- Kottler, J. A. (1990). *The complete therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E. & Castongyay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 473–483.
- Kraus, D. R., Castongyay, L.G, Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21, 267–276.
- Kraus, D. R., Seligman, D. A. & Jordan, J. R. (2005). Validation of a behavioral health treatment outcome and assessment tool designed for naturalistic settings: The Treatment Outcome Package. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 285–314.
- Kurtz, R. & Grummon, D. (1972). Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 106–115.
- Laaksonen, M., Knekt, P. & Lindfors O. (2013). Psychological predictors of the recovery from mood or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. *Psychiatry Research*, 208, 162–171.
- Laaksonen, M. A., Knekt, P., Sares-Jäske, L. & Lindfors, O. (2012). Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder. *European Psychiatry*, 28, 117–124.
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. & Nutt, E. A. (1996). Nature, extent and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 102–115.
- Lafferty, P., Beutler, L. E. & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76–80.
- Laireiter, A. R. (1998). Self-directed experience and personal therapy: The situation in the German-speaking countries and the "state of the art" of empirical research. Teoksessa E. Sanavio (toim.), *Behavior and cognitive therapy today. Essays in honor of Hans J. Eysenck*. Oxford: Anonima Romana, 163–179.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469–485.
- Lambert, M. J. (toim.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. painos). New York: Wiley.

- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What have we learned from a decade of research aiming at improving psychotherapy outcome in routine clinical care. *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Teoksessa M. J. Lambert (toim.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6. painos). Hoboken, NJ: Wiley, 169-218.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Teoksessa J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, 17-32.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1983). Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. Teoksessa C. E. Walker (toim.), *The handbook of clinical psychology*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 205-341.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B. & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Teoksessa M. J. Lambert (toim.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. painos). New York: Wiley, 139-193.
- Larsen, A. C., Ulleberg, P. & Rønnestad, M. H. (2010). *Depersonalization reconsidered: An empirical analysis of relationship between depersonalization and cynicism in an extended version of the Maslach Burnout Inventory*. Julkaisematon käsikirjoitus. Oslo and Akerhus University.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Lehtovuori, P. (1993). Analyytikon identiteetin kehityksestä. *Psykoterapia*, 2, 24-25.
- Lehtovuori, P. (1995). Helsingin Psykoterapiaprojekti. Tutkimussuunnitelma, hyväksytty 10.5.1995.
- Lehtovuori, P. (1999). Erik H. Erikson: Elämän perusvoimat. *Psykoterapia*, 4, 40-48.
- Lehtovuori, P. (2001). Objektisuhteiden rakentuminen inhimillisessä vuorovaikutuksessa. *Psykoterapia*, 20, 88-107.
- Lehtovuori, P. (2002). *Psykoterapeuttien kokemuksia ammatillisesta kehityksestä ja henkilökohtaisesta elämästä*. Psykologian lisensiaatintutkimus. Turun yliopisto.
- Lehtovuori, P. (2003). Psykoterapeuttien kokemuksia ammatillisesta kehityksestä ja henkilökohtaisesta elämästä. *Psykoterapia*, 22, 178-187.

- Lehtovuori, P. (2006). *Kyllin lähellä – riittäväin kaukana. Inhimillinen vuorovaikutus psykoanalyttisessa psykoterapiaprosessissa*. Helsinki: Therapie-säätiö, Koulutuskeskus, Tutkielmasarja nro 1.
- Lehtovuori, P. (2010). Muistin synty. *Psykoterapia*, 29, 20–37.
- Lehtovuori, P. (2012). Läsä oleva psykoterapeutti – kyllin lähellä, riittävän kaukana. Teoksessa S. Eronen & P. Lahti-Nuuttila (toim.), *Mikä psykoterapiassa auttaa*. Helsinki: Edita, 142–170.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401–419.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *JAMA*, 300, 1551–1565.
- Levinson, P., McMurray, L., Podell, P. & Weiner, H. (1978). Causes for the premature interruption of psychotherapy by private practice patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 826–830.
- Levitt, H. M. & Piazza-Bonin, E. (2016). Wisdom and psychotherapy: Studying expert therapists' clinical wisdom to explicate common processes. *Psychotherapy Research*, 26, 31–47.
- Ligiero, D. P. & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment and the working alliance: The therapist's contributions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 3–11.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53–70.
- Loch, W. (1974). *Some remarks about evaluation of supervision*. Esitelmä kongressissa Standing Conference on Training, London.
- Lopez, F. G. & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 283–300.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S. & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 501–512.
- Luborsky, L., Diguier, L. A., McLellan, A. T. & Woody, G. (1995). *The psychotherapist as a neglected variable: New studies of each therapist's benefits to their patients*. Esitelmä kongressissa The Society for Psychotherapy Research, Vancouver.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602–611.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1007.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32–39.

- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A.-K., Zimmermann, D., Böhnke, J. R. & Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research, 25*, 647–660.
- Macaskill, A. (1999). Personal therapy as a training requirement: The lack of supporting evidence. Teoksessa C. Feltham (toim.), *Controversies in psychotherapy and counseling*. London: Sage, 142–154.
- Macran, S. & Shapiro, D. A. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology, 71*, 13–25.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*, 14–16.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies and the concept of conditional strategies. *Human Development, 33*, 48–61.
- Main, M., Goldwyn, R. & Hesse, E. (2002). *Adult attachment classification rating system*. Julkaisematon käsikirjoitus. Berkley: University of California.
- Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. New York: Plenum.
- Malin, A. J. & Pos, A. E. (2015). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research, 25*, 445–459.
- Mallincrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 10*, 239–266.
- Mallincrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*, 262–270.
- Mallincrodt, B., Choi, G. & Daly, K. D. (2015). Pilot test of measure to assess therapeutic distance and its association with client attachment and corrective experience in therapy. *Psychotherapy Research, 25*, 505–517.
- Mallincrodt, B., Daly, K. D. & Wang, C. (2009). An attachment approach to adult psychotherapy. Teoksessa J. H. Obegi & E. Berant (toim.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: Guilford, 234–268.
- Mallincrodt, B. & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 135–138.
- Marci, C., Ham, J., Moran, E. & Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 103–111.
- Marcus, D. K., Kashy, D. A. & Baldwin, S. A. (2009). Studying psychotherapy using the one-with-many design: The therapeutic alliance as an exemplar. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 537–548.
- Markey, P. M., Funder, D. C. & Ozer, D. J. (2003). Complementarity of interpersonal behaviors in dyadic interactions. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 1082–1090.

- Markin, R. D., McCarthy, K. S. & Barber, J. P. (2013). Transference, countertransference, emotional expression and quality over course of supportive-expressive therapy: The raters perspective. *Psychotherapy Research, 23*, 152-168.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C. & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachment, working alliance, negative transference and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 337-350.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Maslow A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Mayes, L., Fonagy, P. & Target, M. (2007). *Developmental science and psychoanalysis. Integration and innovation*. London: Karnac Books.
- Mays, D. T. & Franks, C. M. (toim.) (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.
- McCarthy, W. C. & Hanson Frieze, I. (1999). Negative aspects of therapy: Client perceptions of therapists' social influence, burnout and quality of care. *Journal of Social Issues, 55*, 33-50.
- McManus, F., Westbrook, D., Vazquez-Montes, M., Fennell, M. & Kennerly, H. (2010). An evaluation of the effectiveness of diploma-level training in cognitive behaviour therapy. *Behaviour, Research and Therapy, 48*, 1123-1132.
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D. & Watt, G. C. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice, 21*, 699-705.
- Metsämuuronen, J. (2008). *Laadullisen tutkimuksen perusteet* (3. uud. painos). Helsinki: International Methelp.
- Miller, L. (1993). Who are the best psychotherapists? Qualities of the effective practitioner. *Psychotherapy in Private Practice, 12*, 1-18.
- Mohr, D. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 1-27.
- Moyers, T. B. & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors, 27*, 878-884.
- Myllyneva, A. (2016). *Psychophysiological responses to eye contact*. Acta Universitatis Tamperensis, 2196.
- Najavits, L. M. & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy, 31*, 114-123.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance. A multilevel approach. *Psychotherapy Research, 20*, 627-646.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P. & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and

- difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23, 86–104.
- Norcross, J. C. (2005). The psychotherapists' own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologists*, 60, 840–850.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. Teoksessa B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (toim.), *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy* (2. painos). Washington, DC: American Psychological Association, 113–141.
- Norcross, J. C. (toim.) (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2. painos). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48, 4–8.
- Norcross, J. C., Strausser, D. J. & Faltus, F. J. (1988). The therapists' therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 53–66.
- Norcross, J. C., Strausser-Kirtland, D. & Missar, C. D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy*, 25, 36–43.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusion and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98–102.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects. Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1157–1172.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology of Psychotherapy*, 10, 361–373.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. Teoksessa A. E. Bergin & S. L. Garfield (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. painos). New York: Wiley, 270–376.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1975). Varieties of psychotherapeutic experience: Multivariate analyses of patients' and therapists' reports. New York: Teachers College Press.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. Teoksessa A. M. Brodsky & R. T. Hare-Mustin (toim.), *Women and psychotherapy*. New York: Guilford, 3–34.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. Teoksessa S. L. Garfield & A. E. Bergin (toim.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3. painos). New York: Wiley, 311–381.
- Orlinsky, D. E., Norcross, J. C., Rønnestad, M. H. & Wiseman, H. (2005). Outcomes and impacts of the psychotherapists' own psychotherapy: A research review. Teoksessa J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (toim.), *The psychotherapist's own psychotherapy. Patient and clinician perspectives* New York: Oxford University Press, 214–230.

- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Ambühl, H., Willutzki, U., Botermans, J-F., Cierpka, M., Davis, J. & Davis, M. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychotherapy, 36*, 203–215.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. Teoksessa M. Lambert (toim.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5. painos). New York: Wiley, 307–389.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, H. & Willutzki, U. (2011). SPR Collaborative Research Program on the Development of Psychotherapists. Teoksessa J. Norcross, G. VandenBos & D. Freedheim (toim.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2. painos). Washington DC: American Psychological Association, 375–381.
- Owen, J., Wong, Y. J. & Rodolfa, E. (2009). Empirical search for psychotherapists' gender competence in psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46*, 448–458.
- Paivio, S. C. & Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation: Reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of Clinical Psychology. In Session: Psychotherapy in Practice, 57*, 213–226.
- Parker, Z. J. & Waller, G. (2015). Factors related to psychotherapists' self-assessment when treating anxiety and other disorders. *Behaviour Research and Therapy, 66*, 1–7.
- Pascual-Leone, A., Rodriquez-Rubio, B. & Metler, S. (2013). What else are psychotherapy trainees learning? A qualitative model of students' personal experiences based on two populations. *Psychotherapy Research, 23*, 578–591.
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy, 21*, 431–438.
- Petrowski, K., Nowacki, K., Pokorny, D. & Buchheim, A. (2011). Matching the patient to the therapist: The roles of the attachment status and the helping alliance. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*, 839–844.
- Piper, W. E. McCallum, M., Joyce, A. S., Azim, H. F. & Ogrodniczuk, J. S. (1999). Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 267–273.
- Pope, K. S. & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice, 25*, 247–258.
- Propst, A., Paris, J. & Rosberger, Z. (1994). Do therapists experience, diagnosis and functional level predict outcome in short-term psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 39*, 168–176.
- Pylkkänen, K., Pöllänen, R.-L. & Upanne, M. (toim.) (1995). *Psykoterapia Suomessa*. Helsinki: Stakes, Oppaita, 29.

- Rawn, M. L. (1991). Training analysis and training psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology, 8*, 43-57.
- Reid, S. (toim.) (1997). *Developments in infant observation. The Tavistock model*. London: Routledge.
- Richardson, M., Abraham, C. & Bond, R. (2012). Psychological correlates of university students' academic performance: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin, 138*, 353-387.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and recognition of motor actions. *Brain Research. Cognitive Brain Research, 3*, 131-141.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1963). The actualizing tendency in relation to "motives" and the consciousness. Teoksessa M. R. Jones (toim.), *Nebraska Symposium on motivation: Current theory and research in motivation*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press, 1-24.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Romano, V., Orlinsky, D. E., Wiseman, H. & Rønnestad, H. (2009). *Theoretical breadth early in the psychotherapist's career: Help or hindrance?* Esitelmä kongressissa The Society for Psychotherapy Research, Montreal.
- Rønnestad, M. H. & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 16*, 261-267.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2010). Healing involvement and stressful involvement in early career therapists: Key factors in professional development. Esitelmä kongressissa Society for Psychotherapy Research International Meeting, Asilomar, CA.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 181-187.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist. Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development, 30*, 5-44.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner. Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York: Routledge, 53-210.
- Rubino, G., Barker, A., Roth, T. & Fearon, Y. F. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of the therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research, 10*, 408-420.
- Rustin, Mi. (1997). Observing infants: Reflections on methods. Teoksessa L. Miller, Ma. Rustin, Mi. Rustin & J. Shuttleworth (toim.), *Closely observed infants*. London: Duckworth, 52-75.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 447-458.

- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. Teoksessa J. N. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work* (2. painos). New York: Oxford University Press, 224–238.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. Teoksessa J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press, 235–253.
- Salvio, M., Beutler, L. E., Wood, J. M. & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31–36.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921–942.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A. & Blomberg, J. (2002). Varieties of therapeutic experience and their associations with patient outcome. *European Psychotherapy*, 3, 17–35.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Grant, J., Lazar, A. & Broberg, J. (2006). Therapists' therapies: The relation between training therapy and patient change in long-term psychotherapy and psychoanalysis. *Psychotherapy Research*, 16, Asilomar, CA: 306–316.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J. & Broberg, J. (2006). Therapist attitudes and patient outcomes III. A latent class analysis of therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 629–647.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J. & Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy research*, 17, 196–204.
- Saxon, D. & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 535–546.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M. & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20, 193–202.
- Schneider, J., Wilkerson, D., Solomon, B., Perlman, C., Tsoles, D. D., Shelby, D., Witten, M. & Sadow, L. (2014). Psychoanalytic training experience and postgraduate professional development: A survey of six decades of graduate analysts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 95, 1211–1233.
- Schore A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton.
- Schut, A. J., Castonguay, L. G., Flanagan, K. M., Yamasaki, A. S., Barber, J.P., Bedics, J. D. & Smith, T. L. (2005). Therapist interpretation, patient-

- therapist interpersonal process and outcome in psychodynamic psychotherapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Training*, 42, 494–511.
- Sexton, T. L. & Whiston, S. C. (1991). A review of the empirical basis for counseling: Implications for practice and training. *Counselor Education and Supervision*, 30, 330–354.
- Shahar, G. (2015). *Erosion, self-made. The psychopathology of self-criticism*. New York: Oxford University Press.
- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., Lowery, A., Sotsky, S. M., Watkins, J. T. & Imber, S. D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 837–846.
- Sifneos, P. E. (1978). Short-term anxiety provoking psychotherapy. Teoksessa H. Davanloo (toim.), *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum, 35–42.
- Skovholt, T. M. (2001). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers and health professionals*. Boston: Allyn & Bacon.
- Skovholt, T. M. & Jennings, L. (2004). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling*. Boston: Pearson.
- Skovholt, T. M. & Rønnestad, M. H. (1992). Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling and Development*, 70, 505–515.
- Skovholt, T. M. & Rønnestad, M. H. (1995). *Evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester: Wiley.
- Skovholt, T. M., Rønnestad, M. H. & Jennings, L. (1997). In search of expertise in counseling, psychotherapy and professional psychology. *Educational Psychology Review*, 9, 361–369.
- Slavin-Mulford, J., Hilsenroth, M., Weinberger, J. & Gold, J. (2011). Therapeutic interventions related to outcome in psychodynamic psychotherapy for anxiety disorder patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 214–221.
- Staczan, P., Schmuecker, R., Koehler, M., Berglar, J., Cramer, A., von Wyhl, A., Koemeda-Lutz, M., Schulthess, P. & Tschuschke, V. (2017). Effects of sex and gender in ten types of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27, 74–88.
- Steenbarger, B. N. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: An integrative review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 111–119.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127–142.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182–196.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. London: Karnac Books.

- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N. & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanism in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Stevanovic, P. & Rupert, P. A. (2004). Career-sustaining behaviors, satisfactions, and stresses of professional psychologists. *Psychotherapy*, 41, 301-309.
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 50, 33-41.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioral, person-centred and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677-688.
- Stoltenberg, C. D. & McNeill, B. W. (2010). IDM supervision, an integrative developmental model for supervising counselors and therapists (3. painos). New York: Taylor & Francis.
- Stone, A. A., Turkkan, J. S., Bachrach, C. A., Jobe, J. B., Kurzman, H. S. & Cain, V. S. (2000). *The science of self-report*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Strupp, H. H. (1973). *Psychotherapy: Clinical, research and theoretical issues*. New York: Jason Aronson.
- Strupp, H. H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist*, 44, 717-724.
- Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 431-433.
- Strupp, H. H. & Anderson, T. (1997). On the limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 76-82.
- Strupp, H. H. & Binder, J. J. (1985). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W. & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: The problem of negative effects*. New York: Jason Aronson.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Söderberg, A. K., Elfors, C., Holmqvist-Larsson, M., Falkenström, F. & Holmqvist, R. (2014). Emotional availability in psychotherapy: The usefulness and validity of the Emotional Availability Scales for analysing the psychotherapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 24, 91-102.
- Taubner, S., Buchheim, A., Rudyk, R., Kächele, H. & Bruns, G. (2012). How does biological research influence psychoanalytic treatments? Observations from the Hanse-Neuro-Psychoanalysis-Study. *American Journal of Psychoanalysis*, 72, 269-286.
- Taubner, S., Klasen, J. & Munder, T. (2016). Why do psychotherapists participate in psychotherapy research and why not? Results of the Attitudes to Psychotherapy Research Questionnaire with a sample of experienced German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 26, 318-331.

- Taylor, P., Rietzschel, J., Danquah, A. & Berry, K. (2015). Changes in attachment representations during psychological therapy. *Psychotherapy Research, 25*, 222–238.
- Tepper, D. T. (1973). *The communication of counselor empathy, respect and genuineness through verbal and non-verbal channels*. Väitöskirja. University of Massachusetts.
- Thurin, J.-M., Thurin, M. & Midgley, N. (2012). Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research, 12*, 187–193.
- Thwaites, R. & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing empathy in cognitive behaviour therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*, 591–612.
- Tishby, O. & Wiseman, H. (2014). Types of countertransference dynamics: An exploration of their impact on the client-therapist relationship. *Psychotherapy Research, 24*, 360–375.
- Tourangeau, R. (2009). Remembering what happened. Memory errors and survey reports. Teoksessa A. A. Stone, J. S. Turkkan, C. A. Bachrach, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman & V. S. Cain (toim.), *The science of self-report*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 29–48.
- Tracey, T. J., Ryan, J. M. & Jaschik-Herman, B. (2001). Complementarity of interpersonal circumplex traits. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 786–797.
- Tremblay, J. M., Herron, W. G. & Schultz, C. C. (1986). Relationship between therapeutic orientation and personality in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 17*, 106–110.
- Trevarthen, C. B. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. Teoksessa M. Bullowa (toim.), *Before speech*. Cambridge: Cambridge University Press, 321–349.
- Trevarthen, C. B. & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical application. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 3–48.
- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.
- Truax, C. B., Wargo, D. G., Frank, J. D., Imber, S. D., Battle, C. C., Hoehn-Saric, R. & Stone, A. R. (1966). The therapist's contribution to accurate empathy, non-possessive warmth and genuineness in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 27*, 297–299.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A. & Weber, R. (2010). Fundamental reflections on psychotherapy research and initial results of the naturalistic psychotherapy study on outpatient treatment in Switzerland (PAP-S). *International Journal of Psychotherapy, 14*, 23–35.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Köhler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., von Wyl, A., Schulthess, P. & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance and

- clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25, 420–434.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2004). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tyrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B. & FalLOT, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment state of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 727–733.
- Tähkä, V. (1996). *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen*. Helsinki: WSOY.
- Vachon, D. O., Susman, M., Wynne, M. E., Birringer, J., Olshefsky, L. & Cox, K. (1995). Reasons therapists give for refusing to participate in psychotherapy process research. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 380–382.
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., Vivian, D., Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Manber, R., Castonguay, L., Rush, A. J., Borian, F. E., McCullough, J. P., Kornstein, S. G., Riso, L. P. & Keller, M. B. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 255–265.
- Vogela, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C. & Götestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 247–255.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnel, P. & Lambert, M. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 1–6.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2007). The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologists*, 62, 857–873.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16, 184–187.
- Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914–923.
- Wampold, B. E., Hollon, S. D. & Hill, C.E. (2011). Unresolved questions and future directions in psychotherapy research. Teoksessa J. C. Norcross, G. R. VandenBos & D. K. Freedheim (toim.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2. painos). Washington, DC: American Psychological Association, 333–356.

- Wampold, B. E. & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what make psychotherapy work* (2. painos). New York: Routledge.
- Ward, J. H., Jr. (1963). "Hierarchical grouping to optimize an objective function". *Journal of the American Statistical Association*, 58, 236-244.
- Waters, E., Treboux, D., Fyffe, C., Crowell, J. & Corcoran, D. (2005). *Scoring secure versus insecure and dismissing versus preoccupied attachment as continuous variables: Discriminant analysis using AAI State of Mind scales*. Julkaisematon käsikirjoitus. Stony Brook University.
- Watkins, C. E. & Watts, R. E. (1995). Psychotherapy survey research studies. Some consistent findings and integrative conclusions. *Psychotherapy in Private Practice* 13, 49-68.
- Watson, J. C. (1999). *Measure of expressed empathy*. Toronto: University of Toronto, Department of Adult Education, Community Development and Counseling Psychology, OISE.
- Watson, J. C. (2002). Re-visioning empathy. Teoksessa D. Cain & J. Seeman (toim.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychologic Association, 445-471.
- Watson, J. C. & Prosser, M. (2002). Development of an observer-rated measure of therapist empathy. Teoksessa J. Watson, R. Goldman & M. Warner (toim.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 303-314.
- Watson, J.C., Steckley, P. L. & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24, 286-298.
- Webb, C.A., DeRubeis, R. J. & Barber. J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200-211.
- Wiggins, J. D. & Giles, T. A. (1984). The relationship between counselors' and students' self-esteem as related to counseling outcomes. *The School Counselor*, 32, 18-22.
- Williams, F., Coyle, A. & Lyons, E. (1999). How counseling psychologists view their personal therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 545-555.
- Williams, K. E. & Chambless, D. L. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21, 111-116.
- Willutzki, U., Reinke-Kappenstein, B. & Hermer, M. (2013). Ohne Heiler geht es nicht. Bedeutung von Psychotherapeuten für Therapieprozess und -ergebnis. (Nothing works without the healer. Impact of psychotherapists on the process and outcome of psychotherapy). *Psychotherapeut*, 58, 427-437.
- Wing, E. H. (2010). *The relationship between therapist empathy, the working alliance and therapy outcome: A test of partialmediation model*. Väitöskirja. College of Arts and Sciences of Ohio University.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-75.

- Wiseman, H. & Tishby, O. (2014). Client attachment, attachment to the therapist and client-therapist attachment match: How do they relate to change in psychodynamic psychotherapy? *Psychotherapy Research, 24*, 392–406.
- Wolitzky, D. L. (2011). Contemporary Freudian psychoanalytic psychotherapy. Teoksessa A. S. Gurman & S. B. Messer (toim.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (3. painos). New York: Guilford, 33–71.
- Wynne, M. E., Susman, M., Ries, S., Birringer, J. & Katz, L. (1994). A method for assessing therapists' recall of in-session events. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 53–57.
- Zeek, A., Orlinsky, D. E., Hermann, S., Joos, A., Wirsching, M., Weidmann, W. & Hartmann, A. (2012). Stressful involvement in psychotherapeutic work: Therapist, client and process correlates. *Psychotherapy Research, 22*, 543–555.
- Zuroff, D. C. & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contribution to clinical improvement and enhanced adaptive capacity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 130–140.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J. & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship. Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology, 66*, 681–697.
- Zuroff, D. C. & Mongrain, M. & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin, 130*, 489–511.
- Zuroff, D. C., Shahar, G., Blatt, S. J., Kelly, A. C. & Leybman, M. J. (2016). Predictors and moderators of between-therapists and within-therapists differences in depressed outpatients' experiences of the Rogerian conditions. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 162–172.
- Öst, L. G., Karlstedt, A. & Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy, 43*, 160–173.

LIITTEET

LIITE 1 Alkuperäiset haastattelukysymykset

SISÄLLYSLUETTELO

TERAPEUTTI

1. ULKOISET TEKIJÄT

1.1. TYÖURA/AMMATTIHISTORIA

1.1.1. Terapeutin/ Analyytikon koulutus (täydennystä Orlinskyn lomakkeeseen)

1.1.2. Nykyiset työtehtävät

1.1.3. Annettu työnohjaus ja koulutus (täydennystä Orlinskyn lomakkeeseen)

1.1.4. Omasta työnohjauksesta (täydennystä Orlinskyn kysymyksiin)

1.1.5. Omasta hoidosta (täydennystä Orlinskyn kysymyksiin)

1.1.6. Muut ammattisuunnitelmat/miksi hoitaminen

1.2. PERHETAUSTA

1.2.1. Lapsuuden perhe

1.2.1.1. Vanhemmat

1.2.1.2. Sisarukset

1.2.2. Nykyinen perhe

1.3. IHMISSUHTEET

1.3.1. Lapsuuden ystävyysuhteet

1.3.2. Nykyiset ystävyysuhteet

1.4. HARRASTUKSET

1.4.1. Lapsuuden harrastukset

1.4.2. Nykyiset harrastukset

2. SISÄISET TEKIJÄT

2.1. LÄHEISYYS JA ERISTYNEISYYS SEKÄ NIIDEN TASAPAINO

2.1.1. Lapsuudenperheen tunneilmasto

2.1.2. Separatio/individuaatio

2.1.3. Naisellisuuden/miehisyyden kokeminen

2.2. GENERATIIVISUUS JA LAMAANTUMINEN JA NIIDEN TASAPAINO

2.2.1. Elämäkatsomus

2.2.2. Lapsuuden muistot ja mielikuvat

2.2.3. Unet

2.2.4. Mielikuvat itsestä

2.3. INTEGRAATIO JA EPÄTOIVO JA NIIDEN TASAPAINO

2.3.1. Oman elämänkaaren arviointia

Psykoterapia-projekti / Pirjo Lehtovuori 15.5.1995

TERAPEUTTI

Tekstiin merkitty lihavoituna ne kysymykset, jotka käytiin läpi kaikkien terapeuttien kanssa lopullisessa tutkimuksessa.

1. ULKOISET TEKIJÄT

1.1. TYÖURA/AMMATTIHISTORIA

1.1.1. Terapeutin/Analyytikon koulutus (täydennystä Orlinskyn lomakkeeseen)

- Mikä on peruskoulutuksenne?
- Mikä on psykoterapeuttikoulutuksenne?
 - Vaativa erityistaso/Erityistaso/Koulutettava/Muu
- Missä koulutusyhteisössä saitte psykoterapeutin/psykoanalyytikon koulutuksenne?
- Milloin valmistuitte psykoterapeutiksi/psykoanalytikoksi?
- Teittekö terapiatyötä ennen koulutusta?

1.1.2. Nykyiset työtehtävät

- Missä työskentelette nyt?
- Jos virka/toimi, missä?
 - Onko muita työtehtäviä?
- Mikäli olette yksityinen ammatinharjoittaja:
 - Kauanko olette olleet?
 - Miksi yksityiseksi?
- Mitä ammattikirjallisuutta luette?
- Kirjoitatteko, mitä?
- Teettekö/oletteko tehneet tutkimustyötä?

1.1.3. Annettu työhjoaus ja koulutus (täydennystä Orlinskyn lomakkeeseen)

- Annatteko työhjoausta muille kuin psykoterapeuteille?
 - Yksilö/ryhmä/perhe/muu?
 - Missä, keitä?
- Koulutatteko?
- Missä, keitä?
 - Omassa koulutusyhteisössä?
- Toimitteko muuten koulutusyhteisössänne?

1.1.4. Omasta työhjoauksesta (täydennystä Orlinskyn kysymyksiin)

- Saatteko työhjoausta tällä hetkellä?
- Tiheys?
 - Kuka maksaa?
- Jos loppunut, milloin?
- Työhjoaussuunnitelmat jatkossa?

1.1.5. Omasta hoidosta (täydennystä Orlinskyn kysymyksiin)

- Oman hoidon merkitys psykoterapeutin/psykoanalyytikon työllenne?
- Oman hoidon merkitys elämällemme?
- Jos loppunut, milloin?
- Re-terapia/re-analyysi?
- Tiheys/kesto?
- Jos loppunut, milloin?
- Jatkohoitosuunnitelmat?

1.1.6. Muut ammattisuunnitelmat/miksi hoitaminen

- Oliko teillä muita ammattisuunnitelmia?
- Toteutuivatko, ellei, niin miksi?
- Miksi juuri psykoterapeutin/psykoanalyytikon työ?
- Miksi hoitaminen?
- Miten ajattelette päätyneenne tälle alalle?
- Mistä pidätte erityisesti työssänne?
- Entä mistä ette pidä?
- Mitä saatte työstänne?

1.2. PERHETAUSTA

1.2.1. Lapsuuden perhe

- Mistä sukunne on kotoisin?
- Missä olette syntyneet?
- Missä asuite lapsuudessanne?
- Keitä kuului lapsuudenperheeseen?

1.2.1.1. Vanhemmat

- Elävätkö vanhempanne: mikäli kuolleet, milloin?
- Vanhempienne aviosäätty: mikäli eronneet, milloin?
- Vanhempienne peruskoulutus/ammatti
- Ovatko vanhempanne vielä työelämässä: mikäli eivät, milloin ja miksi lopettaneet?
- Työskenteleekö/työskentelikö äitinne kodin ulkopuolella?
- Jos työskenteli, niin missä olitte hoidossa ennen kouluikää?

1.2.1.2. Sisarukset

- Montako sisarusta teillä on/oli?
- Mitä sukupuolta he ovat/olivat?
- Milloin he ovat syntyneet?
- Monesko olette sisarussarjassa?
- Sisarustenne peruskoulutus/ammatti?
- Miten usein tapaatte nykyisin vanhempianne/sisaruksianne?
- Kuvailisitteko suhdettanne vanhempianne/sisaruksianne?
- Ovatko/Olivatko vanhempanne/sisaruksenne tyytyväisiä elämäänsä?

1.2.2. Nykyinen perhe

- Kertoisitteko nykyisestä perheestänne?

- Mikäli eronnut, milloin?
- Mikäli puolisonne kuollut, milloin?
- Avio-/avopuolisonne peruskoulutus/ammatti
- Onko teillä lapsia?
- Minkä ikäisiä he ovat?
- Mitä sukupuolta he ovat?
- Minkä ikäisenä saitte lapsenne?
- Missä lapsenne ovat/olivat hoidossa ennen kouluikää?
- Mikäli lapsenne ovat aikuisia:
 - Miten usein tapaatte heitä?
 - Onko teillä lastenlapsia?
- Miten usein tapaatte heitä?
- Kuvailisitteko suhdettanne perheenjäseniinne?
- Oletteko tyytyväinen?
- Mikäli olette perheetön: Oletteko tyytyväinen?

1.3. IHMISSUHTEET

1.3.1. Lapsuuden ystävyysuhteet

- Kertoisitteko lapsuuden ja nuoruuden ystävistänne?
- Mitä teitte yhdessä?
- Tapaatteko yhä lapsuudenystäviänne?

1.3.2. Nykyiset ystävyysuhteet

- Kertoisitteko nykyisistä ystävistänne?
- Kauanko olette tunteneet?
- Miten usein tapaatte?
- Mitä teette yhdessä?
- Mikäli perheellinen:
- Kertoisitteko perhetuistanne?

1.4. HARRASTUKSET

1.4.1. Lapsuuden harrastukset = Miten vietätte vapaa-aikaa

- Mitä lapsuudenperheessänne harrastettiin?
- Mitä itse harrastitte?
- Toimitteko lapsena/nuorena maailmankatsomuksellisissa liikkeissä (mm. poliittiset, uskonnolliset)?
- Luettiin teille lapsena?
- Kuka luki, mitä/luitteko itse, mitä?

1.4.2. Nykyiset harrastukset

- Mitä harrastatte?
- Miten usein?
- Miten kauan olette harrastaneet?
- Kuulutteko yhdistyksiin?

- Mihin yhdistyksiin?
- Mikä on oma aktiivisuus niissä: ennen/nyt?
- Paljonko vietätte lomaa vuodessa?
- Millaisissa jaksoissa?
- Mitä teette?

2. SISÄISET TEKIJÄT

2.1. LÄHEISYYS JA ERISTYNEISYYS SEKÄ NIIDEN TASAPAINO

2.1.1. Lapsuudenperheen tunneilmasto

- Kuvaisitteko lapsuudenkotianne?
- Miten lapsuudenperheenne sijoittui paikkakunnan sosiaalitaustaan, entä kulttuuritaustaan?
- Millaisia kontakteja lapsuudenperheellänne oli ympäristöön?
- Keiden kanssa seurusteltiin?
- Ovatko/Olivatko vanhempanne tyytyväisiä asemaansa perheessä/yhteiskunnassa?
- Olivatko vanhempanne kotona iltaisin?
- Oliko vanhempianne helppo lähestyä?
- Millainen oli vanhempienne keskinäinen suhde?
- Entä kodin muut ihmissuhteet?
- Olivatko vanhempienne tunneilmaisut avoimia vai peitettyjä?
- Miten teillä osoitettiin rakkautta ja vihaa, hellyyttä, väkivaltaa?

2.1.2. Separaatio/individuaatio

- Millaista oli irrottautuminen vanhemmista?
- Millaisia separaatiomuistikuvia, entä separaatiomielikuvia teillä on?
- Missä iässä arvioitte itsenäistyneenne?

2.1.3. Naisellisuuden/miehisyyden kokeminen

- Miten suhtaudutte omaan naisellisuuteen/miehisyyteenne?

2.2. GENERATIIVISUUS JA LAMAANTUMINEN JA NIIDEN TASAPAINO

2.2.1. Elämäkatsomus

- Miten koette omat oppi-isänne?
- Ketä tärkeitä ihmisiä teillä on ollut henkisinä matkaoppaina?

2.2.2. Lapsuuden muistot ja mielikuvat

- Mitkä ovat varhaisimmat muistikuvanne?
- Millaisia lapsuudenmuistoja teillä on?
- Missä vietitte lapsuutenne kesät?
- Mitä luonto on teille merkinnyt?
 - Lapsena?
 - Nyt?

2.2.3. Unet (ei kysytty haastattelussa järjestelmällisesti)

- Näettekö unia?
- Miten käytätte unia?

2.2.4. Mielikuvat itsestä

- Mikä merkitys teille on mielikuvilla?
- Millaisia mielikuvia teillä on itsestänne?
 - Ammatti-ihmisenä?
 - Muuten?
- Miten mielikuvat ovat vaihdelleet:
 - Eri elämäntasavaiheissa?
 - Uran aikana?
- Minkälaisia eri persoonallisuudenpiirteitä koette itsessänne?
- Miten suhtaudutte puutteellisiin puoliin itsessänne?
- Koetteko itsenne tarpeelliseksi?

2.3. INTEGRAATIO JA EPÄTOIVO JA NIIDEN TASAPAINO**2.3.1. Oman elämäntasavaiheen arviointia**

- Millaisia päämääriä olette asettaneet itsellenne ammatissänne?
- Miten arvioitte omaa elämäntasavaiheänne tähän asti?
- Millaisia mielikuvia teillä on omasta elämäntasavaiheänne tulevaisuudessa?
 - Vanhuus?
 - Kuolema?

LIITE 2 Alkuperäisen arviointimenetelmän pisteytysohjeet

HEINZ KOHUT

ELÄMÄN PERUSHYVEET: Luovuus (creativity), empatia, eläytyminen (empathy), elämään liittyvien rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen (acceptance of transience), kyky huumoriin (capacity of humor) ja viisaus (wisdom)

MÄÄRITELMÄT

Myönteisenä: = tasapaino (4)

Liiallisuuteen vietyinä: sisältää molemmat ääripäät (1) ja (7)

LUOVUUS

Luovat ihmiset (taiteilijat ja tiedemiehet) ovat:

suosionälkäisiä ja narsistisesti haavoittuvia
enemmän lapsenomaisia kuin äidillisiä

vähemmän eriytyneet ympäristöstään; sinä-minä-rajat ei kovin selvät

Ympäristö ja mahdolliset ihailijat ovat luovalle kunnianhimolle tärkeitä. Luovilla ihmisillä on taipumus isoihin vaihteluihin "erittäin-hyvin -menevien-arvokkaiden" ja "ei-minkään-arvoisten" tunteiden välillä suhteessa omaan luovaan työhönsä.

Luovilla ihmisillä saattaa olla niin suuri himo työhönsä, että luomistyön aikana antamisen ja ottamisen vuorovaikutuksellisuus, joka kuuluu objektirakkauteen, on vähäistä.

Myönteisenä: (4) jonkinasteinen suosionälkäisyys, narsistinen haavoittuvuus, lapsenomainen innostus ja onnistumisen-epäonnistumisen tunteiden vaihtelu. Sisältää kuitenkin realistisen omien voimien ja aikataulujen arvioinnin luomistyössä (esim. tieteellinen tutkimus, kirjoittaminen, uusien menetelmien ja teorioiden kehittäminen) sekä vuorovaikutuksellisuuden ympäristön kanssa, mm. mahdollisuuden antamiseen ja ottamiseen, vaikka se ajoittain olisikin vähäisempää.

Liiallisuuteen vietyinä: (1) jäykkä, tutunturvallisissa, hovin kapea-alaisissa ratkaisuisissa pidättäytyvä ei kestä ihailua, eikä esilläoloa. (7) erilaisiin taiteisiin ja tieteisiin liittyvien uusien ideoiden jatkuva keksiminen ja toteuttaminen, ideoiden, joista kuitenkin ei synny valmista tai tuottaminen on rajatonta ns. jatkuvaa luomista irrallaan ympäristöstä. Ei kykyä riittävästi objekti-suhteisiin.

EMPATIA, ELÄYTYMINEN

Empatia on väline, jolla kerätään psykologista tietoa toisista ihmisistä, vaikkei tieto olisikaan suoraan havainnoitavissa.

Empatian avulla pyritään näkemään yhden pienen havainnon perusteella laajempia psyykkisiä toimintoja.

Empatiakyky perustuu siihen, että kehityksemme varhaisvaiheessa äidin tunteet, tekemiset, käyttäytyminen ovat sisäistyneet meihin. Tämä primääri empatia äidin kanssa valmistaa meitä kokemaan sitä, että suuressa määrin muidenkin ihmisten kokemukset ovat omiemme kaltaisia. Empatiakyky kuuluu ihmispsyken sisäiseen varustukseen ja on jossain määrin yhteydessä primääriprosessiin.

Voimakas empaattinen havainnointi psykologian ulkopuolella johtaa arkaisiin ja esirationaalisiin todellisuudenkäsityksiin. Havainnoinnin ja tietämisen ei-empaattiset muodot ovat hallitsevia aikuisuudessa.

Myönteisenä: (4) myönteisissä olosuhteissa empatiakyky kehittyy niin, että sitä voidaan käyttää tarvittaessa pitkiä jaksoja ja voidaan valita joko empaattisten tai ei-empaattisten havainnointimallien välillä riippuen realistisista vaatimuksista ja ympäristötekijöistä, jolloin on esim. mahdollisuus antaa riittävästi välitilaa potilaalle.

Liiallisuuteen vietyä: (1) havainnointi rationaalista, vain ns. tosiasioihin pohjaavaa, suhtautuminen ihmiseen esineellistä. (7) ylenpalttinen, rajaton toiseen eläytyminen, jossa pienistä, lähes olemattomista vihjeistä tehdään päätelmiä ja arviointeja huomioimatta ihmisen kokonaistilannetta. Ei kykyä rajata empaattisuutta realististen vaatimusten ja ympäristön mukaan.

ELÄMÄÄN LIITTYVIEN RAJOJEN TUNNISTAMINEN JA HYVÄKSYMINEN

Elämään liittyvien rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen sisältää kyvyn tunnistaa elämän rajallisuus ja toimia tämän tuskallisen tiedon mukaisesti käsittäen, ettei olla ikuisia ja kuolema on osa elämää.

Myönteisenä: (4) omien rajojen tunteminen, mutta elämän rajallisuus ei masenna. Kyky ottaa huomioon myös läheistensä menneisyys, tämä hetki ja tulevaisuus, jolloin myös potilastyössä nämä ovat kaikki samanaikaisesti läsnä.

Liiallisuuteen vietyä: (1) käpertyminen epätoivoon, jossa huominen pelottaa ja elämän rajallisuuden, mm. kuoleman pelko kangistaa niin, että on vain tyhjyys, toivottomuus vailla menneisyyttä ja tulevaisuutta. (7) kaikenlainen rajattomuus, mm. omien voimien, kykyjen, ajan ja tekemisten suhteen, jossa ei myöskään

menneisyyttä ja tulevaisuutta, mutta sisältää ajatuksen, että kaikki on mahdollista nyt ja aina. Ei omien voimien vähenemisen tunnistamista.

KYKY HUUMORIIN

Kyky huumoriin sisältää kyvyn olla vakava ja kohdata jokapäiväisen elämän työt ja ponnistukset sekä kyvyn saavuttaa sisäinen rauha mietiskellä omaa loppua, hyväksyen myös melankolian.

Myönteisenä: (4) kyky suhtautua itseensä ja läheisiinsä myös huumorilla, anteeksiantavasti. Uskaltautuminen huumoriin läheisten ja myös potilaiden kanssa, jolloin itku ja nauru voivat kulkea rinnan.

Liiallisuuteen vietyä: (1) tosikko, suhtautuu asioihin vakavasti ja pikkutarkan harkiten. Elää kaavoihin kangistuneena tiukkapipoisesti. Elämässä ei ole tilaa ilolle, ei kyky nauraa itselle. (7) suhtautuu kaikkeen, työhön, ihmisiin ja elämään yleensä ”huumorismielellä” läskisilyöden. Peittää alleen torjutun, lähes eristetyn masentuneisuuden.

VIISAUS (KOHUT)

Kohutin viisaus sisältää kyvyn hyväksyä omien fyysisten, älyllisten ja emotionaalisten kykyjen rajallisuuden. Mahdollisuus ihanteisiin, kyky huumoriin ja elämän rajallisuuden hyväksyminen yhdessä kuvaavat viisautta, ei mikään yksinään. Viisaus on täten vakaata suhtautumista elämään ja maailmaan.

Tämä vakaa suhtautuminen koostuu älyllisten toimintojen ja huumorin integraatiosta, rajallisuuden hyväksymisestä ja pysyvistä arvomaailmasta. Ihanteet ovat voimakkaimmillaan nuoruudessa, huumori kypsässä aikuisuudessa ja rajojen tunnistaminen voidaan saavuttaa ikääntymisen myötä.

Myönteisenä: (4) kyky hyväksyä itsessään fyysisten, älyllisten ja emotionaalisten kykyjen rajallisuus, jolloin voi hyväksyä myös muiden rajallisuuden ja erilaiset voimavarat näissä ominaisuuksissa. Uskaltautuminen itsensä arvostamiseen ja tätä kautta läheistensä. Myös näiden erilaisuuden arvostamiseen.

Liiallisuuteen vietyä: (1) kyvyttömyys hyväksyä fyysisten, älyllisten ja emotionaalisten kykyjen rajallisuus. Vallitsevana ”kaikenkattava” toivottomuus. Rajaamisen vaikeus ed. mainituilla osa-alueilla. (7) rajaton, harhainen kuvittelu oman olemisen, tekemisen ja elämisen omnipotenttisuudesta, ns. kuolematomuuden harha, sekä fyysisten, älyllisten että emotionaalisten kykyjen suhteen.

ERIK H. ERIKSON

MINÄN PERUSVOIMAT JA AIKUISEN MINÄN KYVYT:

Toivo (hope), tahdonvoima (will), tarkoituksellisuus (purpose), pätevyyden ja osaamisen tunne (competence) ovat lapsuuden, uskollisuus (fidelity) nuoruuden ja rakkaus (love), huolenpito (care) ja viisaus (wisdom) aikuisuuden perusvoimia.

Aikuisen minän kyvyt ovat läheisyys ja eristyneisyys, generatiivisuus ja lamaantumisen sekä integraatio ja epätoivo.

MÄÄRITELMÄT

Myönteisenä: tasapaino (4)

Liiallisuuteen vietyinä: sisältää molemmat ääripäät (1) ja (7)

TOIVO

Toivo on kestävä usko palavien toiveiden toteutumiseen huolimatta synkistä pakonomaisista kiihkoista ja raivoista, jotka leimaavat olemassaolon alkua. Toivo on uskon perusta. Toivoa ravitsee aikuisen usko, jota hoivaaminen on tulviltaan.

Kun toivo on vakiintunut, se kestää perimmäisenä mielenlaatuna, eikä järky, vaikka joitakin toiveita jää täyttämättä.

Toivon avulla ihminen oppii sietämään luottamuksen ja epäluottamuksen välisiä jännitettä.

Toivo luo pohjaa mielikuville ja luovuudelle.

Myönteisenä: (4) kyky ylläpitää toivoa elämässään perimmäisenä mielenlaatuina. Toivo luo pohjaa mielikuville ja luovuudelle ja näiden käytölle ihmissuhteissa ja työskentelyssä sekä vankalle aikaperspektiiville. Eräänlainen perusmyönteinen, rauhallinen ote elämään, jota eivät horjuta kohtuulliset vastoinkäymiset. Luottamuksen ja epäluottamuksen riittävän hyvä tasapaino.

Liiallisuuteen vietyinä: (1) vetäytyminen, epätoivoinen, epäluuloinen asennoituminen itsen, muihin ja elämään yleensä. (7) ns. sokea "luottamus" kaikkiin ja kaikkeen, joka peittää syvän epätoivon. Vetäytyminen - epäluottamus - tasapaino - luottamus - "sokea luottamus".

TAHDONVOIMA

Tahdonvoima tarkoittaa murtumatonta päättäväisyyttä harjoittaa vapaata valintaa ja omaehtoista pidättyvyyttä huolimatta väistämättömästä häpeän ja epäilyksen kokemuksesta lapsuudessa. Tahdonvoima on lain ja välttämättömyyden hyväksymisen perusta, ja se perustuu vanhempien sisäistettyyn käsitykseen laista ja yhteiskunnan oikeuksista ja velvollisuuksista.

Tahto saa ilmaisunsa ja kehittyy oman ruumiin hallinnassa ja kontrolloimisessa, käyttäytymisen ja koko elämän vähittäisessä hallintaan ottamisessa.

Mikäli ihminen ei jaksaa kamppailla itsenäisyyden ja epävarmuuden välimaastossa, hän kehittyy joko häpeämättömän röyhkeäksi tai pakkomielleet kangistavat hänet.

Myönteisenä: (4) kyky itsenäisiin ratkaisuihin. Omien rajojen tunteminen esim. oman viikkorytmin mielekkyys omiin kykyihin ja yleisiin sopimuksiin nähden. Yhteisöissä vuorovaikutuksellinen sääntöjen ja ohjeiden noudattaminen. Itsenäisyyden ja häpeän, epävarmuuden, epäilyn riittävän hyvä tasapaino.

Liiallisuuteen vietyä: (1) pakkomielleinen ohjeiden noudatus. (7) jäärpäinen omien ideoiden ja ajatusten esilletuonti muita kuulematta. Pakkoneuroottisuus – häpeä, epäily, epävarmuus – tasapaino – itsekkyyys – häpeämättömyys, röyhkeys ja itsepäisyys.

TARKOITUKSELLISUUS

Tarkoituksellisuus on rohkeutta kohdata ja pyrkiä arvioituja päämääriä lapsen omaisten tappiofantasioiden ja rangaistuksenpelon estämättä.

Tarkoituksellisuus saa alkunsa peruserheen antamasta esimerkistä. Se on päämääräsuuntautumisen voima, jota ruokkii mielikuvitus, mutta ei mielikuvituksellinen, jota syyllisyys rajoittaa, muttei estä – ja joka on moraalisesti kurissa, mutta eettisesti aktiivinen.

Taitojen harjoittamista, joka tuottaa osaamisen iloa.

Myönteisenä: (4) pitkäjänteisiä, tarkoituksenmukaisia suunnitelmia yksityiselämässä ja työssä, joita vastoinkäymiset eivät lannista kohtuuttomasti, jolloin voi löytää myös uusia mielekkäitä vaihtoehtoja. Aloitteellisuuden ja syyllisyyden riittävän hyvä tasapaino.

Liiallisuuteen vietyä: (1) syyllisyys, joka estää vastuuta ja päämäärätietoisuutta sekä korjaamisen mahdollisuutta. (7) liiallinen, lähes häikäilemätön, pää-

määrätietoisuus. Estyminen – syyllisyys – tasapaino – aloitteellisuus – häikäilemättömyys.

PÄTEVYYDEN JA OSAAMISEN TUNNE

Pätevyyden ja osaamisen tunne on taitojen ja älyn vapaata harjoittamista tehtävien loppuunsaattamiseksi lapsenomaisten alemmuudentunteen estämättä. Se on perusta yhteistoiminnalliselle osallistumiselle teknologioihin ja luottaa vuorostaan, välineiden ja taitojen logikkaan.

Myönteisenä: (4) tietty täsmällisyys, esim. tuntien ajallisuus. Vastuullinen ja pitkäjänteinen niiden työtehtävien hoito, joihin on sitoutunut ja lupautunut. Ahkeruuden ja alemmuudentunteen riittävän hyvä tasapaino.

Liiallisuuteen vietyä: (1) lupautuminen erinäisiin sitoumuksiin, joista ei kuitenkaan koskaan tule oikein mitään, eikä niitä saada loppuun suoritetuiksi, jolloin voimakkaat alemmuudentunteet voivat aiheuttaa voimattomuutta hoitaa esim. työtehtäviä. (7) liika aloitteellisuus muuttuu formalismiksi, jolloin noudatetaan vain esim. terapian ulkoisia muotoja. Muussakin toimimisessa keskeistä pykälien ja tarkkojen sääntöjen noudattaminen. Kapea-alainen, ”ainutlaatuinen kyvykkyys”. Voimattomuus – alemmuudentunne – tasapaino – ahkeruus – kapea-alaisuus, ”ainutlaatuinen kyvykkyys” (virtuositeetti).

USKOLLISUUS

Uskollisuus on kykyä pitää yllä lojaalisuuksia, joihin on sitouduttu omasta vapaasta tahdosta, huolimatta väistämättömistä ristiriitaisuuksista arvojärjestelmissä. Se on identiteetin kulmakivi ja saa innoituksensa vahvoista ideologioista ja vahvistavista kumppanuuksista.

Nuoruuden uskollisuus sisältää tarpeen löytää kulloinkin tarjolla olevista ne ideat, aatteet ja ideologiat, ystävät, kilpailijat ja partnerit, joihin voi kohdistaa sitoutumisensa – ja joiden avulla voi määritellä identiteettinsä.

Myönteisenä: (4) valmius ottaa paikkansa tietyssä järjestelmässä, esim. perheessä, koulutus- tai työyhteisössä sekä uskollinen sitoutuminen valittuun elämäntapaan ja ideologiaan. Identiteetin ja identiteettihajaannuksen riittävän hyvä tasapaino.

Liiallisuuteen vietyä: (1) ei uskallusta sitoutua juuri mihinkään, ei ihmissuhteisiin, eikä yhteisöihin. (7) linnoittautuminen kiihkomielisesti omaan kapeaan katsontakantaan, jossa kaikkea muuta ympärillä pidetään vihamielisenä ja vahingollisena, esim. meidän, perhe, koulutusyhteisö, teoreettinen viitekehys, yhteiskuntajärjestelmä.

Torjunta, hylkääminen – identiteettihajaannus – tasapaino – minä-identiteetti – kiihkomielisyys (fanaattisuus).

RAKKAUS

Rakkaus on omistautumisen molemminpuolisuutta. Se voittaa ikuisesti eriytyneiden tehtävien sisältämät ristiriitaisuudet. Rakkaus täyttää yksilöiden välisen läheisyyden ja on siten eettisen huolenpidon perusta.

Rakkaus on vanhempien välisessä vuorovaikutuksessa kehittyneen rakkauden muuntamista aikuiselämässä seksuaaliseksi, eroottiseksi ja henkiseksi rakkaudeksi toista aikuista kohtaan ja konkreettiseksi huolenpidoksi omia ja toisten lapsia kohtaan.

Myönteisenä: (4) kyky solmia vastavuoroisia ihmissuhteita, joissa voi olla mahdollisuus myös seksuaalisuuteen, eroottisuuteen ja henkisyteen. Läheisyyden ja eristyneisyyden riittävän hyvä tasapaino.

Liiallisuuteen vietyinä: (1) poissulkeva eristyneisyys, jossa ei ole tilaa vastavuoroisille ihmissuhteille, ei pitkäjänteisille rakkaussuhteille – eikä jälkikasvun hoivaamiselle. (7) holtiton seksuaalisuus ja takertuva, rajaton henkinen ja / tai fyysinen tunkeutuminen esim. aviopuolisoon, ystäviin, lapsiin, potilaisiin sekä kestävyuden ja valikoinnin puuttuminen ihmissuhteista. Poissulkeminen – eristyneisyys – tasapaino – läheisyys – holtiton seksuaalisuus ja rajaton tunkeutuvuus.

HUOLENPITO

Huolenpito on laajentavaa välittämistä siitä, minkä rakkaus, välttämättömyys tai sattuma on tuottanut. Se voittaa ambivalenssin, joka liittyy peruuttamattomaan velvollisuuteen.

Aikuinen ihminen tarvitsee olla tarvittu, hän kaipaa olla tarvittu. Tai muutoin hän joutuu kärsimään itseensä sulautumisen henkisestä epämuodostumisesta, jolloin hänestä tulee lapsi tai lemmikki itselleen.

Myönteisenä: (4) tarvittuna olo partnerina, äitinä, opettajana, terapeuttina. Tullevan sukupolven elämän aktiivinen eteenpäinvieminen työn ja perhesuhteiden piirissä. Generatiivisuuden ja lamaanutumisen riittävän hyvä tasapaino.

Liiallisuuteen vietyinä: (1) käpertyminen oman itsensä ”lemmikiksi”, jolloin kieltää tarvittunaolon, työnjaon ja johtajuuden. (7) itsekäs, rajaton, omien mieliteiden ja aatteiden suunnitteleminen ja toteuttaminen muita huomioimatta. Omaehtoinen itseen ja omiin teorioihin keskittyminen. Johtajuuden kokeminen hallitsevuutena.

Kieltäminen - lamaan tuminen - tasapaino - generatiivisuus - yli-
laajentuminen.

VIISAUS (ERIKSON)

Eriksonin viisaus on riippumatonta, vapaata huolenpitoa itse elämästä myös itse kuoleman edessä. Se ylläpitää ja säilyttää kokemuksen yhtenäisyyttä huolimatta ruumiillisten ja mielenterveydellisten toimintojen heikkenemisestä. Se vastaa tulevan sukupolven tarpeeseen integroidusta perinnöstä, säilyen silti tietoisena kaiken tiedon suhteellisuudesta.

Vanhuuden perustehtävänä on hyväksyä eletty elämä sellaisena kuin se oli, hyvänä ja huonona sekä tunnistaa, mitä odotti elämältä kussakin elämänvaiheessa, mitkä odotukset täyttyivät, mitkä eivät.

Vanhuuden viisaus merkitsee vapautta kääntyä elettyyn elämään päin, katsoa sitä samalla kun on vastatusten oman kuolemansa kanssa ja tiedostaa tiedollisesti ja emotionaalisesti oman elämän rajallisuus ja kuoleman välttämättömyys.

Myönteisenä: (4) oman rajallisuuden kokeminen niin, että elämän voi kuvitella jatkuvan elämisen arvoisena loppuun asti omien voimien vähenemisen huomioidaan ottaen. Integraation ja epätoivon riittävän hyvä tasapaino.

Liiallisuuteen vietyä: (1) epätoivoinen masentuneisuus elämän vähenemisestä, mikä voi johtaa halveksivaan ylenkatsomiseen. (7) rajaton uusien suunnitelmien ja töiden suunnittelu ottamatta huomioon voimien hiipumista ja lisääntyvää avuttomuutta.

Halveksinta, ylenkatsominen - epätoivo - tasapaino - integraatio (eheys) - julkeus, piittaamattomuus.

AIKUISEN MINÄN KYVYT NS. MINÄN PERUSTUNTEET

- eristyneisyys ja läheisyys
- lamaan tuminen ja generatiivisuus
- epätoivo ja integraatio
- sekä näiden keskinäinen tasapaino

ERISTYNEISYYS JA LÄHEISYYS

Läheisyyden ja eristyneisyyden tasapainottaminen on aikuisen ihmisen perusvaateita.

Kyky läheisyyteen merkitsee, että ihminen pystyy kohtaamaan pelon minän menettämisestä tilanteissa, jotka vaativat itsensä antamista ja unohtamista, ku-

ten seksuaalisessa suhteessa ja orgasmissa, mutta myös läheisessä ystävydessä ja tiiviissä työtoveruudessa. Tällaisten tilanteiden välttäminen minän menettämisen pelosta johtaa stereotyyppisiin ihmissuhteisiin, mikä kätkee sisäänsä eristyneisyyden tunteen.

Mikäli terapeutti on hyvin eristäytynyt, sulkeutuu ammatillinen vuorovaikutus pois ja kysymyksessä on väärinymmärretty neutraliteetti.

Mikäli ammatillista läheisyyttä ei tasapainota eristyneisyys, terapeutti tunkeutuu helposti potilaan persoonallisuuteen, jolloin potilas jää katsomaan terapiaan eikä itseään, eikä synny riittävää välitilaa, jossa yhteiset mielikuvat syntyvät ja jaetaan.

Läheisyyden ja eristyneisyyden kyllin hyvä tasapaino edesauttaa terapeutin spontaanisuutta (ei tarkoiteta impulsiivisuutta) sekä kykyä hallittuun regressioon ja separaatio-individuaatiokehityksen kestämiseen.

ERISTYNEISYYDEN JA LÄHEISYYDEN TASAPAINO

Myönteisenä: (4) läheisyyden ja eristyneisyyden tasapaino
Liiallisuuteen vietyä: (1) eristäytyneisyys, joka sulkee ammatillisen vuorovaikutuksen pois, jolloin kyseessä on väärinymmärretty neutraliteetti. (7) potilaan persoonallisuuteen tunkeutuminen, joko henkisesti ja/ tai fyysisesti.

LAMAUTUMINEN JA GENERATIIVISUUS

Generatiivisuus (tuottava, synnyttävä; lisääntymistä koskeva) on halua ja kykyä synnyttää ja ohjata seuraavaa sukupolvea, niin, että voi itsekkin kokea olevansa tarvittu. Vastakohtana on lamaantuminen.

Ammatillinen kanssaihmyisyys sekä halu ja kyky huolehtia muista ihmisistä on terapeutin tärkeä ominaisuus. Yltiöpäiseltä generatiivisuudelta suojelee lamaantumisen kyky.

Generatiivisuuden ja lamaantumisen tasapaino mahdollistaa terapeutille kyvyn kantaa vastuuta tulevasta sukupolvea. Hän voi kokea itsensä tarpeelliseksi, esim. oman arvokkaan kokemuksen siirtäminen lapsille ja tuleville terapeuteille toisten erillisyyttä kunnioittaen. Terapeutti hyväksyy työnjaon ja johtajuuden.

LAMAANTUMISEN JA GENERATIIVISUUDEN TASAPAINO

Myönteisenä: (4) generatiivisuuden ja lamaantumisen tasapaino
Liiallisuuteen vietyä: (1) käpertyminen omahyväisesti itseen ja omiin aikaansaannoksiin, tarvittuna olemisen kieltäminen. (7) jatkuva uusien ideoiden

suunnittelu ja toteuttaminen muita huomioimatta, omaehtoinen itseen ja omiin teorioihin keskittyminen.

EPÄTOIVO JA INTEGRAATIO

Integraatio (eheys) merkitsee mahdollisuutta ja halua saavuttaa järjestys elämässä, hyväksyen samalla elämänsä jonakin, minkä täytyi olla ja mille ei ollut muuta vaihtoehtoa. Integraation vastakohta on epätoivo, jonka kätkee inho.

Mikäli terapeutilla epätoivon tunne ei tasapainota integraatiota, terapeutista tulee julkea ja piittaamaton. Jos taas integraation tunne ei tasapainota epätoivoa, ihminen joutuu itseinhon ja itsensä halveksuntaan. Epätoivoinen, itseään inhoava ja halveksiva terapeutti vetää potilaan oman epätoivonsa syövereihin. Epätoivon ja integraation tasapaino mahdollistaa kateuden tunteiden kestämisen nuorempia kohtaan.

EPÄTOIVON JA INTEGRAATION TASAPAINO

Myönteisenä: (4) integraation ja epätoivon tasapaino

Liiallisuuteen vietyinä: (1) epätoivoinen itseinho ja itsensä halveksiminen. (7) omnipotenttinen, kuolemattomuuden harha, jolloin jatketaan työskentelyä ja uusia suunnitelmia tuntematta omien voimien vähentymistä, ei tilanantamista nuoremmille sukupolville.

LIITE 3 TER_IDENT-arviointilomake

TID_TN Terapeutinnumero:

TID_HA Lomakkeen täytti:

TID_TP Täyttöpäivämäärä:

TID 1. Terapeutin syntymäpaikka
.....

TID 2. Terapeutin perhetilanne

- 1 asuu yksin
- 2 asuu yhdessä avio/avopuolison kanssa
- 3 asuu yhdessä avio/avopuolison ja alaikäisen lapsen/lasten kanssa
- 4 asuu yhdessä alaikäisen lapsen/lasten kanssa
- 5 asuu yhdessä vanhempien kanssa
- 6 muu tilanne. Mikä:

Terapeutin vanhempien peruskoulutus

TID 3A. Isän peruskoulutus

- 1 vähemmän kuin kansakoulu
- 2 kansa- tai kansalaiskoulu
- 3 keskikoulu tai peruskoulu
- 4 ylioppilastutkinto

TID 3B. Äidin peruskoulutus

- 1 vähemmän kuin kansakoulu
- 2 kansa- tai kansalaiskoulu
- 3 keskikoulu tai peruskoulu
- 4 ylioppilastutkinto

TID 4. Terapeutin isän ammatti
.....TID 5. Terapeutin äidin ammatti
.....

TID 6. Terapeutin puolison peruskoulutus

- 1 osa kansa- tai peruskoulua
- 2 kansa- tai kansalaiskoulu
- 3 keskikoulu tai peruskoulu
- 4 ylioppilastutkinto

TID 7. Terapeutin puolison ammatti
.....

TID 8. Terapeutin peruskoulutus

- 1 keskikoulu tai peruskoulu
- 2 ylioppilastutkinto
- 3 muu,
- T mikä.....

TID 9. Terapeutin psykoterapeuttikoulutus

- 1 vaativa erityistaso
- 2 vaativan erityistason koulutettava
- 3 erityistaso
- 4 erityistason koulutettava
- 5 muu,
- T mikä.....

TID 10. Terapeutin työnohjauksen tiheys

- 1 kerran viikossa
- 2 joka toinen viikko
- 3 yksi kertaa kuukaudessa
- 4 muu,
- T mikä.....

TID 11. Terapeutin harrastukset
.....

SISÄISET TEKIJÄT

Elämän perushyveet (Kohut)

	Ei lainkaan		Tasapainossa			Hyvin paljon	
TID 12. Luovuus	1	2	3	4	5	6	7
TID 13. Eläytyminen	1	2	3	4	5	6	7
TID 14. Elämään liittyvien rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen	1	2	3	4	5	6	7
TID 15. Kyky huumoriin	1	2	3	4	5	6	7
TID 16. Viisaus	1	2	3	4	5	6	7

Elämän perusvoimat (Erikson)

	Ei lainkaan		Tasapainossa			Hyvin paljon	
TID 17. Toivo	1	2	3	4	5	6	7
TID 18. Tahdonvoima	1	2	3	4	5	6	7
TID 19. Tarkoituksellisuus	1	2	3	4	5	6	7
TID 20. Pätevyyden ja osaamisen tunne	1	2	3	4	5	6	7
TID 21. Uskollisuus	1	2	3	4	5	6	7

TID 22.	Rakkaus	1	2	3	4	5	6	7
TID 23.	Huolenpito	1	2	3	4	5	6	7
TID 24.	Viisaus	1	2	3	4	5	6	7

Aikuisen minän kyvyt (Erikson)

	Ei lainkaan	Tasapainossa				Hyvin paljon	
TID 25. Eristyneisyys	1	2	3	4	5	6	7
TID 26. Läheisyys	1	2	3	4	5	6	7
TID 27. Lamaantumisen	1	2	3	4	5	6	7
TID 28. Generatiivisuus	1	2	3	4	5	6	7
TID 29. Epätoivo	1	2	3	4	5	6	7
TID 30. Integraatio	1	2	3	4	5	6	7

Aikuisen minän kyvyt: Tasapaino

	Ei lainkaan	Tasapainossa				Hyvin paljon	
TID 31. Eristyneisyys/läheisyys	1	2	3	4	5	6	7
TID 32. Lamaantuminen/generatiivisuus	1	2	3	4	5	6	7
TID 33. Epätoivo/integraatio	1	2	3	4	5	6	7

Terapeutti läheisissä ihmissuhteissa (Orlinsky)

	Ei lainkaan	Hyvin paljon		
TID 34. Hyväksyvä	0	1	2	3
TID 35. Määräävä	0	1	2	3
TID 36. Kannustava	0	1	2	3
TID 37. Kylmä	0	1	2	3
TID 38. Kriittinen	0	1	2	3
TID 39. Vaativa	0	1	2	3
TID 40. Ylitsevuotava ilmaisuissa	0	1	2	3
TID 41. Määräilevä	0	1	2	3
TID 42. Käskevä	0	1	2	3
TID 43. Aktiivinen	0	1	2	3
TID 44. Voimaton	0	1	2	3
TID 45. Ystävällinen	0	1	2	3
TID 46. Epäluuloinen	0	1	2	3

Terapeutti läheisissä ihmissuhteissa (Orlinsky)

	Ei lainkaan		Hyvin paljon		
TID 47. Voimakastunteinen	0	1	2	3	
TID 48. Intuitiivinen	0	1	2	3	
TID 49. Ruokkiva	0	1	2	3	
TID 50. Optimistinen	0	1	2	3	
TID 51. Järjestelevä	0	1	2	3	
TID 52. Salliva	0	1	2	3	
TID 53. Käytännöllinen	0	1	2	3	
TID 54. Varauksellinen	0	1	2	3	
TID 55. Suojeleva	0	1	2	3	
TID 56. Hiljainen	0	1	2	3	
TID 57. Kunnioittava	0	1	2	3	
TID 58. Pidättyväinen	0	1	2	3	
TID 59. Epäilevä	0	1	2	3	
TID 60. Hienovarainen	0	1	2	3	
TID 61. Kärsivällinen	0	1	2	3	
TID 62. Lämmin	0	1	2	3	
TID 63. Muu	0	1	2	3	

Terapeutin kuvailu vapaasti nauhalta

	Ei lainkaan		Tasapainossa			Hyvin paljon	
TID 64. Istumaryhti	1	2	3	4	5	6	7
TID 65. Puheen selkeys	1	2	3	4	5	6	7
TID 66. Katsekontakti	1	2	3	4	5	6	7
TID 67. Jännittäminen	1	2	3	4	5	6	7
TID 68. muu 1	1	2	3	4	5	6	7
TID 69. muu 2	1	2	3	4	5	6	7
TID 70. muu 3	1	2	3	4	5	6	7
TID 71. muu 4	1	2	3	4	5	6	7
TID 72. muu 5	1	2	3	4	5	6	7
TID 73. muu 6	1	2	3	4	5	6	7
TID 74. muu 7	1	2	3	4	5	6	7
TID 75. muu 8	1	2	3	4	5	6	7
TID 76. muu 9	1	2	3	4	5	6	7
TID 77. muu 10	1	2	3	4	5	6	7

TID 78. Minkä tunnelman terapeutti loi haastattelutilanteessa:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LIITE 4 Hyötyarvion potilashaastattelukysymykset

Lähde: Ehrling, Leena-Maria (2006). Psykoterapian vaikutusten arvioiminen. Keskusteluanalyttinen tutkimus arviointihaastattelun käytänteistä

Seurantahaastattelun haastatteluohjeistus

Helsingin Psykoterapiaprojekti
Haastattelijan ohjeet, seurantahaastattelut
2/1999

Kysymys 1: Voisitko kertoa tämänhetkisestä voinnistasi ja tilanteestasi, mahdollisista vaikeuksistasi ja ongelmistasi?

- miten elämä sujuu ja mihin olet tyytyväinen?
- millaisia ongelmia tai oireita edelleen on?

Kysymys 2: Minkälaisia muutoksia olet havainnut viimeisten (kulunut aika) kuukausien aikana (=edellisen seurantahaastattelun jälkeen)?

- voinnissasi
- työ- ja toimintakyvyssäsi ja
- vapaa-ajan vietossasi

Kysymys 3: Minkälaisia ulkonaisia muutoksia elämässäsi on tapahtunut kuluneena aikana?

- mitä muutokset ovat merkinneet?

Kysymys 4: Minkälainen kuva/käsitys sinulla on nyt itsestäsi ja minkälaisena muut sinut kokevat?

- minäkuva ja siinä tapahtuneet muutokset

TERAPIAPROSESSI (kysymykset 5-10)

Kysymys 5: Minkälainen vaikutus terapialla on ollut sinuun? Mitä terapia on merkinnyt ja mitä ajattelet sen vaikuttaneen elämääsi?

(Jos terapia on päättynyt jo ennen edellistä seurantahaastattelua) Miten näin jälkikäteen näet terapian vaikuttaneen itseesi? Mitä se on merkinnyt sinulle ja minkälainen vaikutus terapialla on ollut elämääsi?

- alkuperäinen terapian kokonaisarvio, hyvät ja ongelmalliseksi koetut puolet

Kysymys 6: Kertoisitko yhteistyöstä terapeuttiesi kanssa?

- yhteistyön sujuminen ja yhteen sopiminen terapeutiesi kanssa
- kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen
- muutokset yhteistyössä terapian aikana

Kysymys 7: Millaiselta terapeuttiesi on tuntunut terapeuttiesinä yleensä?

- ovatko ajatuksesi hänestä muuttuneet terapian aikana?

Kysymys 8: Entä sinä itse, minkälaiseksi olet kokenut itsesi suhteessa terapeuttiisi?

- oletko samanlainen tai erilainen hänen seurassaan kuin muiden ihmisten kanssa?
- käsitteletkö terapiassa ajatuksiasi ja mielikuviasi, jotka liittyvät terapeuttiin (tai siihen miten koet itsesi terapeutiksi ja muiden ihmisten kanssa)?

Kysymys 9: Mitä uutta olet mielestäsi terapian avulla oppinut tai itsestäsi löytänyt?

- itsetuntemuksen ja -ymmärryksen lisääntyminen: minkälaista (uutta ymmärrystä tai oivalluksia)?
- uudet toimintatavat, käyttäytyminen, selviytymiskeinot ja ajatusmallit: minkälaisia (uusia toimintatapoja)?
- minkä ajattelee myötävaikuttaneen muutoksiin?

Kysymys 10: Onko vielä jotain muuta, mitä haluat kertoa terapiastasi?**Kysymys 10b (kaikille terapian lopettaneille tai keskeyttäneille): Mitä terapian lopettaminen/keskeyttäminen sinulle merkitsee/on merkinnyt ja miten olet sen kokenut?**

- Jos keskeytynyt, miksi?
- Tunnetko tarvitsevasi edelleen jotain terapiaa tai muuta hoitoa?

Kysymys 10c (jos on alkanut uusi hoito/terapia): Mitä se on merkinnyt ja miten olet kokenut sen eroavan alkuperäisestä terapiasta?**TULEVAISUUDENNÄKYMÄT****Kysymys 11 (kaikille): Minkälaisia ajatuksia sinulla on elämästäsi tästä eteenpäin?**

- mahdollisia odotuksia, toiveita tai huolenaiheita tulevaisuuden suhteen

