

Olavi Lindfors, Maarit Laaksonen, Paul Knekt

Psykoterapian tarpeen ja soveltuvuuden arviointi haastattelumenetelmällä

Haastattelu terapiatarpeen arvioinnissa

Psykoterapiaan hakeutuu yhä useampi masennus- ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivä ja erilaisten ihmissuhde- ja toimintakykyongelmien kanssa kamppaileva potilas. Kelan kuntoutuspsykoterapian piirissä on vuonna 2015 jo noin 30 000 henkilöä, yli kaksinkertainen määrä kymmenen vuoden takaiseen verrattuna (Kela 2014; Kiisseli 2015, henkilökohtainen tiedonanto). Vaikka psykoterapian tarjonta on lisääntynyt ja monipuolistunut myös julkisella sektorilla, ei potilas välttämättä saa oikea-aikaisesti sellaista apua, jota tarvitsisi. Yksi este potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaiseen, tietyyntyyppiseen lyhyeen tai pitkään terapiaan ohjaamiselle on se, ettei hoidon tarpeen ja soveltuvuuden arviointia toteuteta sellaisella tarkkuudella, joka parantaisi hoitomuodon valinnan osu- vuutta ja hoidon tuloksellisuutta. Tämä voi johtaa siihen, että lyhyttä ja pitkää terapiaa käytetään osin epätarkoituksenmukaisesti, ohjaukseen liittyvien ongelmien vuoksi (Knekt ym. 2013; 2014). Tarvitaan ohjaamisenettelyiden kehittämistä ja entistä parempia työvälineitä psykoterapiatarpeen ja -soveltuvuuden kliiniseen arviointiin (Knekt ym. 2010; Laaksonen 2014).

Psykiatrisessa arvioinnissa huomiota kiinnitetään erityisen paljon asianmukaiseen diagnostiikkaan käyttäen apuna strukturoituja haastatteluja tarkkoine arviointikriteereineen (mm. ns. SCID-haastattelu, First ym. 1995) sekä oirekyselyitä. Psykiatrisen haastattelun pohjalta saatu diagnostinen arvio on hyödyllinen hoitosuunnitelmaa tehtäessä mielenterveyden häiriön laadun hahmottamisessa ja häiriön hoitoa koskevan tutkimustiedon ja hoitosuos- tusten hyödyntämisessä. Psykoterapeuttisen hoidon tarpeen ja soveltuvuuden arvioinnissa kuitenkin muilla, potilaan persoonallisuuden rakenteeseen ja toimintaan liittyvillä tekijöillä ja muilla potilaan ominaisuuksilla on usein

suurempi merkitys. Yhdysvaltalaisen psykolo- gijärjestön työryhmä (APA 2006) on esittänyt, että hoitomuodon valinnan ja hoitoprosessin toteutuksen potilaslähtöisten kriteerien tulisi perustua *parhaan mahdollisen tutkimusnäytön ja kliinisen asiantuntijuuden integroivaan, vuorovaikutuksellisesti taitavaan käyttöön, huomioiden potilaan ominaisuudet, kulttuurin ja hoitoon liittyvät toiveet*. Tällöin klinikon (psykoterapia-arviointia toteuttavan työntekijän tai terapeutin) ja potilaan välisessä vuorovaiku- tuksessa pyritään muodostamaan kokonaisku- va potilaan hoitoon hakeutumisen syistä, ongelmista, persoonallisuuden toimivuudesta ja valmiuksista sitoutua terapian edellyttämään

tavoitteelliseen psyykkiseen työhön yhteistyössä terapeutin kanssa.

Psykoterapiaan hakeutumassa olevan potilaan hoidollisten tarpeiden arviointi edellyttää tiedonkeruuta, jonka ytimenä on yksilöllisesti joustava, mutta rakenteeltaan systemaattisesti etenevä, psykoterapian tarvetta ja soveltuvuutta koskeva kliininen haastattelu. Sen lisäksi voidaan käyttää mm. standardoituja oire-, persoonallisuus- ja toimintakykymittareita. Haastattelu mahdollistaa monipuolisen ja yksityiskohtaisen kuvan saamisen potilaan nykytilanteesta, hänestä ihmisenä, oireineen, ongelmineen sekä vahvuuksineen, voimavaroineen ja mielenkiinnon kohteineen; se kattaa elämänhistoriallisen ja merkityksellisten ihmissuhteiden kartoituksen, ja sen avulla voidaan arvioida potilaan soveltuvuutta erityyppisiin lyhyisiin tai pitkiin psykoterapioihin (Laaksonen ym. 2013a; Lindfors ym. 2014).

Kliinisen haastattelun asianmukainen toteuttaminen ja käytettävissä olevien arviointimenetelmien ja mittareiden tuntemus ovat avainasemassa psykoterapia-arviota tehtäessä. Kuitenkin psykoterapeuttikoulutuksissa ja muussa kliinisessä koulutuksessa yleensä varsin vähän panostetaan haastattelu- ja arviointitaitojen menetelmäkoulutukseen. Esitämme tässä (liite 1) Helsingin Psykoterapia-tutkimuksen (Knekt ja Lindfors 2004) piirissä käytetyn haastattelumallin, joka on tarkoitettu käytettäväksi ennen psykoterapeuttiseen hoitoon ohjaamista. Tätä kahden tai kolmen tapaamiskerran (kukin noin 45 minuuttia) kattavaa haastattelumenetelmää voidaan käyttää sekä diagnostisena menetelmänä että arvioitaessa hoitomuodon valintaan ja muuhun hoidon suunnitteluun liittyviä potilaan ominaisuuksia, erityisesti tietynlaisen psykoterapian soveltuvuutta.

Esitettävä haastattelu on modifikaatio Otto Kernbergin (1981; 1984) strukturaalisesta haastattelusta (ks. myös Caligor ym. 2007). Siinä kerätään tietoa potilaan nykyisistä ongelmista, psykoterapiaan hakeutumiseen johtaneista syistä, potilaan käsityksistä itsestään ja hänen vuorovaikutussuhteistaan, toimintakyvystään ja mielenkiinnon kohteistaan. Haastattelun toteutus liitteessä kuvatun mallin

mukaisesti mahdollistaa alla kuvatun psykoterapiasoveltuvuuden arvon (Laaksonen 2014; Laaksonen ym. 2012) lisäksi laajemminkin potilaan persoonallisuuden rakenteeseen ja toimintaan liittyvät arviot. Haastatteluun sisältyy myös tavoite arvioida potilaan kykyä kuvata elämänsäkaartaan ja ongelmien kannalta keskeisten ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Psykodynaamisesti orientoituneiden klinikoiden kannalta täydentäviä arvioita, joita saman haastattelumallin pohjalta voidaan toteuttaa ovat mm. psykodynaamisen häiriötason arviointi (LPO, Level of Personality Organization -asteikko, Valkonen ym. 2011) ja psykodynaamisen profiiliin liittyvät yksityiskohtaisemmat psyykkisen toiminnan arviot (mm. KAPP, Karolinska Psychodynamic Profile, Weinryb ym. 1991). Soveltuvuuden kokonaisarviossa voidaan hyödyntää myös tietoa erilaisista persoonallisuustesteistä (Watzke ym. 2010) ja arvioida muilla menetelmillä tietyjä soveltuvuuden kannalta mahdollisesti merkityksellisiä ominaisuuksia, kuten älykkyyttä (Davanloo 1980; Knekt ym. 2014), puolustusmekanismeja (Perry ja Høglend 1998; Laaksonen ym. 2014) ja objekti-suhteiden kehitystasoa (Azim ym. 1991; Lindfors ym. 2014).

Psykoterapiasoveltuvuuden arvio

Psykoterapiasoveltuvuudella tarkoitetaan tiettyjen psykologisten kykyjen ja valmiuksien kokonaisuutta, joka vaikuttaa potilaan kykyyn osallistua terapiaprosessiin ja muodostaa toimiva yhteistyösuhde (Valbak 2004). Käsitteellisesti on pidetty tarpeellisena erottaa psykoterapiasoveltuvuuden arvio psykiatrisesta diagnostiikasta ja oireilun vakavuuteen liittyvistä arvioista. Soveltuvuuden arvioinnissa ei siis ole kyse psykopatologian arvioinnista.

Kuvaamme tässä (liite 2) Helsingin Psykoterapia-tutkimuksessa kehitetyn 7-osioisen psykoterapiasoveltuvuuden arviointiasteikon (SPS, Suitability for Psychotherapy Scale, Laaksonen ym. 2012), jonka painopisteenä on potilaan sellaisten persoonallisuuden ja interpersoonallisiin taipumuksiin liittyvien ominaisuuksien arviointi, joiden on todettu olevan keskeisiä soveltuvuudelle erityisesti lyhytkestoiseen psy-

koterapiaan. Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa arvioitiin ennen potilaiden satunnaistamista eri terapiamuotoihin SPS-asteikon avulla heidän psykologista kyvykkyyttään: tunteiden hallintaa, vuorovaikutuksen sujuvuutta, minäkäsityksen suhdetta ideaaliminään, reaktiota koetulkintaan, reflektointikykyä, motivaatiota, ja ongelmien fokusta. Kolmen vuoden seurannassa SPS-asteikko ei juurikaan erotellut kahden eri lyhytterapian välistä tuloksellisuutta (Laaksonen ym. 2013b), mutta erotteli voimakkaasti lyhyen ja pitkän terapian välistä tuloksellisuutta (Laaksonen ym. 2013a).

Menetelmän reliabiliteetin, validiteetin ja ennustekyvyn kuvaus on esitetty kattavasti sen perusartikkelissa (Laaksonen ym. 2012) ja Maarit Laaksonen väitöskirjassa (2014), johon sisältyy myös katsaus erityisesti lyhyen, fokaalisen psykodynaamisen psykoterapian piirissä tapahtuneesta soveltuvuusarvioiden kehitystyöstä. Jo pitkään erityisesti tämän lyhytterapian edustajat ovat esittäneet potilasvalinnan olevan ensiarvoisen tärkeää terapian tuloksellisuuden kannalta: henkilöiden, joilla on pääosin tiettyjä suotuisia ominaisuuksia, katsotaan pystyvän sietämään intensiivisen, lyhytkestoisen terapian nostattamia ahdistuksia ja kykenevän rajallisessa ajassa lisäämään itseymmärrystään ja sitoutumaan työskentelyyn terapeuttisessa yhteistyösuhteessa (Davanloo 1980; Malan 1976; Sifneos 1972). Sitä vastoin vastaavien suotuisten tekijöiden niukkuuden ei ole katsottu estävän pitkän terapian myönteisiä vaikutuksia (Høglend 1993). Tästä on nyt ensi kertaa saatu tutkimusnäyttöä, joka viittaa siihen, että samat suotuisat ominaisuudet näyttävät edistävän myös aivan toisenlaisen, ratkaisukeskeisen lyhytterapian onnistumismahdollisuuksia (Laaksonen ym. 2013a; 2013b). Pitkälti samankaltaisten kriteerien on havaittu pätevän myös kognitiivisissa lyhytterapioissa: keskeistä näyttävät olevan tunteiden säätelyyn ja psykologiseen joustavuuteen liittyvät tekijät, jotka mahdollistavat kyvyn käsitellä ahdistusta herättäviä asioita ja muodostaa toimiva yhteistyösuhte (Blenkiron 1999; Myhr ym. 2007; Safran ym. 1990). Kaiken kaikkiaan tutkimustieto tällaisista eri terapiamuotojen soveltuvuuteen vaikuttavista

tekijöistä on kuitenkin vielä vähäistä eikä toistettuja löydöksiä soveltuvuusarvioinnin mahdollisista hyödyistä ole vielä käytettävissä. Tarvitaan siis sekä psykoterapia-arviointeihin kohdistuvaa kehittämissuoraa ja menetelmien jalkauttamista käytäntöön että lisää tutkimusnäyttöä soveltuvuusarvioiden hyödyistä.

SPS-asteikko tai osia siitä on jo otettu käyttöön useissa psykoterapia-arvioita tekevissä yksiköissä Suomessa. HYKS:ssä on jo muutamana vuoden ajan kehitetty systemaattista arviointimenettelyä, joka rakentuu pitkälti tässä kuvatun haastattelumallin ja soveltuvuuden arvioinnin soveltamiselle, täydennettynä mm. yleisen psyykkisen hyvinvoinnin, muutosvaiheen ja kiintymyssuhdetyylin standardoiduilla arvioilla (Paunio ym. 2012). Ohjeistoja näihin on saatavissa HUS:n Mielenterveystalon ammattilaisten käyttöliittymästä, osana sen Mittaripankkia, sekä toimintakyvyn mittareiden osalta Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen TOIMIA-tietokannasta.

Kiitokset

Kiitämme professori Veikko Aalbergia, jonka johdolla liitteissä kuvattujen haastattelumenetelmän ja SPS-arviointiasteikon koulutus ja kehitystyö alun perin toteutuivat HYKS:n psykiatrian klinikalla.

Artikkeli hyväksytty 28.12.2015.

Kirjallisuus

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice** (2006). Evidence-based practice in psychology. *Am Psychologist*, 61, 271–285.
- Azim, H. F., Piper, W. E., Segal, P. M., Nixon, G. W., Duncan, S. C.** (1991). The quality of object relations scale. *Bull Menninger Clin*, 55, 323–343.
- Blenkiron, P.** (1999). Who is suitable for cognitive behavioural therapy? *J R Soc Med*, 92, 222–229.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F.** (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*, 175–201. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Davanloo, H. (1980).** *Short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: SP Medical and Scientific Books.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W.** (1995). Structural clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). New York, NY: New York State Psychiatry Institute, Biometrics Research.
- Høglend, P.** (1993). Suitability for brief dynamic psychotherapy: psychodynamic variables as predictors of outcome. *Acta Psychiatr Scand*, 88, 104–110.
- Kela** (2014). Kuntoutustilasto.
- Kernberg, O. F.** (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clin North Am*, 1, 169–195.
- Kernberg, O. F.** (1984). Structural interview. *Teoksessa Severe psychiatric disorders*, 27–51. New Haven & London: Yale University Press.
- 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: Studies in social security and health 77. Kansaneläkelaitos.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.** (2010). Helsingin Psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 33/2010.
- Knekt, P., Lindfors, O., Vaarama, M.** (2014). Psykoterapia pitää kohdentaa paremmin. *Suom Lääkäril*, 41, 2608–2609.
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E., Härkänen, T.** (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic J Psychiatry*, 67, 59–68.
- Knekt, P., Saari, T., Lindfors, O.** (2014). Intelligence as a predictor of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Psychiatry Res*, 220, 1019–1027.
- Laaksonen, M. A.** (2014). Patient suitability for short-term and long-term psychotherapy. Academic Dissertation. National Institute for Health and Welfare. Research 144.
- Laaksonen, M. A., Lindfors, O., Knekt, P., Aalberg, V.** (2012). Suitability for Psychotherapy Scale (SPS) and its reliability, validity, and prediction. *Br J Clin Psychol*, 51, 351–375.
- Laaksonen, M. A., Knekt, P., Lindfors, O.** (2013a). Psychological predictors of the recovery from mood or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. *Psychiatry Res*, 208, 162–173.
- Laaksonen, M. A., Knekt, P., Sares-Jäske, L., Lindfors, O.** (2013b). Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder. *Eur Psychiatry*, 208, 117–124.
- Laaksonen, M. A., Sirkiä, C., Knekt, P., Lindfors, O.** (2014). Self-reported immature defense style as a predictor of outcome in short-term and long-term psychotherapy. *Brain and Behavior*, 4, 495–503.
- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E., Virtala, E.** (2014). Self-concept and quality of object relations as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *J Affect Dis*, 152–154, 202–211.
- Malan, D. H.** (1976). The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice. New York, NY: Plenum Medical Book Company.
- Myhr, G., Talbot, J., Annable, L., Pinard, G.** (2007). Suitability for short-term cognitive-behavioral therapy. *J Cogn Psychoth: An international Quarterly*, 21, 334–345.
- Perry, J. C. & Høglend, P.** (1998). Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *J Nerv Ment Dis*, 186, 529–535.
- Sifneos, P. E.** (1972). Short-term anxiety provoking psychotherapy. *Teoksessa Davanloo H (toim.), Short-term dynamic psychotherapy*, 35–42. New York, NY: Spectrum.
- Paunio, T., Lindfors, O., Kalska, H., Karlsson, H., Kurri, K., Lehtovuori, P., Melart, P., Melartin, T., Näätänen, P., Pirkola, S., Wahlström, J.** (2012). Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. *Suom Lääkäril*, 67, 2547–2553.
- Safran, J. D., Segal, Z. V., Shaw, B. F., Vallis, T. M.** (1990). Patient selection for short-term cognitive therapy. *Teoksessa Safran JD & Segal ZV (toim.), Interpersonal process in cognitive therapy*, 226–247. New York, NY: Basic Books.
- Valbak, K.** (2004). Suitability for psychodynamic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 164–178.
- Valkonen, H., Lindfors, O., Knekt, P.** (2012). Association between the Rorschach Ego Impairment Index (EII-2) and the Level of Personality Organization (LPO) interview assessment in depressive and anxiety disorder patients. *Psychiatr Res*, 200, 849–856, Appendix.
- Watzke, B., Rüdell, H., Jürgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B., Schulz, H.** (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled

trial in routine mental healthcare. *British J Psychiatry*, 197, 96–105.

Weinryb, R. M. & Rössel, R. J. (1991). Karolinska Psychodynamic Profile. KAPP. *Acta Psychiatr Scand*, Suppl. 363, 1–23.

Liite 1. Psykoterapiasoveltuvuuden arviointihaastattelu. Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa käytetyn mallin mukainen toteutus

Menettely

Haastattelu koostuu 2–3:sta semistrukturoidusta haastattelusta, joiden kesto on noin 45 minuuttia. Ei ole suositeltavaa toteuttaa haastattelua yhden pidennetyn käyntikerran pohjalta, koska tällöin ei pystytä seuraamaan potilaan itsereflektion mahdollista kehittymistä, eikä tutkimaan potilaan kanssa ensikäynnin herättämiä reaktioita, jotka ovat psykoterapiavalmiuksien kannalta keskeisiä huomioitavia asioita. Kolmas arviointikerta on tarpeen, mikäli kahden ensimmäisen käynnin aikana on jäänyt joitain keskeisiä asioita edelleen tarkennettavaksi tai jos haastattelun eteneminen suunnitellun ajan puitteissa ei jostain syystä ole onnistunut (erityisen komplisoidut tilanteet, ajankohtaisen huomioita vaativan elämäntapahtuman ilmaantuminen arviointijakson aikana, potilaan itseilmaisun estyneisyys, muu hitaus ymv.).

Haastattelussa annetaan tilaa potilaan omaloitteiselle kertomiselle, sen jälkeen kun haastattelija on esittänyt kunkin tässä kuvattavista kohdennetuista kysymyksistä. Huomiota kiinnitetään sekä potilaan sanalliseen kerrontaan että ei-sanalliseen kommunikaatioon, hänen käyttäytymiseensä ja erilaisiin esille nouseviin vuorovaikutusilmiöihin, myös sen suhteen minkälaisia ajatuksia ja tunteita haastattelijassa herää reaktiona vuorovaikutukseen potilaan kanssa (vastatunteet/-reaktiot/-transferenssi). Käytetään (psykodynaamiselle terapialle ominaisia) selventämisen ja osoittamisen tekniikoita silloin, kun on tarpeen saada tarkempi kuva potilaan ilmaisuissa tunnistetuista epäselvyyksistä, puutteellisuuksista tai ristiriitaisuuksista. Näiden esittämisessä haastattelijan tulee noudattaa kliinistä herkkyyttä niin,

että kaikki haastattelijan esittämät kysymykset ja tarkennuspyynnöt tulisivat koettua kannustavina ja välittäisivät haastattelijan halua ymmärtää paremmin potilasta toivotun lisäinformaation avulla. Samalla huomioidaan potilaan tapa suhtautua haastattelijan kysymyksiin ja kommentteihin, ilmentyminä hänen mielensä toiminnasta (mm. reflektointikyky, motivaatio, vuorovaikutuksen sujuvuus).

I vaihe

Haastattelun avaamisen yhteydessä pyritään luomaan luottamuksellinen, turvallinen ja lämmin tunnelma, jotta potilas voisi kokea olevansa yhteistyössä häneen yksilöllisesti ja ammattillisesti pätevästi suhtautuvan haastattelijan kanssa. Rauhallinen tila ja kiireetön, mutta tavoitteellinen, eteneminen varmistavat osaltaan hyvät lähtökohdat haastattelulle. On hyvä mainita potilaalle, minkä verran aikaa on käytettävissä kullakin haastattelukerralla. Etenkin koulutus-, työnhajaus- tai tutkimustarkoituksia varten voidaan toimintayksikön ohjeistuksen mukaisesti ja potilaan suostumuksella (ääni- ja/tai kuva) nauhoittaa haastattelu, mistä tulee erikseen sopia hänen kanssaan jo ennen arviointia ja hankkia asianmukainen sitoumus potilaalta.

Pyritään selviämään alla mainituin pääkysymyksiin välttämättä suurta määrää lisäkysymyksiä. Niiden sijasta käytetään ystävällisesti esitettyjä pyyntöjä kuten: ”Voisitko kertoa enemmän/tarkemmin?”, ”Onko mielessäsi yksityiskohtia tai tapahtumia siitä, miten kuvaamasi tunne/kokemus/vaikeus ilmenee?” Pyritään saamaan potilaalta vinjettoja, esimerkkejä todellisista tapahtumista ja kokemuksista, jotka kuvaivat elävästi ja yksityiskohtaisesti hänen kertomaansa.

Haastattelu aloitetaan seuraavan kaltaisella kysymyksellä, joka kohdistuu tähänhetkisiin ongelmiin ja hoitoon hakeutumiseen:

(1) *”Voitko kertoa, minkälaisia vaikeuksia, ongelmia tai oireita sinulla on, miten olet päättänyt hakeutumaan psykoterapiaan ja minkälaista apua siltä odotat?”*

Seurataan potilaan reaktiota asetettuun kysymykseen: ottaako hän sen yhteisenä tehtävänä, mahdollisuutena päästä kertomaan ja saada apua itselleen, hämmennykö hän, tuleeko avuttomaksi, jne. Kysymys antaa mahdollisuuden potilaalle kertoa omin sanoin niistä ongelmista, joita hän pitää merkittävänä ja hänen näkemyksistään siitä, minkälaista apua hän kokee tarvitsevansa. Seurataan potilaan vastausta, missä järjestyksessä asiat tulevat esille, kykeneekö hän vastaamaan kysymyksen eri osiin oma-aloitteisesti ja pääosin niin, että haastattelijalle syntyy alustavasti kokonaiskuva tilanteesta. Arvioidaan, missä määrin vastaus jää hajanaiseksi, kapeutuu tai jää vaillinaiseksi. Potilaan ongelmien kokonaisuus, minuuden jäsenyisyys (mm. ajattelun selkeys, realiteettitaju, affektien hallinta) ja odotusten realistisuus alkaa jo tässä vaiheessa näyttäytyä.

Potilas saattaa esimerkiksi aloittaa kertomalla, että hänellä on ollut jo vuosia halu tehdä jotain huonolle itsetunnolleen – on puhunut ystävilleen, yrittänyt omin avuin muuttua, mutta vähin saavutuksin. Hän saattaa kertoa tarkennuksena että tuntee itsensä usein jännittyneeksi muiden seurassa, ei uskalla olla omaa mieltään, vaan kokee olevansa epävarma myötäilijä ja soimaa itseään siitä; voi kertoa esimerkein ongelmia ja oireita valaisevissa käytännön tilanteista, ja kertoa oma-aloitteisesti tai haastattelijan uudelleen toistaman kysymyksen auttamana terapiaan hakeutumisen käynnistäneestä tilanteesta ja terapiaan liittyvistä odotuksistaan.

Paneudutaan potilaan kertomiin oireisiin ja vaikeuksiin yksityiskohtaisesti käyttäen hyväksi hänen kertomansa syventämistä pyytämällä tarkennuksia, esimerkkejä, ja tarvittaessa kiinnittämällä huomiota maininnasta jääneisiin asioihin tai esille tulleisiin ristiriitaisuuksiin. Esitetty kysymys voidaan toistaa uudelleen sillä osin kuin potilas ei muista kaikkea kysyttyä. Jos hänen kerrontansa on selkeää, monipuolista ja kattaa kysytyt asiat, ei ole yleensä tarpeen erikseen esittää mainittavasti lisäkysymyksiä. Jos ilmenee haastateltavan merkittävää hämmennystä, vaikeasti ymmärrettäviä ilmauksia tai etenemiseen liittyvää jumiutumista, tulee pyrkiä selvittämään asiaa. Uusilla kysymyksillä

ei mennä edelle potilaan kertomaa vaan edetään periaatteella *”kaksi askelta perässä”*.

Jos potilas esimerkiksi vastaa ensimmäiseen kysymykseen vain kertomalla turhautuneesti epäluottamuksesta hoitojärjestelmään ja siitä, ettei ole saanut vielä missään asianmukaista apua moniin ongelmiinsa, lyhytsanaisesti kertoo epäonnistuneista lääkehoidoityrityksistä ja hoitavan lääkärin vaihdoksista kuvaamatta juurikaan muuten tämänhetkisiä ongelmiaan ja terapiaan liittyviä odotuksiaan, voi olla tarpeen huomioida potilaan kokemus ja muotoilla kysymys uudelleen, esimerkiksi: *”Kuulostat kovin pettyneeltä hoitojärjestelmään. Onko niin, että tämä järjestelmään liittyvä epäluottamus saattaa vaikuttaa myös tähän tilanteeseen – siihen miten pystyt kertomaan siitä minkälaisia vaikeuksia, ongelmia tai oireita sinulla on ja minkälaista apua psykoterapialta näihin odotat?”* Seurataan, miten potilas reagoi haastattelijan vastaantuloon yhteistyö-ongelmien selvittämiseksi ja mahdollisuuteen täydentää kuvaustaan ongelmistaan ja odotuksistaan psykoterapian suhteen. Tarvittaessa selvittää potilaan kokemaa hankaluutta niin, että päästään etenemään kuta kuinkin arviointiin varatun ajan puitteissa. Haastattelijassa heräävät vastatunteet voivat olla merkittäviä vuorovaikutuksen ongelmallisuuden ja potilaan minäkokemuksen ymmärtämisessä (esim. haastattelijan kokemus siitä, ettei potilas anna tilaa, pyrkii hallitsemaan tai mitätöimään; tai haastattelijan kokema lisääntyvä myötätunto ja yhteyden paraneminen).

Kun nykyongelmia ja odotuksia on riittävästi käyty lävitse, potilas yleensä ilmaisee sen sillä, ettei oma-aloitteista kerrontaa näistä asioista enää synny. Varmistetaan tämä kysymällä:

(2) ”Olisiko sinulta mahdollisesti jäänyt kertomatta vielä jotain sellaista nykyisistä vaikeuksista tai oireista, mikä olisi vielä tässä vaiheessa hyvä mainita?”

II vaihe

Seuraavaksi siirrytään ensimmäisellä haastattelukerralla potilaan kuvaukseen hänestä itsestään, hänen elämäntilanteestaan ja hänen ongelmiansa kannalta kokemista merkityksellisistä asioita.

(3) *"(Olemme keskustelleet niistä syistä, joiden takia olet hakeutumassa psykoterapiaan.) Voisitko kertoa nyt omasta taustastasi, kuvata itseäsi ihmisenä ja kaikkea sellaista, jonka ajattelet olevan tärkeää."*

Potilaan annetaan vapaasti kertoa ja kiinnittää huomiota siihen, mitä hän tuo esille ja mitä jättää kertomatta. Toisinaan potilaan on vaikea ymmärtää, mitä kaikkea taustalla tarkoitetaan. Jos hän kysyy, voi antaa neuvoksi esimerkiksi seuraavaa: "Voit kertoa itsestäsi ja elämästäsi sellaista, mitä pidät merkittävänä, aikaisempia vaiheita ja nykytilannetta, taustaa siltä pohjalta kuin muistat tai mitä olet kuullut muiden kertovan?", "Joskus voi olla helpompaa kertoa lapsuudesta lähtien omasta elämästään edeten tähän päivään."

Mikäli potilaan kertomukseen jää suuria aukkoja, ne huomioidaan kommentoimalla/kysymällä seuraavaan tapaan: "(Huomasitko, ett)et kertonut mitään kouluajasta, nuoruudesta jne." Kun potilas ilmaisee ja haastattelija kokee, että hän on kertonut itsestään tässä vaiheessa riittävästi, jatketaan seuraavalla kysymyksellä, jossa otetaan esille vain sellaiset isot kokonaisuudet, joista oma-aloitteisesti kerrottaessa tuli esille vain vähän tai ei lainkaan tietoa.

(4) *"Voisitko kertoa tarkemmin lapsuuden perheestäsi, nykyperheestä, seksuaalisuudesta, työstä/opiskeluista/elämäntilanteestasi, vapaa-ajan käytöstä ja siitä, mikä sinua yleensä kiinnostaa?"*

Usein tässä vaiheessa (3. ja 4. kysymyksen myötä) tulee esille melko runsas materiaali, joka antaa hyvän kuvan potilaasta ihmisenä. Tarvittaessa voidaan palata kysymykseen seuraavalla kerralla, jos tapaamiseen varattu aika

ei riitä. Aivan haastattelun lopulla ei ole syytä avata uutta laajaa kysymystä. Kun potilas on tuottanut riittävän määrän tietoa ongelmistaan ja taustastaan ja haastattelijalle on muodostunut alustava käsitys hänen ydinkonflikteistaan/vaikeuksistaan, voidaan esittää ns. koetulkinta, jolla pyritään elämyksellisesti kuvaamaan, mielellään ainakin osin potilaan omin sanoin, sellaista esille tullutta (rajattua) ongelmakokonaisuuksia, joka kytkeytyisi psykoterapeuttisen hoidon tavoitteisiin. Jos koetulkintaa ei ole luontevaa tai mahdollista esittää ensimmäisen haastattelukerran lopuksi, se voidaan tehdä toisen haastattelukerran yhteydessä (ja palata siihen kolmannen kerran alussa). Esimerkki koetulkinnasta ja sen käynnistämästä reflektovasta prosessoinnista on esitetty seuraavassa kohdassa.

III vaihe

Kun potilas tulee toiseen tapaamiseen, kysytään "jäikö edelliskerrasta mieleen jotain johon haluaisit palata... jotain askarruttamaan?" – ennen kuin edetään seuraavaan varsinaiseen pääkysymykseen. On merkittävää, palaako haastateltava johonkin teemaan, jota käsiteltiin ensimmäisellä haastattelukerralla. Huomioidaan hänen esille tuomansa uusi materiaali tarkastelemalla ja kommentoimalla sitä lyhyesti, sen ajan puitteissa joka alkuarvioon on käytettävissä.

Potilas voi toisella haastattelukerralla lähteä heti liikkeelle ensimmäisen haastattelun lopulla haastattelijan tekemästä yhteenvedosta/koetulkinnasta (esim. koetulkinta on voinut olla: "Olet kuvannut, kuinka joku muu on tuntunut aina hallitsevan elämäsi, kovalla kädellä, ja nyt haluaisit saada elämän enemmän omiin käsiisi, vapautua liiallisesta riippuvuudesta ja suhtautua itseesi arvostavammin.") Potilas kertoo jääneensä miettimään haastatteluiden väliaikana, kuinka se kuinka vähäpätöisenä hän itseään on tottunut pitämään, on varmaankin yhteydessä siihen, kuinka paljon hän on kokenut välinpitämättömyyttä kasvuympäristössään, ja kertoo huomanneensa, kuinka jonkinlaista tarmostumista itsessä on jo tapahtunut, kun on nyt saanut aikaiseksi psykoter-

piaan hakeutumisen. – Osa haastateltavista ei palaa aikaisempaan arviointikäyntiin ja esillä olleisiin teemoihin tuottamalla lisämateriaalia, jolloin edetään seuraavaan kysymykseen.

(5) *"Haluaisin kuulla tarkemmin sinun kertovan jotain sinulle tärkeistä ihmisistä. Keitä ja minkälaisia he ovat, mitä he merkitsevät sinulle ja minkälaisen kuvan uskot heillä olevan sinusta?"*

Yhden haastattelukerran puitteissa on yleensä mahdollista, että potilas kuvaa monipuolisesti muutamia (nykyhetken ja elämänsä historiansa kannalta) itselleen tärkeitä ihmisiä ja hänen ja heidän keskinäistä vuorovaikutussuhdettaan. Haastattelun aikana seurataan potilaan kerrontaa, haastattelutilanteen vuorovaikutusta ja potilaan affektiivisia reaktioita. Kun esille tulee kerronnan tavanomaisesta kulusta poikkeava ilmentymä, tunne, sanallinen tai eisanallinen ilmaisu, sitä on hyvä hyödyntää. Esimerkiksi potilas saattaa puhuessaan jostakin vuorovaikutussuhteesta tai henkilöstä lopettaa kertomisensa kovin pian tai katsoa haastattelijaa tavalla, joka viittaa asiaan sisältyvän muutakin, kuin mikä tulee kerrottua. Tällöin voi pyytää tarkennusta; esim. "Liittykö tuohon ystävyyssuhteeseen jotain muutakin merkittävää kuin se, että käynte säännöllisesti pelaamassa yhdessä?"

Seuraamalla intensiivisesti vuorovaikutusta on mahdollisuus päästä myös *transferenssitulkintaan*, ts. kommentoimaan jotain sellaista haastateltavan elämässä toistuvaa ilmiötä, joka saattaa näyttäytyä myös haastateltavan ja haastattelijan välisessä vuorovaikutuksessa. Kun tällainen tilanne on ilmeinen, otetaan se yksittäisen kerran koeluonteisesti esille. On syytä muistaa hyvän ajoituksen periaate, niin ettei kommentti tule koetuksi irrallisena, vaan niin että se kytkeytyy juuri puheena olleeseen tai muutoin vuorovaikutuksessa koettuun ilmiöön:

(6) *"Onko mahdollista, että [tietty ilmiö, vaikeus], josta olet kertonut, heijastuu nyt myös meidän väliseen tilanteeseemme tässä haastattelussa?"*

Seurataan, kuinka kiinnostunut ja valmis

potilas on tarkastelemaan omaa tässä- ja nyt-kokemustaan ja tutkiskelemaan, muistuttaako se puheena ollutta (hänen ongelmiansa kannalta merkityksellistä) ilmiötä; nouseeko esille jotain uutta näkökulmaa tai tarkennusta tästä ongelmallisesta ilmiöstä/kokemuksesta ja sen erilaisista ilmenemistavoista?

(7) *"Onko tällä kerralla tai näillä kahdella (kolmella) kerralla jäänyt pois jotain sellaista, jota haluaisit lisätä?"*

Potilaalle annetaan näin mahdollisuus esittää jotain uutta, jonka hän katsoo tärkeäksi ja joka voi kokonaisarvion kannalta olla oleellista. Kiireetön tunnelma, sovitun ajan puitteissa, ja haastattelijan aito kiinnostus haastateltavan mahdollisia täydentäviä ajatuksia kohtaan ovat tärkeitä sen varmistamiseksi, ettei jotain merkityksellistä jäisi huomiotta. Tämän jälkeen on luontevaa siirtyä kokonaisarvioon ja keskusteluun terapiavaihtoehtoista ja terapiaan ohjautumisesta.

Haastattelun lopulla pyydetään potilasta vielä kuvaamaan, minkälaisia mielikuvia tai odotuksia hänellä on tulevasta terapiasta, toiveita tulevasta terapeutista ja heidän yhteistyöstään. Joko samalla käyntikerralla tai erillisessä tapaamisessa on tärkeää, että haastattelija esittää oman, potilaan ongelmien laatua ja hänen voimavarojaan integroivan yhteenvetonsa siitä, minkälainen kuva psykoterapia-arvion pohjalta on muodostunut, esittää näkemyksensä erilaisista auttamismahdollisuuksista psykoterapian keinoin ja mahdollisuuksista edetä asiassa. Erillisen tapausjäsennyksen muotoileminen kirjalliseen muotoon auttaa jäsentämään ja konkretisoimaan haastateltavan ongelmien kokonaisuutta ja (tietänyttyypisen) lyhyen vs. pitkän psykoterapian tarvetta sekä alustavasti hahmotettuja terapian tavoitteita.

Haastattelun aikana huomioitavat asiat psykoterapian soveltuvuusarvion kannalta (ks. myös SPS-arviointiasteikon arviointiohje)

1. Potilaan hoitomotivaation seuraaminen: kuinka hän on määritellyt oman hoidon

tarpeensa, mitä odottaa hoidolta jne. Tuoko hän esille jotain sellaista, mikä on ratkaisevaa hoitomotivaation kannalta (esim. selkeä kanta siitä, että ei pysty sitoutumaan kerta- viikkoisiin terapiakäynteihin; kielteinen suhtautuminen tietätyypiseen terapiaan; niin lievät ongelmat, että niiden helpottuminen jo alkuarvion aikana poistaa psykoterapeuttisen hoidon tarpeen; niin vaikeat ongelmat, että herää kysymys siitä, selviytyykö potilas ylipätään avohoidossa).

2. Fokuksen määrittely: löytyvätkö peruskonfliktit ja niiden johdannaiset, jotka ilmenevät potilaan kuvauksessa; kuinka pian fokus tulee haastattelussa esille? Onko sellaisia ajankoh- taisia tai pitkäaikaisia ongelmia, jotka kuvasta- vat psykososiaalisten ongelmien moninaisuutta ja mahdollisesti heikentävät erityisesti lyhyen terapian mahdollisuutta auttaa riittävästi potilasta (mm. asunnottomuus, päihdeongelma, useat samanaikaiset psyykkiset ongelmat).

3. Vuorovaikutusvalmiuksia arvioitaessa on tarpeen suhteuttaa haastattelukontekstissa ilmeneviä ongelmia ja mukauttaa haastattelijan toimintatapaa siihen, missä määrin potilaan elämänhistoriassa tulee esille traumaattisia kokemuksia ja turvattomuutta, jotka voivat esimerkiksi korostaa haastattelutilanteessa ilmenevää varautuneisuutta ja vaikeutta muodostaa luottavaista suhdetta haastattelijaan. Vaikka taustan ongelmallisuus olisi ymmärret- tävää, arvioinnin päähuomio tulee olla siinä, kuinka sujuvaksi haastattelutilanteen yhteistyö kehittyi haastattelijan kanssa.

4. Reflektointikyvyn arvioinnissa keskeistä on, kuinka monipuolisesti haastateltava tarkastelee itseään ja elämäänsä ajallisessa jatkuvuudessa, pystyykö yhdistämään asioita toisiinsa, oivaltamaan, tekemään uusia löytöjä tai kiinnostumaan esille nousseista kysymyk- sistä. On tärkeä varmistaa, että haastatelta- valle jää tilaa tuoda esille mahdollisia uusia ajatuksiaan. Tarvittaessa tulee rohkaista tätä kertomaan lisää, jos kerronta muutoin jää kovin niukaksi (niin että mm. tunneperäinen es- tyneisyys ja intersubjektioonalinen arkuus eivät hämärtäisi reflektiokyvyn arviointia).

5. Affektiivisuuden havainnoinnissa on hyvä panna merkille, säilyykö se samanlaisena mo-

lemmilla kerroilla vai muuttuuko. Sekä tunne- tilojen ilmaisu että kyky toimia haastatteluti- lanteessa niistä huolimatta ovat olennaisia. Ovatko haastattelijan vastatunteet saman- suuntaisia potilaan tunnekokemusten kanssa tai niitä täydentäviä vai hämmentäviä?

6. Koetulkinta pyritään pääsääntöisesti an- tamaan ensimmäisen haastattelun loppupuolella. Seurataan potilaan välitöntä reaktiota ja palataan sen jälkeisen prosessin tarkasteluun seuraavan haastattelukerran aluksi; esimerkik- si: ”Onko mielessäsi jotain viime kerrasta, joh- hon haluaisit palata?”

7. Haastateltavan käsitys itsestään (minäku- va) voi näyttäytyä haastattelussa monin tavoin muussakin vaiheessa kuin tästä nimenomaan kysyttäessä. Pystyykö haastattelijä muodos- tamaan sellaisen kokonaiskuvan henkilöstä ja hänen erilaisista puolistaan, joka vastaa potilaan omaa kerrontaa ja kuvausta? Ovat- ko haastateltavan minäkuvan erilaiset puolet integroituneet realistiseksi kokonaiskäsityk- seksi itsestä vai kuvastavatko ennemminkin erillisiä minuuden osia? Saadaanko tarken- nusta mahdollisista esille tulleista minäku- van ristiriitaisuuksista konfrontoimalla näitä hienotunteisesti?

Koulutus haastattelun ja soveltuvuus- arvioiden toteuttamiseen

Psykoterapian tarpeen ja soveltuvuuden arvi- ointi tässä kuvatulla haastattelulla ja SPS-ar- viointeihin perustuen edellyttää, että haastat- telijat ovat perehtyneet menetelmän käyttöön. On suositeltavaa, että koulutuksessa hyödyn- netään videoita haastattelutilanteita, joissa potilaat ovat pääosin psykoterapiaan hakeutu- via henkilöitä. Erityisesti terveydenhuollon yksiköissä, joissa tavoitteena on toteuttaa laaja- mittaisesti psykoterapia-arvioita, on hyödyllistä pyrkiä standardoimaan käytäntöjä sisäisen koulutuksen ja työnohjauksen turvin. Voita- neen soveltaa porrasteista koulutusta, jossa osa arvioijista koulutetaan psykoterapia-arvi- oiden vastuuhenkilöiksi ja/tai työnohjaajiksi. Lyhyt perehdytys menetelmään käyttöön ottoon sisältää tähän haastattelu- ja arviointiohjeis- toon tutustumisen ja mahdollisen muun ope-

tusaineiston. Mahdollisuuksien ja tarpeiden mukaan voidaan soveltaa supistetussa muodossa Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa käytettyä koulutusmallia, fokuoituna kliinisen työn tarpeisiin.

Menetelmää kehitettäessä Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa toteutettiin kaksivaiheinen koulutus, jossa ensin neljä kokenutta haastattelijaa (psykologeja ja psykiatreja) haastatteli kukin 3–5 psykoterapiaan hakeutumassa olevaa potilasta ja teki itsenäisesti SPS-arviot. Muut haastattelijat katsoivat toistensa haastattelut videolta ja tekivät vastaavat arviot. Työpajatyypisissä ryhmän tapaamisissa käytiin viikoittain läpi sekä haastattelun toteutukseen liittyviä periaatteita ja käytäntöjä että muodostettiin konsensusarvio jokaisesta SPS-mittarin osa-alueesta kunkin potilaan osalta. Koulutukseen varattiin aikaa noin 100 tuntia ja se toteutettiin noin 6 kk ajanjaksolla. Myöhemmässä vaiheessa koulutus toteutettiin uusille haastattelijoille lyhyempänä, n. 60 tunnin laajuisena, 4 kk aikana. Hankkeessa selvitettiin haastattelijoiden välisten arvioiden reliabiliteetti ja tasoerot ja myöhemmässä vaiheessa myös arvioiden pysyvyys, siten että osa arvioista toistettiin ennalta sovitun jakson jälkeen (tutkimushankkeessa noin 3 vuotta). Eri arvioijien samasta potilaasta tekemien arviointien välinen yhtäpitävyys ja saman arvioijan tekemien arvioiden pysyvyys ajassa oli pääsääntöisesti hyvä, kun arvioijat olivat saaneet riittävän koulutuksen (ks. Laaksonen ym. 2012).

Liite 2. Psykoterapiasoveltuvuuden arviointiasteikko SPS (Suitability for Psychotherapy Scale)

Arviointiohje

Arvioidaan 2–3:n arviointikäynnin perusteella, kliiniseen haastatteluun ja havaintoihin perustuen, alla kuvattuja potilaan ominaisuuksia ja toimintatapoja. Kunkin psykoterapiasoveltuvuutta koskevan ominaisuuden kohdalla valitaan se vaihtoehto, joka parhaiten kuvastaa potilasta ja hänen toimintaansa.

Arvioitavat osa-alueet

Arviointi kohdistuu potilaan määrättyihin persoonallisuuden ulottuvuuksiin ja taipumuksiin toimia itsehavainnointia ja vuorovaikutusta edellyttävässä tilanteessa. Arviot kohdistuvat *minän vahvuuteen* liittyviin tekijöihin: 1) affektien käsittelyyn ja hallintaan, 2) vuorovaikutuksen sujuvuuteen haastattelijan kanssa, ja 3) minäkuvan tasapainoisuuden arviointiin; *itsehavainnoinnin kykyyn ja motivaatioon*: 4) reflektointikyky, 5) reaktio koetulkintaan, ja 6) motivaatio, *sekä ongelmien laatuun*: 7) fokaaliset ongelmat.

Jokaista ominaisuutta arvioidaan asteikolla 1:stä 7:ään, jossa matalat arvot kuvaavat hyvää soveltuvuutta ja korkeat arvot huonoa soveltuvuutta. Tässä esitettävät katkaisurajat hyvään (hyvä tai kohtalainen) vs. huonoon soveltuvuuteen perustuvat julkaisuun Laaksonen ym. (2012). Jokaisesta ominaisuudesta annetaan seuraavassa kaksiluokkaiseen arvioon perustuvia kliinisiä esimerkkejä. Tähänastisen tutkimustiedon mukaan keskeistä lyhyen terapian soveltuvuuden kannalta on se, kuvastavatko arviot pääosin hyvää soveltuvuutta, kun taas muutoin on perustellumpaa harkita potilaan ohjaamista pitkään terapiaan (Laaksonen ym. 2013a).

1. Affektien käsittely ja hallinta

Affektien käsittelyllä viitataan henkilön kykyyn ilmaista ja käsitellä sekä myönteisiä että kielteisiä tunnetiloja (affekteja). Asianmukaista, toimivaa affektien käsittelyä kuvastaa hyvä kosketus omiin tunnekokemuksiin ja sen rinnalla kyky säädellä tunteiden ilmauksia niin ettei niiden ilmaisu johda tunnetilojen esille tulemisesta huolimatta kontrollin menettämiseen. Vastavasti affektien käsittelyn ja hallinnan ongelmia kuvastaa vähäinen kyky tavoittaa tai ilmaista omia tunnekokemuksia asianmukaisesti – ilmenten rajoittuneisuutena tai kontrolloimattomana tunneylykkeiden esille tulemisena.

1. Haastateltava kuvaa semistrukturoidun haastattelun aikana monipuolisesti itseään jo ensimmäisen tapaamisen yhteydessä. Haastattelujen aikana affektit tulevat monipuolisesti

esille, sekä mielihyvä- että mielihapatuntemukset. Affektit ovat hallittuja, tutkittava tavoittaa realistisesti oman tunnetilansa, ei joudu liiallisesti sen valtaan. eivätkä affektit katkaise haastattelua; haastattelija saa niihin kosketuksen.

2. Ensimmäisen haastattelun yhteydessä tunnetilat ovat jossain määrin defensiivisesti suojassa, mutta viimeistään toisella haastattelukerralla tilanne vastaa kohdan 1 kuvausta.

3. Haastateltava ei yleensä ottaen ole kovin hyvin kosketuksessa (mielihyvä/mielipaha)-affekteihinsa, mutta ajoittain pystyy saamaan kosketukseen niihin. Defensiivisyys kuvastaa lisääntyntä tarvetta affektien kontrollointiin, mikä ei kuitenkaan merkittävästi haittaa haastattelun etenemistä.

4. Haastateltava suojautuu tunnetilojen ilmaisulta defensiivisesti haastattelun yhteydessä, mikä latistaa affekteja ja kapeuttaa haastattelua. Kontakti haastattelijaan säilyy kuitenkin koko haastattelun ajan.

5. Affektit lyövät lävitse niin, että haastateltava syrjähtää aiheesta tai joutuu keskeyttämään kerronnan ollessaan niin mittavasti tunnetilan vallassa TAI hän defensoituu mittavasti affekteja vastaan kapeuttamalla itseään ja kerrontaansa ja vetäytyen hetkittäin kontaktista.

6. Haastattelu katkeaa toistuvasti affektiiiviseen purkaukseen TAI tutkittava defensoituu affekteja vastaan niin voimakkaasti, ettei niitä tule lainkaan esiin (niiden olemassaolo voi kuitenkin olla aistittavissa vastatunteiden kautta).

7. Haastateltava on jatkuvan mielihapavyöryn alainen tai kiihtynyt (hypo)maanisen affektin vallassa TAI jähmettyneellä tavalla affektiton. Kontakti haastattelijaan heikentyy mittavasti, eikä haastattelu tämän vuoksi etene tarkoituksenmukaisella tavalla.

Kliiniset esimerkit

Asianmukainen (hyvä tai kohtalainen; SPS1=1–3) affektien hallinta: Mielialaltaan alavireinen potilas kuvaa elävästi itseään, ongelmiaan ja vaikeaa elämäntilannettaan; ensimmäisessä haastattelussa on melko rauhallinen ja aika ajoin hymyileväkin, hieman varautunut; toisel-

la kerralla esille tulee itkuisuutta surullisten muistojen noustessa esiin; potilas pystyy jäsentyneesti kertomaan menetyksistään ja mielihapaa herättäneistä ristiriitaisista suhteistaan, mainitsee myös huomanneensa, että ärtyy nykyään aikaisempaa herkemmin. Potilas kokee itkun helpottavana, ja tunnetilojen esille-tulo ja käsittelytapa mahdollistavat haastattelijan saada kosketuksen potilaan tunnetiloihin ja ymmärtää potilasta paremmin.

Vahvasti kontrolloitu tai hallitsematon (huono; SPS1=4–7): Korostuneen hillitty potilas kertoo asiallisesti mutta suppeasti, vahvasti itseään kontrolloiden, lähinnä ulkonaisista tapahtumista ja oireistaan, mutta juuri mitään tunnetiloja ei tule esille; jää etäinen vaikutelma, haastattelijaa kokee, että ”ei saa otetta potilaasta”. Potilaan defensiivinen suojautuminen ei juurikaan lievene toisella eikä kolmannella tapauksikerralla.

TAI Potilas puhuu hyvin hiljaa kaikissa haastatteluissa, huokailee paljon, on raskas tunnelma; ei oikein saa pyydettyä kuvattua kokemuksiaan ja tunnetilojensa yhteyttä nykyisiin tai aiempiin elämäkokemuksiin, ”tällaista tämä on ollut pitkään”.

TAI Potilas on hyvin rönsyilevä, puhe on kaiken aikaa hyvin tunnevaltaista, esille tulee ärtyneisyyttä, pitkiä itkukohtauksia ja/tai lukkiutuneisuutta, jotka saattavat vaihtua ylikorostuneen asialliseen, monotoniseen kerronnan tapaan. Haastattelua on vaikea saada toteutettua sovitun ajan puitteissa tai tavoitteiden mukaisesti.

2. Vuorovaikutuksen sujuvuus

Vuorovaikutuksen sujuvuutta kuvastaa henkilön kyky muodostaa yhteistyösuhde haastattelijan kanssa, niin että voidaan toimivassa keskusteluyhteydessä edetä arviointihaastattelun tavoitteiden suuntaisesti. Kun esille ei tule mainittavia ongelmia haastateltavan kyvyssä osallistua tavoitteellisesti yhteistyöhön hyvän kokonaiskuvan antamiseksi itsestään ja ongelmistaan, vuorovaikutus toimii hyvin. Jos taas esille tulee selvää rajoittuneisuutta tai yhteistyön katkeilua, kyky sujuvaan vuorovaikutukseen on heikentynyt.

1. Semistrukturoitu haastattelu kulkee haas-

tattelurungon mukaisesti. Haastateltava puhuu oma-aloitteisesti seuraten asetettuja kysymyksiä ja huomioiden kysymysten osa-alueet. Lisäkysymysten tarve on vähäinen ja tutkittavan kanssa päästään luonnolliseen, elävään dialogiin. Hän huomioi varatun ajan pituuden.

2. Haastattelu kulkee kuten edellä, mutta joitain osa-alueita jää ilman vastausta ja haastattelijajoutuu palauttamaan nämä potilaalle. Dialogi on elävää. Haastattelijajoutuu mahdollisesti huolehtimaan pitkästyneeseen pyrkivästä ajankäytöstä.

3. Haastattelu kulkee pääosin kuten kohdissa 1 ja 2, mutta on alueita, joissa spontaanikertomus katkeaa ja haastattelijajoutuu toistuvasti kiinnittämään huomiota kertomuksen ulkopuolelle jääviin seikkoihin. Kysymysten toistaminen ja lisäkysymysten tarve on selvästi kasvanut.

4. Haastateltava kertoo oma-aloitteisesti nykytilasta, mutta mentäessä elämänkaareen tarvitsee toistuvia kysymyksiä tai tutkittava antaa epäselvän kuvauksen ajankohtaisesta tilasta ja siirtyy toistuvasti varhaisempiin vaiheisiin.

5. Haastattelu ei etene itsestään, vaan haastattelijajoutuu ottamaan esille teemat irrallisina. Niiden ollessa esillä potilas tuottaa materiaalia. Dialogi rakentuu pitkälti haastattelijan kysymysten varaan.

6. Haastattelu etenee huonosti. Haastateltava rajoittuu puhumaan ajankohtaisesta tilanteesta. Yritettäessä päästä elämänkaareen tutkittava vastaa muutamin lausein. Elämänkaaresta ja jatkuvuudesta saadaan epäselvä kuva. Dialogi toimii huonosti.

7. Haastattelu ei etene. Haastateltava vastaa asetettuihin kysymyksiin vain joltain osin ja silloinkin muutamalla sanalla. Haastattelijajoutuu luotua kokonaiskuvaa ja dialogi rakentuu kysymys–vastaus-pohjalle.

Kliiniset esimerkit

Sujuva (hyvä tai kohtalainen; SPS2=1–4): Haastattelu etenee melko vaivattoman tuntuisesti, potilas kykenee antamaan hyvän kuvan tilanteestaan, hoitoon hakeutumisen syistä ja niiden taustoista. Joko spontaanisti tai kysyttä-

essä hän tuo esille esimerkkejä, jotka kuvaavat vaikeuksien ilmenemistä käytännössä ja häntä itseään ihmisenä eri elämänvaiheissa. Mitään mainittavia katkoksia ei tue esille. Haastattelijajoutuu kokee, että yhteistoiminta sujuu hyvin.

TAI Esiintyy lievää, monesti jännittämiseen ja uuteen tilanteeseen liittyvää varovaisuutta, spontaanin kerronnan hankaluutta tai teemojen vähäistä unohtamista, mikä kuitenkin helpottuu tapaamisen edetessä. Potilas saattaa itsekin todeta, että on alkuun yleensä varovainen siinä, miten saa kerrottua omista asioistaan. Jotkin elämäalueet tai -vaiheet, joissa hän jumiutuu tai jotka hän ohittaa, tulevat yhdessä potilaan kanssa tunnistetuiksi vaikeasti lähestyttävissä oleviksi, mikä liittyy ymmärrettävästi ongelmien luonteeseen.

Selvästi rajoittunut tai ongelmallinen (huono; SPS2=5–7): Kerronta on korostetun suppeaa tai siinä on toistuvia pitkiä hiljaisia hetkiä. Potilas pidättäytyy kertomasta yksityiskohtia elämästään ja tuomasta esille kokemuksellista puolta itsestään. Hän voi esimerkiksi todeta, että ”oli ihan tavallinen perhe, ei mitään erikoista”, vaikka ilmenee merkittäviä ongelma-alueita – eivätkä haastattelijan esittämät tarkennuspyynnöt saa häntä juurikaan syventämään asiaa. Haastattelijajoutuu kokee vaikeaksi saada aikaan prosessinomaista etenemistä ja yhteistyön kehittymistä potilaan kanssa; haastattelutilanteeseen liittyvät kommentit (”onko tässä tilanteessa jotain mikä tekee kertomisen hankalaksi?” tmv. auttamispyrkimys) eivät helpota tilannetta. Potilas saattaa todeta, että hän muutenkin mahdollisimman paljon välttää kertomasta muille asioistaan (esim. pelosta, ettei siitä seuraa mitään hyvää).

3. Minäkuvan suhde ideaaliminään

Arvio minäkuvan suhteesta ideaaliminään (ihannekuvaan siitä minkälainen henkilö haluaisi olla) kohdistuu siihen, minkälainen tasapaino vallitsee henkilön nykyisten, itseensä liittyvien käsitysten kokonaisuuden (minäkuvan) ja itseän ja omiin kykyihin liittyvien odotusten ja toiveiden välillä. Näiden välisen jännitteen katsotaan olevan tasapainossa silloin, kun tämänhetkinen käsitys itsestä on realistinen, itselle ase-

tetut odotukset ja toiveet ovat saavutettavissa, eikä esille tule enempää kuin vähäistä taipumusta vähätellä itseään. Jos taas esille tulee pitkäaikaista taipumusta itsensä mitätöimiseen, epärealistisia itselle asetettuja odotuksia tai tarvetta kokea ylivertaisuutta, jotta voisi hyväksyä itsensä, kyse on epätasapainosta minäkuvan ja ideaaliminän välillä.

1. Nykyinen käsitys itsestä on harmonisessa suhteessa ideaaliminään.

2. Haastateltavalla on taipumusta arvostella tai vähätellä itseään, mutta ideaaliminä on saavutettavissa nykyisin kyvyin ja taidoin.

3. Haastateltavalla on taipumusta mitätöidä itseään. Ideaaliminä on realistinen, mutta sen saavuttaminen vaatii runsaasti ponnistuksia ja uhrauksia ja tuottaa helposti pettymyksiä.

4. Haastateltavan minäkuvassa ja vastavasti ideaaliminässä voi olla rajatusti epärealistisia piirteitä. Tutkittava arvioi omaa itseään rajoitetusti väärin ja pyrkii päämääriin, jotka ovat hänen kykyjensä ja taitojensa ulkopuolella. Grandioottiset piirteet eivät kuitenkaan hallitse kokonaiskuva.

5. Haastateltava vähättelee ja mitätöi itseään. Ideaaliminässä on grandioottisia piirteitä, jotka etäännyttävät tasapainoa. Tutkittava kokee toistuvia pettymyksiä tietyillä elämänaluilla.

6. Haastateltavan minäkuva ja ideaaliminä ovat rakentuneet epärealistisiksi ja vääristävät realiteettia. Tutkittava elää grandioosien käsitysten ja tavoitteiden maailmassa.

7. Haastateltava mitätöi itseään ja samanaikaisesti vaatii itseltään mahdotonta ja tavoittamatonta. Tilannetta kuvaa lamaanuneisuus ja luopuminen.

Kliiniset esimerkit

Tasapainoinen (hyvä tai lievästi ongelmallinen; SPS3=1–4): Potilas kuvaa itseään niin, että siitä välittyvä pääasiallisesti itsensä arvostaminen sellaisena ihmisenä kuin hän kokee olevansa, vaikka jotkin pyrkimykset elämässä eivät olisikaan onnistuneet tai vaikka jotkin omat piirteet olisivat epätoivottavia ja tuottaisivat ongelmia. Esille voi tulla tyytymättömyyttä itseän (esim. siitä ettei uskalla tuoda esille mielipiteitään

sosiaalisissa tilanteissa), itsensä syyllistämistä, korostunutta itsekritiikkiä ja lieviä perfektionistisia piirteitä. Hän voi joutua näkemään paljon ylimääräistä vaivaa erilaisissa suoriutumistilanteissa näiden piirteidensä takia, mutta ei yleensä lannistu ja koe mahdottomana päästä tavoitteisiinsa.

Epätasapainoinen (merkittävästi ongelmallinen; SPS3=5–7): Potilas on kroonisesti tyytymättömän itsensä; häntä vaivaa tunne siitä, että tekee ”aina kaiken väärin”, moittii itseään jatkuvasti. Hänen on hyvin vaikea hyväksyä epäonnistumisia ja päästä niistä yli; hän pelkää ”täydellistä epäonnistumista” (kokemusta, jossa yksittäinen asia yleistyy koskemaan koko hänen minuuttaan); tämä saattaa johtaa hänet välttämään tilanteita, joissa oma rajallisuus tulisi esille tai joissa hän joutuu tekemään itseä koskevia päätöksiä. Itseen kohdistuvat ylisuuret odotukset (jotta voisi olla hyväksytty) ja mitättömyyden kokemukset voivat vuorotella. Nämä itsearvostuksen säätelyn (narsististyyppiset) ongelmat haittaavat selvästi potilaan ihmissuhteita ja toimintakykyä.

4. Reflektointikyky

Itsehavainnointi- eli reflektointikyvyllä viitataan henkilön emotionaaliseen ja kognitiiviseen kykyyn tunnistaa itselleen merkityksellisiä, nykyisiä ja elämänhistoriallisia kokemuksia, niihin liittyviä tuntemuksiaan, halujaan ja toiveitaan, ja kykyyn löytää psykologisesti merkittäviä yhteyksiä näiden välillä. Hyvää reflektointikykyä osoittaa haastattelun aikainen itsetutkiskelu, jossa käytettävissä olevan ajan puitteissa henkilö pohdii erilaisten elämänvaiheidensa ja tapahtumien merkitystä nykyiseen kokemusmaailmaan ilman, että itsehavainnointia mainittavasti rajoittaa defensiivinen suojautuminen. Rajoittunutta itsereflektointia puolestaan kuvastaa se, jos pohdinta on huomattavan niukkaa, yksipuolista tai jos se keskittyy enemmän ulkonaisiin seikkoihin.

1. Haastateltava kuvaa itseään laajasti ajallisessa jatkumossa. Lapsuuden ja nuoruuden muistot tulevat elävästi esille ja niihin liittyy selvästi havaittava tunne-elämys. Hän kykenee yhdistelemään aikaisempia kokemuksia nykyiseen kokemusmaailmaan. Keskeistä on

omien halujen ja toiveiden pohjalle rakentuva tarkastelu.

2. Haastateltava kuvaa itseään ja elämänsä kuten edellä, mutta defensiivisyys niukentaa aineistoa. Hänellä on kuitenkin selvästi tunnekosketus muistoihin ja defensiivisyys helpottuu ensimmäisen haastattelun jälkeen.

3. Haastateltavan kuvaus on niukkaa, koska defensoituminen kapeuttaa kuvausta. Vaihtoehtona on laaja ja peruspohjainen kuvaus, johon liittyy runsaasti rationalisaatiota ja intellektualisaatiota. Tutkittavan kuvaus liikkuu kuitenkin ajallisessa jatkumossa.

4. Haastateltava kuvaa enemmän ulkoisia tapahtumia ja kohteita kuin omaa itseään. Hän pyrkii toistuvasti kuvaamaan muita suojautuen näin omilta kokemuksiltaan. Ajallinen jatkumo kuitenkin säilyy.

5. Haastateltavan reflektointikyky on selvästi yksipuolistunut. Hän paneutuu joko nykyhetkeen tai lapsuuteen. Näiden kokemusten yhdistäminen on rajoittunutta ja hän palaa tavan takaa jompaan kumpaan kokemusmaailmaan.

6. Haastateltava ei reflektoi lapsuuden ja nuoruuden kokemuksiaan, vaan ohittaa ne. Niistä saatava tieto on vähäistä ja usein asia-tietoa. Tutkittava ajautuu toistuvasti samaan, nykyhetkeen liittyvään kuvaukseen.

7. Haastateltavan kyky psykologiseen pohdintaan puuttuu. Niiden sijasta somaattiset, perinnölliset tai geneettiset selitykset korostuvat. Mahdollinen psykologinen tarkastelu on pinnallista ja näennäistä.

Kliiniset esimerkit

Hyvä (hyvä tai lievästi rajoittunut; SPS4=1–3): Potilas kuvaa tämänhetkistä kokemusta itsestään ja nykyongelmistaan huomioimalla niiden kytketymisen aiempaan elämänkulkuunsa. Kerronnassa säily tietylainen ”punainen lanka” sen suhteen, että potilas pohtii asioiden yhteyksiä ja merkitystä omasta näkökulmastaan niin, että potilas ja haastattelija saavat kosketuksen niiden merkityksestä potilaan ajatteluun, käyttäytymiseen tai tunnetiloihin. Hän saattaa esim. tunnistaa samankaltaisia ongelmallisiin vuorovaikutussuhteisiin liittyviä

ilmiöitä eri elämänavalueillaan tai eri aikoina (vaikkapa itseen liittyvä korostunut tarkkailu ja arkuus nykyisissä työtilanteissa tai toisaalta lapsuuden aikana suhteessa kriittiseksi ja ankaraksi kokemaansa isään) ja pohtii näiden merkitystä elämässään. Potentiaalista, jossain muodossa esille tulevaa reflektointikykyä voi kuitenkin rajoittaa varovaisuus avata haastattelussa tunneperäisesti merkittäviä asioita.

Merkittävästi rajoittunut (huono; SPS4=4–7): Potilas ei juurikaan reflektoi elämäntapahtumiaan tai nykytilannettaan pohtimalla kokemustensa merkitystä itselleen. Hän ei vaikuta olevan syvemmällä tasolla kiinnostunut paremman kokonaiskuvan saamisesta tai antamisesta toiselle. Kerronnan ja pohdinnan niukkuus tekevät vaikeaksi ymmärtää potilaan ongelmien luonnetta suhteessa hänen kokemuksiinsa. Vastaukset saattavat olla lakonisia tai yleisellä tasolla toteavia ilman niihin annettuja konkreettisia tarkennuksia; esim. ”ongelmathan on aina monen asian summa”, ”on hämärän peitossa”, ”en osaa oikein mitään sanoa”.

5. Reaktio koetulkintaan

Henkilön reaktiota koetulkintaan arvioitaessa huomiota kiinnitetään sekä siihen, minkälaisia edellytyksiä hänen tuottamansa aineisto antaa keskeisen ongelma-alueen tunnistamiseen, että siihen, miten hän reagoi haastattelijan muotoilemaan tulkintaan (pohdittavaksi tarkoitettuun sanalliseen kuvailuun ongelmien mahdollisesta ydinalueesta tai keskeisestä ristiriidasta). Hyvää valmiutta ongelmallisten asioiden prosessointiin terapiassa kuvaa ongelma-alueeseen liittyvän kokemuksellisen lisämateriaalin tuottaminen ja mielenkiinnon herääminen asian tutkiskeluun, joko välittömästi tai niin että henkilö palaa asiaan. Kun henkilö ei kiinnostu asiasta, ei tuota mainittavaa lisämateriaalia tai jos ei voida tehdä koetulkintaa niukan tai epämääräisen kerroksen perusteella, reaktio jää puutteelliseksi.

1. Haastateltavan tuottama aineisto tekee mahdolliseksi koetulkinnan jo ensimmäisen haastattelun yhteydessä. Hän reagoi selvästi ja elämyksellisesti koetulkintaan tai tulkitsee itse edeltävän työskentelyn pohjalta. Tulkinta tuottaa välittömästi lisäaineistoa. Seuraaval-

la kerralla hän palaa oma-aloitteisesti siihen ja on miettinyt sitä väliajalla sekä tuo esille lisääaineistoa.

2. Kuten kohta 1, mutta koetulkinta voidaan tehdä vasta toisen haastattelun yhteydessä.

3. Haastateltava reagoi välittömästi tulkintaan ja palaa siihen seuraavalla kerralla. Tulkinta ei kuitenkaan tuota silloin uutta elämyksellistä aineistoa, vaan mahdollinen uusi aines on älyllistä.

TAI haastateltava käsittelee tulkinnan tuomaa aineistoa monipuolisesti ensimmäisellä kerralla.

4. Haastateltava reagoi tulkintaan välittömästi lisääaineistolla, muttei palaa siihen seuraavalla kerralla. Vaihtoehto on, että tulkinta voidaan tehdä vasta kolmannen haastattelun yhteydessä.

5. Haastateltava myötäilee tulkintaa, muttei jää pohtimaan sitä, eikä tuota uutta materiaalia.

6. Haastateltava ohittaa tulkinnan. Hänen antamansa aineisto johtaa haastattelijan tekemään yleisluonteisen, selittävän tulkinnan, joka sinänsä on rakenteeltaan huono.

7. Haastattelija ei kykene tekemään tulkintaa, jonka takia ei voida havaita haastateltavan reaktioita.

Kliiniset esimerkit

Onnistunut (hyvä tai lievästi rajoittunut; SPS5=1–4): Potilaan kerronta on sillä tavoin selkeää ja ongelma-alue jäsentynyt, että se mahdollistaa haastattelijalle koetulkinnan antamisen ja herättää potilaan mielenkiinnon sen laajentamista, tarkentamista tai kyseenalaistamista kohtaan. Esim. jos epävakaisissa kasvuolosuhteissa elänyt potilas kuvaa mittavaa sosiaalista ahdistuneisuuttaan sillä, että hän usein pelkää ”mokaavansa” työelämässä ja ihmissuhteissaan, haastattelija koetulkintansa kiinnittää huomiota epäonnistumisten ja niiden pelon merkitykseen sekä potilaan nykyongelmissa että taustassa. Onnistunutta reaktiota kuvaa se, että potilas syventää asiaa välittömästi kertomalla pohtivasti ilmiöstä lisää – jostain tapahtumasta tai tilanteesta, jossa tämä näyttäytyy; hän saattaa myös ennen

seuraavaa haastattelua nähdä asiaan liittyvän unen tai muistaa jonkin muun tähän kytkeytyvän asian ja kertoa siitä.

Puutteellinen (huono; SPS5=5–7): Potilas reagoi koetulkintaan pinnallisesti, paneutumatta ja pohtimatta asiaa, ei osoita mielenkiintoa sitä kohtaan. Jos potilas ei haastattelussa tuo esille henkilökohtaisella tasolla merkityksellisiä asioita elämästään, osuvaa koetulkintaa on monasti vaikea antaa; tällöin se jää yleiseksi huomion kiinnittämiseksi esim. toistuviin masennusjaksoihin kuormittavissa elämäntilanteissa tai pitkään jatkuneeseen kokemukseen elämän kaoottisuudesta. Puutteelliseksi jäävää reaktiota tällaiseen koetulkintaan kuvastaa se, ettei mitään kokemuksellisesti uutta tule esille asiasta tai ettei potilas lainkaan reagoi tarjottuihin mahdollisuuksiin täydentää kokonaisuutta.

6. Motivaatio

Motivaatiolla tarkoitetaan tässä henkilön halukkuutta selvittää asioitaan psykologisesti ja pyrkimystä sitoutua terapiaan. Hyvää motivaatiota kuvastaa psykologisen avun omakohtaisesti koettu tarve, terapian aloittamiseen liittyvä harkinta ja valmistautuminen ja halu saada mahdollisuus asioidensa selvittelyyn nimenomaan psykoterapian avulla. Ristiriitaisesta tai heikosta motivaatiosta on kyse, kun henkilö ei ole valmistautunut terapian aloittamiseen, on tullut ohjatuksi siihen lähinnä vain toisen henkilön aloitteesta, on varauksellinen terapian ja siihen sitoutumisen suhteen.

1. Haastateltavan motivaatio psykoterapiaan on erittäin hyvä. Hän on päätenyt hakeutumaan psykoterapiaan oma-aloitteisesti. Päätös perustuu pitempiäaikaiseen harkintaan. Hän tarkastelee ongelmiaan yksityiskohtaisesti ja haluaa niihin psykologista apua. Haastattelussa hän reflektoi laajasti ja näkee ongelmien moninaisuuden.

2. Haastateltavan motivaatio on hyvä. Hän hakeutuu psykoterapiaan oma-aloitteisesti, mutta hänen psyykinen työskentelynsä on suppeampaa kuin kohdassa 1.

3. Haastateltavan motivaatio on hyvä, ajankohtaiset vaikeudet ovat hoitoon hakeutumisen

syynä. Tämän vuoksi odotukset ovat nykytilanteen helpottumisessa, mutta tutkittava näkee myös ongelmien laajemman taustan.

4. Motivaatio on melko hyvä. Haastateltavaa hakeutuu terapiaan pääosin ajankohtaisten vaikeuksien takia, ilman niitä hän tuskin olisi hakeutunut psykoterapiaan. Motivaatio rakentuu pitkälti hetkellisen helpotuksen saamiseen ja siihen vaikuttaa myös muiden henkilöiden suositukset tai esimerkit.

5. Motivaatio on kohtalainen. Psykoterapiaan hakeutumiseen vaikuttavat muiden henkilöiden ehdotukset lähes yhtä paljon kuin oma-aloitteisuus. Ongelmien hahmottelu on vielä kesken ja haastateltava suhtautuu ambivalentisti psykoterapiaan. Hän on kuitenkin valmis kokeilemaan sitä, mutta suhtautuu varauksellisesti. Psykoterapian rinnalla esiintyy toiveita lääkehoidosta, hypnoosista jne.

6. Motivaatio on epävarma. Haastateltavalle on suositeltu psykoterapiaa, johon hän itse suhtautuu korostuneen ambivalentisti. Haluaa varmistua, että psykoterapia auttaa häntä, hänen on vaikea sitoutua ajallisiin ja rahallisiin uhrauksiin ja rinnalla esiintyy voimakkaana halu selvittää ongelmat yksin. Haastateltava turvautuisi mieluummin lääkehoitoon tai pelkkään ohjeiden ja neuvojen saamiseen.

7. Tutkittava ei ole motivoitunut psykoterapiaan.

Kliiniset esimerkit

Hyvä (hyvä tai lievästi rajoittunut; SPS6=1–4): Potilas kertoo (pitkään) harkinneensa psykoterapiaa ja toivoo voivansa sen avulla oppia ymmärtämään ja hallitsemaan itseään paremmin ja parantamaan ihmissuhdetaitojaan, joihin liittyvien ongelmien katsoo olevan keskeisiä. Hän saattaa perustella hoitoon hakeutumistaan myös sillä, että yleensäkin puhuminen toiselle on tuntunut hyvältä tai ettei koskaan ole päässyt jakamaan toisen kanssa tiettyjä koettelemuksiaan, jotka painavat mieltä; hän on ehkä hyötynyt aikaisemmin saamastaan neuvonnasta tai muusta keskusteluavusta tai katsoo terapian avulla voivansa parantaa kykyään toimia paremmin, esim. vanhempana, tai ratkaista paremmin ajankohtaisia ongelmiaan.

Ristiriitainen tai heikko (huono; SPS6=5–7): Potilas on epävarma siitä, olisiko minkäänlainen terapia hänelle hyödyksi. On kriittinen yleisesti psykoterapioiden suhteen ja ottaa puheeksi mahdollisia käytännön ongelmia ja sitoutumisen epävarmuutta. Esimerkiksi pitkään masentuneena ollut potilas voi kertoa jaksamattomuudestaan ja siitä, ettei yleensä ennen puoltapäivää pääse ylös – ”terapeutilla täytyisi olla sopivia aikoja”. Potilas kokee tulleen turhaan ohjatuksi terapia-arvioon tai kokee sen kielteisesti tai hyödyttömäksi.

Huom. Joskus motivaatio näyttää suhteessa tietyyntyyppiseen terapiaan, mikä on tärkeä huomioida: esim. potilas kokee, että lyhyt terapia sopisi hyvin, koska on tottunut tehokkaaseen tapaan toimia ja haluaisi keskittyä oireiden hallintaan saamiseen ja tiettyjen ihmissuhdeongelmien selvittelyyn, tai ei koe tarvitsevansa ”pitkän kaavan mukaan” asioiden selvittelyä (hyvä motivaatio lyhyeen terapiaan). Toisaalta, jos potilaalla, joka kokee viime aikoina alkaneensa ymmärtää, että hänen yksinäisyydellään ja näköalattomuudellaan elämässä on pitkät juuret lapsuudessa ja haluaisi nyt rauhassa pystyä selvittämään monia ristiriitaisia kokemuksiaan, on hyvä motivaatio pitkään terapiaan (ja huono motivaatio lyhyeen terapiaan).

7. Ongelmien fokaalisuus

Ongelmien fokaalisuudella tarkoitetaan sitä, kuinka rajattuja (fokaalisia) tai laaja-alaisia potilaan psykologiset ongelmat ovat. Kun ongelmien keskeinen painopiste (fokus) ilmenee niin, että potilas sekä sanallisesti että kokemuksellisesti sen tunnistaa nykyisten vaikeuksiensa kannalta olennaiseksi ja kun se voidaan määrittellä rajatuksi ydinkonfliktiksi tai ongelma-alueeksi, kyseessä on fokaalinen ongelma. Jos tällaista selkeästi näyttäytyvää ongelma-aluetta ei ilmene, vaan ongelmat ovat luonteeltaan moninaisia tai epämääräisiä, ei kyse ole fokaalisesta ongelmasta.

1. Fokus on selvästi määriteltävissä jo ensimmäisen haastattelun yhteydessä. Haastateltavan peruskonflikti on hahmotettavissa ja tutkittavan kuvaama nykyinen vaikeus ilmaisee

peruskonfliktin johdannaista. Usein haastateltava itse kuvaa fokusta abstraktisti jonkin muiston tai mielikuvan muodossa. Kysyttäessä tutkittavalta, minkä hän näkee häiriön taustaksi tai syyksi, hän ilmaisee sen tyypistä sisältöä, joka vastaa haastattelijan muodostamaa kuvaa fokuksesta.

2. Fokus on määriteltävissä, mutta vasta toisella tai kolmannella haastattelukerralla. Muuten kuten kohdassa 1.

3. Yksityiskohtaisen fokuksen määrittely onnistuu samoin peruskonfliktin, mutta sille ei löydy suoranaista vastinetta tutkittavan antamassa aineistossa. Haastateltavan käsitys vaikeuden syistä vahvistaa konfliktialueen.

4. Fokuksen määrittely on mahdollista, mutta se jää yleisluonteiseksi. Teoreettisesti voidaan rakentaa hypoteesi peruskonfliktista, mutta sen johdannaistalle ei löydy yksityiskohtaista ilmaisua potilaan kertomassa. Lopputuloksena on teoreettinen hypoteesi ilman kliinistä vinjettiä. Haastateltavan käsitys vaikeuksista on yleisluonteinen.

5. Fokuksen määrittely on vaikeata. Se jää yleisluonteiseksi kuten riippuvuusongelma, eriytymättömyys, kyvyttömyys kohdata aggressiivisia tunteita jne. Vaihtoehtona on nykytilannetta kuvaava yleisluonteinen fokuksen muotoilu, josta puuttuu riittävä taustatieto peruskonfliktista. Haastateltavan käsitys vaikeuksista on epämääräinen.

6. Fokusta on lähes mahdoton määrittellä. On vaikea kuvitella sellaista fokusta, jonka kanssa alkaisi työskennellä lyhytpsykoterapiassa. Haastateltavan oma käsitys on epämääräinen.

7. Haastattelijalle jää hyvin epämääräinen kuva, haastateltavan soveltuvuus yleensäkin psykoterapiaan on kyseenalainen.

Kliiniset esimerkit

Fokaalinen (hyvä tai kohtalainen; SPS7=1–4): Potilaan kerronnasta käy ilmi, että tietty ongelmallinen kokemus tai vuorovaikutussuhteessa olemisen vaikeus tulee esille ydinongelmana, jonka ympärille muut ongelmat kietoutuvat. Fokus on tällöin määriteltävissä sanallisena muotoiluna, joka on yhdenmukainen potilaan itse kuvaaman (dynaamisen) ongelma-alueen kanssa. Esimerkki tällaisesta konfliktista on ”kiltti tyttö, jolta aina riittää aikaa muille”, ja jonka taustalla voi olla kohtuuttoman pitkälle menevä mukautuminen toisten (kuviteltuihin ja/tai todellisiin) tarpeisiin tai odotuksiin, mikä on eri vaiheissa elämää johtanut siihen, että omien tarpeiden kieltämiseen tai uupumukseen asti on ollut toisten käytettävissä. Ongelman perusmuoto on siten rajattu, vaikka oireet saattavat olla moninaisia.

Ei-fokaalinen (huono; SPS7=5–7): Potilaalla on monenlaisia ongelmia, joista mikään ei näyttäydä erityisen keskeisenä. Hänen kuvamansa vaikeudet voivat myös jäädä kokemuksellisesti etäälle tai epämääräisiksi. Esille voi tulla vaikeasti kuvattavaa psyykkisesti pahaa oloa, kaaosmaista tunnetta, luottamuspulaa, ihmisarkuutta; syvää häpeää on saattanut olla lapsuudesta asti; erilaisia traumoja, käytöshäiriöitä tai toimintakyvyn heikkenemistä. Mikään ongelmista ei ole sillä tavoin rajattu, että siihen keskittyvän lyhyen terapian voisi ennakoida lievittävän merkittävästi muita potilaan kokemia hoidollisia tarpeita.