

Pariterapia Q-set (PTQS) suomeksi:

Voidaanko tunnistaa jokin yhdeksästä terapiakoulukunnasta luokan erittäin tunnusomainen osioiden perusteella?

VEIJO PESONEN
Pro gradu – tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Toukokuu 2013

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

PESONEN VEIJO: Pariterapia Q-set (PTQS) suomeksi: Voidaanko tunnistaa jokin yhdeksästä terapiakoulukunnasta luokan erittäin tunnusomainen osioiden perusteella?

Pro gradu – tutkielma, 25 s.

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologia

Toukokuu 2013

ABSTRAKTI

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tutkia voidaanko (PTQS:n) pariterapia Q-set avulla löytää jokin tietty terapiasuuntaus silloin kun tarkastellaan luokkaan 9 (erittäin tunnusomainen tai keskeinen) kuuluvia osioita. Toinen tavoite oli tutkia voidaanko löytää terapiatilanteesta jokin tietty ominaisuus, terapeutin toiminta tapaamisen yleinen ilmapiiri tai parisuhde, osioista, jotka olivat luokassa 9.

Arviointi menetelmä kehitettiin 1950-60 luvuilla psykiatrisen yksilöterapian arviointimenetelmäksi. Menetelmä sisältää 100 osiota, jotka asetetaan yhdeksään luokkaan riippuen siitä miten tunnusomaista kyseinen osio on terapian kulun kannalta katsottuna. Arviointimenetelmä käännettiin suomeksi ja sovellettiin pariterapia käyttöön.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin luokassa 9 olleita osioita suhteessa psykodynaamiseen, kognitiivis- – behavioristiseen, tunnekeskeiseen, ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan, strukturaaliseen, strategiseen, milanolaiseen systeemiseen, narratiiviseen ja avoimen dialogin suuntauksiin. Tutkittavat olivat DINADEP – hankkeesta valittua 6 pariterapiaistuntoon osallistuvia pareja.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin fenomenologista, reflektioon ja tulkintaan perustuvaa menetelmää.

Tutkimus ei osoittanut minkään tietyn, yhden terapiasuuntauksen olleen tunnusomaista näissä arvioinneissa. Suuntaa-antavia terapiakoulukuntia kuitenkin nousi esiin: narratiivinen, avoimen dialogin, ratkaisukeskeinen, tunnekeskeinen, milanolainen systeeminen terapiakoulukunnat. Toisen tavoitteen tulokseksi nousi keskittyminen parisuhteeseen luokan 9 osioista.

Tutkimuksen otos oli kohtalaisen pieni, joten sitä ei voi laajasti yleistää tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

PTQS tarvitsee jatkotutkimuksia, koska siitä ei ole tehty aiemmin suomenkielestä käännöstä eikä Q-set'a ole tiettävästi käytetty aiemmin pariterapian tutkimiseen.

Avainsanat: Pariterapia Q-set(PTQS), psykodynaamisen, kognitiivis-behavioristinen, tunnekeskeinen, ratkaisukeskeinen, milanolainen systeeminen, strukturaalinen, strateginen, narratiivinen ja avoimen dialogin terapia.

JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella voidaanko suomennetusta Q-set arviointimenetelmästä löytää jokin/joitakin terapiasuuntaus pariterapiatapaamisissa. Terapia-arviointi Q-set'a on käytetty yksilöterapian hoidossa. Sillä on koetettu löytää niitä tunnusomaisia ominaisuuksia, jotka ennustaisivat hoidon hyvää lopputulosta (Ablon & Jones, 1999 Block, 1961). Terapia-arviointi Q- set'a ei ole aikaisemmin käännetty suomeksi. Tässä tutkimuksessa on käytetty Q – set arviointia, joka on käännetty pariterapiaan soveltuvaksi. Tietävästi Q-set arviointia ei ole käytetty pariterapiaan sovellettuna. Q- set'a kehiteltäessä oletettiin, että terapiasuuntauksella ei ole keskeistä merkitystä vaan Q – set'a voitiin käyttää minkä tahansa terapiasuuntauksen kanssa. Sitä kehittivät psykodynaamiseen ja kognitiivis- – behavioristiseen koulukuntaan kuuluvat terapeutit. He käyttivät joustavasti toistensa ajatuksia ja menetelmiä kehittäessään ja arvioidessaan Q-set menetelmää. (Ablon & Jones, 1999). Se kehitettiin alkujaan yksilöterapian arviointimenetelmäksi.

Perhe/pariterapian varhaiset vaiheet perusteiltaan olivat psykoanalyttisessa psykodynaamisessa ajattelussa. (Ackerman, 1958.; Bateson, 1958; Gerson, 1995; Goldenberg & Goldenberg, 2011 Watzlawick, 1978). Myöhemmin perheterapian kehittyessä nähtiin perheen rakenteen vaikuttavan jäsentensä hyvinvointiin. Parin yhteisillä mielenkiinnon kohteilla oli yhteyttä ja tyytyväisyyttä oleva vaikutus. Parisuhteen hyvinvoinnin avulla katsottiin olevan vaikutusta kroonisten sairauksien ja päihteiden liikakäytön hoidossa (Bertrand, Dufour , Wright, & Lasnier, 2008; Busby, Crane, Christensen, & Larson, 1995; Feinberg, Marni, & Megan, 2009; Greenberg, 2010; Goldenberg & Goldenberg, 2011; Harway, 2005; Hassan, Martin, Hudon, 2006; Johnson & Whiffen, 2003; Minuchin, 1974; Solomon, 2009; Spanier, 1976, 1988; Sullivan, 1996). Q – set arviointi menetelmä ei kuitenkaan itsessään tutkinut perheen rakennetta vaan terapian tunnusomaisia piirteitä hyvän hoidon ennustamiseksi.

Perheterapiassa on pyritty löytämään yleisiä tekijöitä (common factors), jotka vaikuttavat terapian onnistumiseen. Näitä ovat mm. asiakkaan ominaisuudet, terapeutin vaikutus, terapeuttinen suhde, odotukset terapiaa kohtaan, allianssi, empatia, yhteiset päämäärät ja terapeuttinen tekniikka, joita terapeutti käyttää (Scott ym.,2012; Wampold, & Budge, 2012). Arviointimenetelmä Q-set pyrkii tunnistamaan näille tekijöille tunnusomaisia ominaisuuksia ja siten pyrkii ennustamaan hoidon hyvää lopputulosta

(Ablon & Jones, 1999).

Pari- ja perheterapiassa terapian tuloksellisuutta on tutkittu paljon. Tutkimuksien näkökulmia ovat olleet terapioiden pituus, asiakkaiden ominaisuudet, terapeuttien ominaisuudet, terapiaprosessin vuorovaikutussuhde ja mitä terapeuttista suuntausta on käytetty. Muutoksen mittaamista on myös koetettu tutkia (Goldenberg & Goldenberg, 2011; Walhström, 2012).

Pariterapian tapahtumia on tutkittu kehittelemällä asteikko, jolla mitattiin parisuhteen tyytyväisyyttä, DAS, Dyadic Adjustment Scale. Parin tunnesuhdetta tutkittiin miten pari säätelee tunteitaan vastavuoroisesti. Parisuhde ajateltiin perustuvan varhaiseen vuorovaikutussuhteeseen. Parisuhde voidaan ajatella kuuluvan perheterapian viitekehykseen..

Q- set arviointimenetelmä luotiin 1950 – luvulla. Tuohon aikaan terveydenhuollon ammattilaiset olivat kiinnostuneita skitsofrenian hoidon tuloksista. Jack Block ja Enrico Jones kehittivät tuolloin menetelmän (Block, 1961; Eysenck, 1956; Stephenson, 1953). Alun perin Q-set psykoterapiaprosessi kehitettiin arvioimaan yhden tapaamisen ominaisuuksia (Ablon & Jones, 1999). Pää tarkoituksena oli löytää keskeiset osiot, jotka olisivat erittäin tunnusomaisia ja siten saattaisivat ennustaa hoidon hyvää lopputulosta. Psychotherapy Q-set on laadullinen arviointimenetelmä (Ablon & Jones, 1999). Psychotherapy Q-set'n kehittivät psykodynaamiseen koulukuntaan kuuluvat lääkärit (Ablon & Jones, 1999; Block, 1961). Ablon ja Jones (1998) antoivat psykodynaamisen ja kognitiivis-behavioraalisten asiantuntijoiden arvioida Q –set'a. Psykodynaamisesti orientoituneet terapeutit näyttivät tulkitsevan arviointimenetelmää monimuotoisemmin kuin kognitiivis – behavioristisesti orientoituneet terapeutit (Ablon, Levy, Smith-Jansen, 2011). Tuolloin oli vaikeaa osoittaa, mikä terapiasuuntaus oli tehokkaampi kuin jokin toinen suuntaus. Näytti siis siltä, että terapiasuuntauksella ei ollut merkitystä (Ablon ym., 2011).

Q – set'n avulla pyrittiin tunnistamaan terapiassa niitä elementtejä, jotka olivat erittäin tunnusomaisia tai ei lainakaan tunnusomaisia tarkasteltavassa terapiassa. (Ablon & Jones, 1999; Ablon, Levy, Smith-Jansen, 2011; Block, 1961). Psychotherapy Q-set'ä ei ollut tietävästi aikaisemmin testattu pariterapian arvioinnissa. Vielä ei tiedetä miten Q-set arviointi menetelmä soveltuu pariterapian tutkimiseen (PTQS). Pari- ja perheterapiassa alkujaan vaikutti psykodynaamisen suuntaus. Kuitenkin pari – ja perheterapiaa kehitettiin siten, että psykodynaamisia malleja sovellettiin perhetilanteisiin. Siten systeeminen näkemys alkoi kehittyä. Tässä tutkimuksessa otettiin yhdeksän terapiasuuntausta

psykodynaamisesta, kognitiivis-behavioraalisesta ja systeemisistä koulukunnista. Tällöin ne edustivat yleisimpiä terapiasuuntauksia. Tässä tutkimuksessa tutkittiin pariterapiaa sovellettuna Q- set arviointimenetelmään.

Psykoanalyttiset mallit painottivat oivallusta, motivaatioita, tiedostamatonta ja varhaista lapsi – hoitaja vuorovaikutussuhdetta. Tiedostamattomat psyyken sisäiset objektisuhteet ja nykyiset vuorovaikutussuhteet vaikuttavat toisiinsa (Goldenberg & Goldenberg, 2011; Walsh, 2003). Psykoanalyttikko Nathan Ackerman(1958) sovelsi psykoanalyttisiä näkökulmia perheisiin. Hänen mukaansa perhe oli dynaaminen psykososiaalinen yksikkö. Vuorovaikutus biologisesti ohjautuvien viettien (psykoanalyttinen käsitys), perheen ja sosiaalisen ympäristön (yksilö- ympäristö käsitys) kanssa olivat ristiriidassa. Ackerman pyrki luomaan psyyken sisäistä sanastoa, jota voisi käyttää perheiden diagnostisoimiseen ja hoitoon (Ackerman, 1958; Goldenberg & Goldenberg, 2011; Livingston, 2004). Hän näki perheen persoonallisuuksien vuorovaikutusjärjestelmänä. Jokainen yksilö on perheen alayksikkö, kuten perhe on yhteiskunnan alayksikkö (Ackerman, 1958; Minuchin, 1974).

Melanie Kleinin mukaan lapsella on sisäinen valmius vihaan ja rakkauteen. Ennen kielen oppimista lapsi näkee maailman objekteina. Kleinin mukaan vietit (pyrkimykset, vaistot) ohjaavat sisäisesti objekteja kohti (St. Clair, 2000; Scarff & Scarff, 1997). Objekti – suhde teoria vei ajattelua kohti dyadia, kahden välistä suhdetta. Psyyken sisäisillä, ratkaisemattomilla ongelmilla ja ristiriidoilla on taustansa lapsuuden perheessä. Ne tulevat esiin nykyperheessä suhteissa läheisiin ja sisaruksiin (Framo, 1981).

Tunnekeskeisessä terapiassa pyrittiin auttamaan paria muodostamaan uudelleen toimimaton suhde. Hyökkääminen ja puolustautuminen, ”päälle käyminen” ja etäisyyden ottaminen ovat ilmiöitä parisuhteen tunteiden negatiivista säätelyilmiöistä (Dallos & Vetere, 2012; Goldenberg & Goldenberg, 2011; Greenberg, 2010). Tunteiden säätelyilmiöt saattavat muodostua tavaksi olla suhteessa. Parisuhde saattaa olla jäykkä ja tunteella kuormitettu. Tämä estää läheisyyden, luottamuksen ja ehkäisee uusien vuorovaikutusmallien kehittymisen.

Terapiassa pyritään muokkaamaan molempien emotionaalista kokemusta. Ne asemat, jotka osapuolet ottavat suhteessaan, määrittelee kiintymisen laadun. Tämän tiedostaminen auttaa muodostamaan turvallista kiintymystä (Greenberg, 2010; Johnson & Greenberg, 1995; Johnson & Whiffen, 2003). Parin molemmilla henkilöillä on aktiivinen rooli muodostaessaan vuorovaikutusta parisuhteessa.

Parisuhteen perusta on varhaisessa hoitaja- lapsi vuorovaikutussuhteessa. Tällöin

varhainen kiintymyssuhde vaikuttaa aikuisuudessa parisuhteen laatuun. Kaikki ihmiset tarvitsevat suojelua ja turvallisuuden tunnetta. Kun parisuhteessa on ongelmia, nämä tarpeet ovat estettyinä parin jäykkien vuorovaikutussuhteiden vuoksi. Silloin ilmenee pelon tai hylätyksi tulemisen tunnetta. Tämä taas johtaa tunnereaktioihin, jotka ylläpitävät jäykkää suhteen vuorovaikutusta. Kumppanit tuntevat ja näyttävät sekundaarisia tunteita kuten puolustautumista ja tunteilla voimakkaasti reagoimista. Tällöin he saattavat ilmaista vihaa tai syyttämistä kun he ovat peloissaan tulla hylätyksi. Pari pelkää tällöin tuoda esiin primaarisia tunteita, kuten turvallisuuden tunteen tarvetta (Dallos & Vetere, 2012; Goldenberg & Goldenberg, 2011; Greenberg, 2010). Tunnekeskeisessä pariterapia-ajattelussa oli taustalla mindfulness ajattelua. Tässä ajattelussa ei pyritä vastustamaan tai torjumaan esille tulevia tunteita. Ne annetaan olla. Terapiassa pyritään mielikuvien ja harjoitusten avulla löytämään ajankohtaisesti tuntemaa tunnetta syvempänä oleva tunne (Greenberg, 2010; Johnson & Whiffen, 2003; Johnson, Mäkinen, & Millikin, 2001; Nelson, 2005). Terapian fokus on kahden henkilön välisessä prosessissa. Tavoitteena on, että pari tutkii sisäisiä tunteitaan. Tarkastelun alla ovat myös suhteen tapahtumat ja jäykät kaavamaisuudet, jotka estävät paria liittymästä toisiinsa tunnetasolla (Johnson & Whiffen, 2003). Terapeutin rooli on helpottaa tunteiden löytämistä ja tutkimista. Terapeutin roolina on myös ”valmentaa” paria tutkimaan ja käsittelemään tunteitaan. Tunteiden kontrollointi ja tunteiden välttely on myös keskiössä (Dallos & Vetere, 2012; Goldenberg & Goldenberg, 2011; Greenberg, 2010).

Kognitiivis- -behavioristisessa terapiassa tarkkailtiin perheen ongelmallista käyttäytymistä. Kognitiivis- -behavioristisessa terapiassa yksilö nähtiin käyttäytyvän vastavuoroisen vuorovaikutuksen tuloksena, pyrkien kontrolloimaan sosiaalista ympäristöään. Keskiössä ei ole psyyken sisäinen dynamiikka. Kognitiivis- -behavioristisessa terapiassa pyritään luomaan havaintoihin perustuva uusi rakenne vuorovaikutuksesta. Yksilö pyrkii määrittämään havaintojen perusteella itsensä uudelleen. Skeemat ovat muodostuneet eletystä elämästä. Ne vaikuttavat käsikirjoituksen tapaan perheen ja yksilön elämään. Negatiiviset skeemat aiheuttavat ongelmia. Skeemojen ajatellaan olevan yksilön asenteita ja ydin uskomuksia maailmasta ja ihmissuhteista. Skeemat aktivoituvat uusissa tilanteissa. Skeemat ohjaavat toimintaa. Nämä vaikuttavat myös parisuhteessa. Kun henkilö joutuu tilanteeseen, mikä muistuttaa tilannetta, jossa skeema alun perin muodostui, henkilö ottaa skeeman käyttöön niin hyvässä kuin pahassa. Terapiassa keskitytään konkretiaan, havaintoihin, ajatuksiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Parisuhteessa tavoitteena on löytää positiivinen vastavuoroinen vuorovaikutus (Beck,

1976; Beck ym., 1961; Goldenberg & Goldenberg, 2011; Jacobson & Margolin, 1979; Lieberman, 1970; Stuart, 1969).

Murray Bowen kehitti systeemisen tavan tutkia perhettä. Hän painotti sukupolvien välistä näkemystä. Perhe on emotionaalinen vuorovaikutusjärjestelmä, systeemi. Perheessä tapahtuvat asiat ovat itsenäistyminen, kolmiosuhteet, triangulaatiot, lapsuuden perheen emotionaalinen systeemi, monisukupolvinen kulttuurin välittäminen ja sisarusuhteet (Glik, 2005; Goldenberg & Goldenberg, 2011).

Strukturaalisessa perheterapiassa perhe toimi hyvin kun perheen rakenteet olivat selkeät (Minuchin, 1974). Hierarkiat sukupolvien välillä ovat tärkeitä. Lämpäisevät rajat antavat informaation ”vuotaa” hierarkian tasolta toiselle, esimerkiksi lasten ja aikuisten välillä. Strukturaalisessa lähestymisessä pyritään huomaamaan toimimattomia kommunikaatiotapoja ja vuorovaikutussuhteita. Yksilön ongelmat voidaan parhaiten ymmärtää kun niitä tarkastellaan perheen vuorovaikutus mallien avulla. Ennen kuin oireilua voidaan hoitaa, tulee perheen rakenteiden muuttua. Terapeutin rooli on aktiivinen ja ohjaava rakenteiden muutokseen johtavana (Goldenberg & Goldenberg, 2011).

Rajat perheen sisällä vaihtelevat joustavasti ja läpäisten. Lämpäisyn aste auttaa perheen jäseniä päättämään kontakteiden määrästä muiden perheen jäsenten kanssa. Selkeästi määritellyt rajat alasysteemien välillä pitävät yllä erillisyyttä systeemien välillä. Ne myös alleviivaavat perhesysteemiin kuulumisen tunnetta. Jäykät rajat aiheuttavat läpäisemättömiä rajoja alasysteemien välillä. Kun lapsi alkoi itsenäistyä perheessä, jossa olivat jäykät ja läpäisemättömät rajat, oli hintana lapsella tunne siitä, että lapsi oli erossa perheestään. Kun taas rajat olivat epäselvät ja kovasti läpäisevät, oli lapsella tunne siitä, että vanhemmat tunkeilivat hänen elämäänsä. Lapsen yksityisyys oli uhattuna. Jos taas perheessä ei ollut sukupolvien hierarkkisia rajoja, lasten ja aikuisten roolit saattoivat vaihtua keskenään. Perheen jäsenen tunne itsestä ja persoonallisesta identiteetistä saattoi olla vaikea muuttaa myöhemmin aikuisuudessa (Minuchin, Montalvo, Guernay, Jr Rosman, & Schumer. 1967).

Perheet toteuttavat perustehtävänsä perheinä organisoitumalla alasysteemeihin. Yleensä ne ovat hierarkkisesti järjestyneitä. Tyypillisiä alasysteemeitä ovat sukupuoleen (nainen – mies), sukupolviin (lapsi – aikuinen), yhteisen kiinnostuksen kohteiden (sosiaalisuus- älykkyys) tai vastuiden (kenen vastuu oli mikäkin missäkin tehtävässä) liittyvät seikat. Jokainen perheen jäsen on yhtä aikaa monissa alasysteemissä (Minuchin, 1974; Goldenberg & Goldenberg, 2011). Terapian avulla koetetaan muuttaa stereotyyppisiä vuorovaikutuskaavoja perheessä. Terapeuttinen prosessi etenee tyypillisesti

siten, että: 1. liitytään perheeseen ja järjestäytytään terapiaan, 2. arvioidaan perheen vuorovaikutusta, 3. tarkkaillaan perheen toimimattomia tapoja ja 4. rakennetaan uudestaan vuorovaikutus järjestelmiä (Colapinto, 2000). Strukturaalinen terapia kohdistuu poissaoleviin tai jäykkiin rajoihin (Goldenberg & Goldenberg, 2011; Minuchin 1974).

Strategisessa mallissa ajateltiin, että oireet pysyivät yllä käyttäytymisen vuoksi. Käytös pyrki tukahduttamaan oireita (Asen ym., 1991). Strategisessa terapiassa terapeutti koettaa poistaa epätoivotun käyttäytymisen kaavan. Terapeutti koettaa jäljittää vuorovaikutuksen kaavoja (Goldenberg & Goldenberg, 2011). Strategisessa terapian teoriassa oletetaan, että kaikki käyttäytyminen jollakin tasolla on aina kommunikointia. Kommunikaatio saattaa esiintyä usealla eri tasolla yhtä aikaa. Kommunikaatioksi katsotaan sanat, eleet, kehon kieli, äänen sävy, kehon asento ja viestin intensiteetti. Kaikki kommunikaatio tapahtuu kahdella tasolla. Tasot ovat pintataso ja sisältötaso. Sisältötasoa sanotaan metakommunikaatioksi. Metakommunikaatiossa määritellään laadullisesti se, mitä sanottiin ensimmäisellä, pintatasolla. Ongelmia ilmenee kun ensimmäisellä tasolla ollut viesti on ristiriidassa toisen tason viestin kanssa. Ristiriita saattaa ilmetä esimerkiksi sanojen ja kasvojen ilmeiden tai äänen painon kohdalla. Kaikessa kommunikaatiossa on ilmoitus (pintataso) ja hallinta (sisältötaso) näkökulmat.

Strategisessa terapiassa ajatellaan, että suhteita määritellään hallintatasolla. Näillä viesteillä pyritään määrittelemään kommunikaation kaavat, jotka tasapainottavat suhteita ja määrittelevät perheen säännöt. Tällöin säännöt pitävät yllä perheen homeostaasia (Glik, 2005; Goldenberg & Goldenberg, 2011; Watzlawick ym., 1974). Vuorovaikutussuhteet voidaan nähdä symmetrisinä tai täydentävinä. Symmetrinen suhde on silloin kun toisen kommunikoidessa tietyllä tavalla, toinen vastaa vielä enemmän kyseisellä tavalla, esimerkiksi huutamalla kovempaa. Symmetrisillä suhteilla saattaa olla vaarana tulla kilpaileviksi suhteiksi, mikä on uuvuttavaa. Kommunikointi saattaa kehittyä spiraalimaiseksi eskalaatioksi. Täydentävä suhde perustuu epätasa-arvoon ja erilaisuuden maksimointiin. Tällaisessa vastavuoroisessa suhteessa puoliset olettavat toistensa asettuvan tiettyyn asemaan suhteessa, esimerkiksi toinen on dominoiva ja toinen on alistuva.

Kaksoissidoksella tarkoitettiin sitä, että henkilön viestit sisälsivät yhtä aikaa kaksi tasoa. Tällöin vastaanottava henkilöllä joutuu paradoksaaliseen asemaan. Kaksoissidoksessa henkilön on mahdoton vastata oikein tai väärin, hän on sidottu, esimerkiksi: ole spontaani – käsky! Tavallisesti kaksi ehtoa pitää täyttyä: vuorovaikutussuhde on täydentävä ja vastaaja ei voi vältyä paradoksaaliselta ristiriidalta (Goldenberg & Goldenberg, 2011; Watzlawick ym., 1974).

Terapiassa on ensimmäisen asteen muutoksia ja toisen asteen muutoksia. Ensimmäisen asteen muutokset ovat pinnallisia käytöksen muutoksia. Ne eivät muuta perhesysteemiä. Nämä muutokset ovat yleensä kosmeettisia ja lineaarisia, syys – seuraus muutoksia. Niillä saattaa olla hyvät tarkoitusperät perheen näkökulmasta katsottuna. Toisen asteen muutokset vaikuttavat perheen rakenteisiin ja kommunikaatioon syvällisesti.

Systeemisen milanolaisen perheterapian tiedemiesryhmä Boscolo, Cecchin, Prata ja Palazzoli(1978, 1980) keksivät uuden tavan, hahmottaa perheen dynamiikkaa. Batesonin tutkimuksiin perustuen (Bateson, 1965, Jones, 1992) he loivat uuden tavan haastatella perhettä. He keskittyivät perheen systeemiin, kommunikaatioon ja perheen jäsenten väliseen dynamiikkaan. Eräs heidän löydöksistään oli paradoksi ja vastaparadoksi. Paradoksi perheen dynamiikassa tarkoittaa sitä, että perhe toimii sellaisella logiikalla, että sillä on vaikeuksissa dynamiikan, kommunikaation ja systeemin suhteen.

Vastaparadoksi tarkoittaa sitä, että terapeutit saavat perheen toimimaan haluamallaan tavalla ”haitallisesti”. Tämä johtaa siihen, että perhe vastustaa terapeuttien ehdotuksia ja alkaa toimia paremmin (Goldenberg & Goldenberg, 2011; Selvini ym.,1978).

Tiedemiesryhmä kehitti myös kehämäisen kyselytavan. Se tarkoittaa, että he kyselivät perheen dynamiikasta, vuorovaikutussuhteista ja uskomuksista toisen perheen jäsenen näkökulmasta kuin hänen, josta puhuttiin. Esimerkiksi terapeutti saattoi kysyä tyttäreltä mitä hän ajattelee isän ja äidin suhteesta. He kehittivät myös positiivisen konnotaation mukaan ottoa terapiaan. Se merkitsee sitä, että perheelle annettiin palautetta heidän toimintansa logiikasta, olipa se miten vaikeaa tahansa. Tämä auttoi ja rohkaisi perhettä ymmärtämään, että heidän oli toimittava siten kuin he toimivat säilyttääkseen perheen (Asen, 2002; Goldenberg & Goldenberg, 2011; Jones, 1992).

He kehittivät myös neutraliteetin käsitettä. Se ei tarkoita passiivisuutta vaan sitä, että kunkin perheen jäsenen ääni tulee kuulluksi (Duba, 2010; Goldenberg & Goldenberg, 2011). He käyttivät myös hypoteesien asettelua terapian alussa ja sen kuluessa. Hypoteesin asettamiselle he pyrkivät suuntaamaan terapiaa oikeisiin uomiin. Hypoteeseja jouduttiin kuitenkin tarkistamaan terapian kuluessa jos asetettu hypoteesi ei toiminut (Goldenberg & Goldenberg ,2011; Jones, 1992; Selvini ym.,1980).

Ratkaisukeskeisen lyhytterapian ajattelussa ongelmiin liitettiin vahvasti tunteet. Pari pyrki tietoisesti olemaan välittämättä niistä. Terapiassa keskiössä ovat ne kerrat kun pari on onnistunut ongelmien ratkaisuisissa. Onnistuneet poikkeukset ovat terapian perusta. Terapiassa keskitytään muutokseen. Tavoitteena on siirtyminen ongelmapuheesta ratkaisupuheeseen. Sen sijaan, että terapeutti pohtisi ongelmien syntyä, hän keskittyy

ongelmien ratkaisuihin. Onnistuneet poikkeukset ongelman ratkaisussa ovat keskeistä (Berg & de Shazer, 1993; De Castro & Guterman, 2008; Goldenberg & Goldenberg, 2011; Sholam ym., 1995).

Narratiivisessa terapiassa ajatellaan henkilöiden kertomusten kuvaavan ympäröivää maailmaa. Tarinat eivät kerro kertojista vaan kertojat ovat tarinoita. Narratiivinen näkökulma näki perheen olleen itseään puolustavien ja negatiivisten tarinoiden kyllästävä kun perheellä oli ongelmia. Ongelmat koettiin ulkoistaa. Tällöin henkilö itsessään ei ollut ongelma, vaan ongelma oli erillinen. Narratiivisessa terapiassa pyritään kirjoittamaan uudelleen parin/perheen ongelmia koskeva tarina. Tällöin perhe pystyy arvioimaan ongelmiaan uudelleen ja mahdollisesti muuttamaan jotakin. Kertoessaan vaihtoehtoista tarinaa perheet saavat uuden näkökulman ongelman ratkaisuun. Vaihtoehtoisen tarinan suuntana on tulevaisuus. Perhettä rohkaistaan puhumaan unelmistaan, toiveistaan ja uskomuksistaan. Tarinoiden muutos ilmenee siten, että tarinat ovat monivaihteisempia ja rikkaampia. Tällöin myös niin sisäinen kuin ulkoinenkin kerrottu tarina muuttuu realistisemmaksi. Tarinat ovat henkilöiden välissä ja henkilöissä. Jokaisella jäsenellä on oma ainutlaatuinen tarina. Terapeutin tehtävänä on tehdä mahdolliseksi uusi, vaihtoehtoinen tarina (Beres, Bowles, Fook, 2011; Duba ym., 2010; Goldenberger & Goldenberger, 2011; Lysaker ym., 2003; May ym., 2005; Unger, 2006; Van Wyk, 2008; White, 1995).

Avoimen dialogin näkökulma pari/perheterapiaan perustui merkitysten muodostumiselle keskustelussa. Merkitykset olivat keskustelijoiden välissä, eivät vain yhden keskustelijan merkityksen annossa. Merkityksillä oli ainutlaatuinen luonne. Moniäänisyys oli keskeistä avoimen dialogin terapiassa. Terapeutti ei ole tulkitsija tai keskustelujen selittäjä. Samoin intervention luonne muuttuu. Avoin dialogi itsessään on interventio. Terapeutti on osa osallistujien vastavuoroista prosessia kysymisestä ja vastaamisesta. Terapeutti ei siis anna tulkintaa tai selitystä keskustelusta. Pikemmin terapiassa pyritään huomioimaan kaikkien osapuolten äänet (Seikkula, 2002; Seikkula & Trimble, 2005).

Jokainen tapaaminen on ainutlaatuinen (Bakhtin, 1984). Aikaisempien keskustelujen teemat antavat lisää tarkoitusta meneillään olevaan keskusteluun. Terapian alku on tärkeää. Tällöin kaikkien äänten annetaan kuulua. Tämä auttaa terapisysteemiä sietämään ahdistusta ja stressiä. Kukin keskustelija perustaa oman vastauksensa tai kysymyksen edellä kuultuun. Keskustelija tällöin tuo esiin oman merkityksen keskusteluun. Päätökset terapian jatkosta tehdään yhdessä vasta keskustelun lopuksi.

Avoimessa dialogissa on kaksi tärkeää elementtiä, hoitojärjestelmän organisoituminen ja dialogisen prosessin eteenpäin vieminen. Terapian kuluessa käydään reflektiivistä keskustelua. Tämä auttaa keskustelijoita kokoamaan ajatuksia. Refleksiivisen vaiheen jälkeen asiakkaat voivat kommentoida kuulemaansa. Refleksiivinen vaihe on yksi keino reagoida kuultuun.

Avoimen dialogin keskustelussa vahvat tunnekokemukset voidaan jakaa osallistujien kesken. Tämä auttaa sietämään erilaisia tunteita. Hoitoryhmän jäsenet ovat tällöin tietoisia omista tunteistaan. Ne resonoivat terapiaistunnon tunteihin. Tunteiden tullessa ilmi on tärkeää sanoittaa niitä. Tunteiden ilmaisu saattaa olla kehollista, esimerkiksi kyyneleitä silmissä, asentojen jäykkyyttä, kasvojen ilmeitä tai pala kurkussa tunne. Kuunteleminen on keskeinen osa prosessia. Avoimessa dialogissa pyritään auttamaan asiakasta luomaan kommunikaation avulla positiivista kuvaa itsessään. Avoimessa dialogissa muodostetaan merkityksiä henkilöiden välissä. Siinä ei pyritä antamaan valmiita tulkintoja tai selityksiä. (Linell, Gustavsson & Juvonen, 1998; Seikkula, 2002; Seikkula & Trimble, 2005).

Avoimessa dialogissa on mahdollisuus luoda uusi kieli, jolla voidaan ilmaista vaikeita tunteita ja ajatuksia, jopa psykoottisia. Keskeistä on se, että keskustelu on moniäänistä. Ristiriitaisille teemoille on myös sijaa. Avoin dialogi eroaa monoloogisesta terapiasta siten, että kaikkien istuntoon osanottajien äänet ovat samanarvoisia. Avoimessa dialogissa keskiössä ei ole perheen systeemin tai kommunikaation tutkiminen. Avoimessa dialogissa ajatuksena on luoda tila jaetulle kokemukselle ja uudelle kielelle. Tämän ajatellaan luovan uutta ymmärrystä. Perhettä ei nähdä hoidon kohteena tai oireiden syynä (Seikkula, 2002). Edellä kuvattujen terapeuttisten lähestymisuintausten on ajateltu edustavan tänä päivänä yleisimpiä terapiakoulukuntia.

1. Tämän tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää voitiinko PTQS, luokan erittäin tunnusomainen tai keskeinen, perusteella löytää jokin/joitakin terapiasuuntauksia. Aikaisempien tutkimusten perusteella (Ablon ym. ,2011) esitettiin, että PTQS sopii käytettäväksi kaikissa terapiasuuntauksissa.

2. Toinen tavoite oli selvittää painottuiko jokin näkökulma terapeutin työskentelystä, parisuhteesta tai yleisestä terapian ilmapiiristä erittäin tunnusomaisena tai keskeisenä.

TUTKITTAVAT JA MENETELMÄ

Tutkittavat osallistuivat DINADEP – projektiin. Projektissa tutkittiin pariterapiaa masennuksen hoidossa (Seikkula, 2009). Kuusi pariterapia istuntoa valittiin sattumanvaraisesti 29 tapauksesta. Kolme tapaamista oli samalta parilta ja kolme eri pareilta. Tapaamiset tutkittiin DVD äänitysten ja tietokoneen ulkoisen kovalevyn avulla. Tapaamisissa olleiden terapeuttien koulutuksena oli erityistason perheterapiakoulutus. Tämä koulutus kestää 3-4 vuotta ja se on VALVIRAN hyväksymä.

Psychotherapy Q-set arviointimenetelmä on sadan osion asteikko. Se suunniteltiin alun perin skitsofreniapotilaiden hoidon ominaisuuksien seuraamiseksi. Menetelmä on monologisiin perustuva. Tällöin tutkimuksen kohteena on yksittäinen potilas (Block, 1961; Eysenck, 1956; Stephenson, 1953). Tässä tutkimuksessa sovellettiin Q-set arviointia parisuhteissa (PTQS). Tutkimuksessa olleet kuusi pariterapiatapaamista kuuluivat DINADEP- tutkimushankkeeseen. Heidän terapiaistaan tutkittiin erityisesti erittäin tunnusomaiset osiot. Kaksi tutkijaa kävi sata osiota läpi kussakin terapiatapaamisessa. Tällöin saatiin 60 osiota, jotka olivat erittäin tunnusomaisia..

Q-set:ssa on sata osiota, jotka kuvaavat terapeutin käyttäytymistä (n=41), potilaan käyttäytymistä (n=40) ja terapeutin ja potilaan suhdetta (n= 19) (Ablon ym., 2011). Molemmat, kongitiivis –behavioraalinen tai psykodynaaminen hoito ja strategiat, korreloivat positiivisesti tulokseen. Tästä seurasi, että erilaiset terapiasuuntaukset saattoivat lainata tekniikoita toisiltaan (Ablon ym., 2011). Q-set on moniulotteinen, joten sitä voidaan käyttää monissa terapeuttisissa suuntauksissa. Terapiasuuntaukset eivät kuitenkaan ole arvioinnin keskiössä. Usein terapeutit siirtyvät joustavasti suuntauksesta toiseen tilanteen niin vaatiessa (Ablon ym., 1998). Q-set'n sata osiota asetetaan yhdeksään luokkaan. Kukin osio ilmaisee, miten tunnusomainen tai miten ei- tunnusomainen se on terapiaprosessissa. Laadullisena tutkimusmenetelmänä Q –set on käytännöllinen väline terapiaprosessin arviointiin. Siinä tarkastellaan asenteita, käyttäytymistä, potilaan kokemista, terapeutin toimintoja ja terapeuttista ilmapiiriä koko terapian aikana (Sirigatti, 2004).

Perheterapeutti, psykologi Pekka Peura (Peura, 2012) Kuopion yliopistosta on kääntänyt sata osiota ja yhdeksän luokkaa suomeksi ja soveltanut osiot pari – terapiaan sopiviksi (PTQS). Q-set'n perehtyneet asiantuntijat arvioivat sata osiota niin neutraalisti kuin he voivat. Jako luokkiin noudattaa normaalijakaumaa. Äärimmäisen tunnusomaisessa luokassa on viisi osiota ja äärimmäisen ei – tunnusomaisessa luokassa on myös viisi osiota.

Osio 22. Terapiaistunnossa käydään reflektiivistä keskustelua.

Arvioi tunnusomaiseksi, jos terapeutti tai terapeuttityöpari reflektoi kuulemaansa keskustelua tapaamisen kuluessa. Reflektoinnilla tarkoitetaan istunnon aikana kuultujen asioiden herättämien vaikutelmien, ajatusten, tunteiden tai mielipiteiden pukemista sanoiksi siten, että pariskunta voi hetkellisesti asettua kuuntelijan rooliin ilman välitöntä odotusta keskusteluun osallistumisesta. Terapeutti voi pyytää pariskuntaa kuuntelemaan hänen ja työparin keskinäistä keskustelua ja tämän jälkeen tarjota pariskunnalle mahdollisuutta kommentoida kuulemaansa. Työparin reflektiivinen keskustelu voi myös tapahtua luontevasti keskustelun lomassa ilman erillistä ohjeistusta. Yksin työskentelevä terapeutti voi puhua ääneen vaikutelmiaan tai pyytää toista puolisoa hetkeksi kuuntelemaan hänen ja toisen puolison keskustelua.

Arvioi ei-tunnusomaiseksi, jos istunnossa ei käydä tällaista reflektiivistä keskustelua.

Arvioi neutraaliksi/merkitykseltään vähäiseksi, jos reflektointi ei luontevasti soveltuisi istuntoon. Esimerkiksi terapeutti teettää pariskunnalla erilaisia vuorovaikutusharjoituksia koko

Esimerkki osio 22. ohjeistuksesta (Ablon, 1999; Jones, 1985, Peura, 2012).

Keskimmäinen luokka 5, on neutraalein ja sisältää vähiten informaatiota tapaamisesta. Yhtäältä äärimmäiset luokat ovat mielenkiintoisia, koska ne kertovat terapiaprosessista eniten. Toisaalta keskimmäiset luokat ovat vaikeimpia ja aikaa vievempiä arvioida, koska vivahde erot ovat hiuksen hienoja. Arvioinnit voidaan tehdä kuva- ja ääninauhoilta, DVD-levykkeiltä, ulkoiselta kovalevyiltä tai transkriptioituista tekstiä.

Luokkien normaalijakauma toteutetaan seuraavasti:

Luokka	Korttien lukumäärä	Luokan kuvaus
9	5	Erittäin tunnusomainen tai keskeinen
8	8	Hyvin tunnusomainen tai keskeinen
7	12	Kohtalaisen tunnusomainen tai keskeinen
6	16	Jossain määrin tunnusomainen tai keskeinen
5	18	Suhteellisen neutraali tai vähäpätöinen

4	16	Ei juurikaan tunnusomainen tai keskeinen
3	12	Kohtalaisen vähän tunnusomainen tai keskeinen
2	8	Hyvin vähän tunnusomainen tai keskeinen
1	5	Erittäin vähän tunnusomainen tai keskeinen

Tutkijoiden välillä ollutta refleksiivisyyttä pidetään reliabiliteettia lisäävänä tekijänä (Singh & Shelton, 2011; Stiles, 1993, 2003). Alun perin Q-set arviointi menetelmä oli tarkoitettu monologin arvioimiseen yksilöterapiassa. Pekka Peura on kääntänyt osiot suomeksi ja soveltanut ne pariterapiaan soveltuviksi Pariterapia Q-set (PTQS). Käännettyjä ja sovellettuja osioita testattiin terapia-alan kouluttajilla ja asiantuntijoilla. He edustivat erilaisia terapiakoulukuntia. Kolmen muutoskierroksen jälkeen päästiin yhteisymmärrykseen osioiden soveltumisesta pariterapian tutkimiseen.

Tässä tutkimuksessa käytettiin reflektiivistä, tulkinnallista ja kuvaavaa menetelmää analyysissa. Reflektio tehtiin kolmen arvioitsijan avulla. Analyysi tehtiin induktioon perustuen. Kukin (9) terapeutin lähestyminen laitettiin pohjaksi, jota vasten tutkittiin tulkittiin ja refleктоitiin 60 osiota luokassa 9 (erittäin tunnusomainen tai keskeinen (Pitkäranta, 2010). Useat luokassa 9 kuuluvat osiot toistuivat eri istunnoissa ja eri terapiasuuntauksissa. Tulkitsevaa lähestymistä käytettiin jaettaessa luokka 9 osiot kunkin terapianäkökulman kohdalle. Muistiinpanoja tehtiin ja lajittelu toistettiin. Toisto toi lähes samankaltaisen tuloksen. Samalla tavalla tutkittiin terapeutin työskentelyä, parisuhdetta koskevia osioita ja yleisestä terapian ilmapiiristä olevia osioita.

PILOTTIVAIHE

Arvioitsijat, kaksi henkilöä, saivat yhden päivän perusteellisen koulutuksen PTQS:n suomalaiseen versioon. Se sisälsi historian, kehittelyn ja osioiden harjoituslajittelun asettamisen luokkiin pakotettuna normaalijakaumaan. Tämän jälkeen oltiin aktiivisesti yhteydessä osioiden kääntäjään ja tulkintoja väittämistä tarkistettiin.

Koulutuksen jälkeen tutkijat harjoittelivat PTQS:aa. Yritettiin muodostaa yhteinen tapa tulkita osioita eri luokkiin. Pilottivaihe kesti 20 tuntia yhteensä ja siinä oli yhteensä kuusi eri istuntoa. Aluksi tehtiin yhdessä tulkinnat ja lajittelu, lopussa toimittiin itsenäisesti ja riippumattomasti. Tulkinnat alkoivat olla melko samankaltaisia. Kääntäjää konsultoitettiin pilottivaiheessa ja hänelle annettiin palautetta. Konsultoimalla, tekemällä harjoituslajitteluja, tutkien Q-set teoriaa ja aktiivisesti keskustellen tulkinnoista luotiin reliabiliteettia tutkimukselle. Kolmannen harjoittelulajittelun jälkeen alettiin olla melko yksimielisiä siitä mitkä osiot tulivat äärimmäisiin luokkiin 1 (erittäin vähän tunnusomainen tai keskeinen) ja 9 (erittäin tunnusomainen tai keskeinen) (Lincoln & Cuba, 1985; Wahlström, 1992). Pilottivaiheen aikana palautteen perusteella kääntäjä teki pieniä muutoksia osioiden käännöksiin. Lajittelijat eivät tienneet toistensa lajitteluja. Ensi vaikutelman perusteella tulkinnat olivat kohtalaisen samankaltaisia. Vaikeinta oli tulkita luokka 5 (suhteellisen neutraali tai vähäpätöinen) ja luokka 1 (erittäin vähän tunnusomainen tai keskeinen) välillä.

RELIABILITEETTI

Inter-rater reliabiliteetti korrelaatiot tehtiin SPSS tilasto-ohjelman avulla. Pearsonin korrelaatiokerrointa käytettiin. Reliabiliteetit laskettiin kaikista sadasta osiosta kahden ja kolmen tutkijan lajittelussa. Inter-rater korrelaatiot tehtiin kolmesta peräkkäisestä paritapaamisesta. Kahta ja kolmea lajittelijaa käytettiin, 1. tapaaminen: 0.56, 2. tapaaminen: 0.32 ja 3. tapaaminen: 0.60. Todettiin reliabiliteettien olleen riittäviä. Lajittelu tehtiin itsenäisesti riippumattomasti. Lisäksi koko tutkimuksen ajan käytiin reflektiivista keskustelua luokittelijoiden kesken.

TULOKSET

Tämän tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää voidaanko PTQS luokka 9, (erittäin tunnusomainen tai keskeinen) perusteella löytää jokin/joitakin terapiasuuntauksia. Q-set arvioinnin alkuperäisenä ajatuksena oli, että arviointi menetelmä sopii usealle

terapeuttiselle suuntaukselle (Ablon ym., 2011).

Tutkimus ei osoittanut mitään erityistä terapiasuuntausta ylitse muiden suuntausten. Kuitenkin jotakin suuntaa antavaa löytyi. Kun tarkasteltiin luokassa 9:ssä olevia osioita, narratiivista, ratkaisukeskeistä, avoimen dialogin, milanolaista ja tunnekeskeistä terapiasuuntauksia, näitä tukevia kuvauksia tuli esiin. Vähemmin tuli esiin strukturaalinen, strateginen, kognitiivis-behavioristinen ja psykodynaaminen terapiasuuntaus.

Taulukko 1. Systemisen-, tunnekeskeisen-, ratkaisukeskeisen-, narratiivisen- ja avoimen dialogin suuntauksen erittäin tunnusmaiset osiot.

Systeminen milanolainen	Tunnekeskeinen terapia	Ratkaisukeskeinen lyhytterapia	Narratiivinen terapia	Avoin dialogi
Osio 17. Terapeutti on aktiivinen vuorovaikutuksessa.	Osio 6. Terapeutti on sensitiivinen puolisoiden tunteille eli on empaattinen	Osio 17. Terapeutti on aktiivinen vuorovaikutuksessa	Osio 22. Terapiaistunnossa käydään reflektiivistä keskustelua.	Osio 6. Terapeutti on sensitiivinen puolisoiden tunteille eli on empaattinen.
Osio 41. Kiintymyssuhteiden, perhetaustojen tai sukuhistorian vaikutusta pariskunnan elämään tutkitaan	Osio 9. Terapeutti on vastaanottavainen ja tunnetasolla läsnä (vs. etäinen ja varautunut).	Osio 23. Dialogilla on tietty fokus.	Osio 29. Molemmilla puolisoilla on tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista	Osio 9. Terapeutti on vastaanottavainen ja tunnetasolla läsnä (vs. etäinen ja varautunut
Osio 45. Muiden perheenjäsenten tai pariskunnalle muuten läheisten ihmisten tilanne huomioidaan keskustelussa.	Osio 29. Molemmilla puolisoilla on tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista	Osio 48. Terapeutti käyttää ulkoistamista ongelman käsittelyssä	Osio 66. Naisen itseilmaisuu on selkeää ja jäsentynyttä.	Osio 22. Terapiaistunnossa käydään reflektiivistä keskustelua
Osio 69. Terapeutti pukee sanoiksi käsityksensä pariskunnan tilanteesta.	Osio 41. Kiintymyssuhteiden, perhetaustojen tai sukuhistorian vaikutusta pariskunnan elämään tutkitaan.	Osio 100. Terapeutti kohdistaa huomionsa pariskunnan voimavaroihin.	Osio 88. Puolisot ottavat esiin merkittäviä asioita.	Osio 92. Puolisoiden tunteet tai käsitykset yhdistyvät menneisyyden tapahtumiin
Osio 31. Terapeutti kysyy lisää tai pyytää tarkennusta	Osio 48. Terapeutti käyttää ulkoistamista ongelman käsittelyssä	Osio 63. Puolisot käsittelevät ristiriitojaan lempeästi ja myönteisesti	Osio 46. Terapeutti kommunikoi pariskunnan kanssa selkeällä, koherentilla	Osio 29. Molemmilla puolisoilla on tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan

			tyyllillä	asioista
Osio 16. Sosiaalisten, kulttuuristen tai poliittisten tekijöiden merkityksestä pariskunnan elämään keskustellaan.	Osio 94. Nainen tuntee itsensä surulliseksi tai masentuneeksi (vs. hilpeäksi tai hyväntuuliseksi)	Osio 29. Molemmilla puolisoilla on tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista	Osio 92. Puolisoiden tunteet tai käsitykset yhdistyvät menneisyyden tapahtumiin	Osio 86. Terapeutti on luotettava ja itsevarma (vs. epävarma ja defensiivinen)
Osio 90. Terapeutti pyytää palautetta terapiasuhteesta.	Osio 90. Terapeutti pyytää palautetta terapiasuhteesta	Osio 85. Terapeutti rohkaisee puolisoita kokeilemaan uusia tapoja toimia toistensa tai muiden ihmisten kanssa	Osio 21. Terapeutti kertoo jotain itsestään	Osio 92. Puolisoiden tunteet tai käsitykset yhdistyvät menneisyyden tapahtumiin

Tässä tutkimuksessa toistuvia esimerkkejä osioista, jotka esiintyivät luokassa 9 eri terapiasuuntauksissa: osio 6. Terapeutti on sensitiivinen puolisoitten tunteille eli on empaattinen, osio 22. Terapiaistunnossa käydään reflektiivistä keskustelua, osio 29. Molemmilla puolisoilla on tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista ja osio 86. Terapeutti on luotettava ja itsevarma (vs. epävarma ja defensiivinen). Nämä olivat avoimen dialogin, narratiivisen ja tunnekeskeisen terapiasuuntauksen yhteydessä.

Yhtäältä voitiin ajatella, että kaikissa suuntauksissa osioita oli jossain määrin. Toisaalta kun tarkasteltiin reflektiivisesti, terapiasuuntauksille tunnusomaisia piirteitä em. suuntauksien nousivat esille. Yhteisiä, samankaltaisia osioita löytyi narratiivisesta ja avoimen dialogin suuntauksista. Osio reflektiivisyydestä esiintyi vahvasti molemmissa suuntauksissa (osio 22, terapiaistunnossa käydään reflektiivistä keskustelua).

Narratiivisessa terapiassa ajateltiin henkilöiden kertomusten kuvaavan ympäröivää maailmaa. Tarinat eivät kertoneet kertojista vaan kertojat olivat tarinoita. (Duba ym., 2010; Lysaker ym., 2003). Reflektiivinen keskustelu terapian aikana on keskeistä (Duba ym., 2010; Goldenberg & Goldenberg, 2011). Narratiivisessa terapiassa pyritään kirjoittamaan uudelleen parin/perheen ongelmia koskeva tarina. Tällöin perhe pystyy arvioimaan ongelmiaan uudelleen ja mahdollisesti muuttamaan jotakin. Kertoessaan vaihtoehtoista tarinaa perheet saavat uuden näkökulman ongelman ratkaisuun. Esimerkiksi osio 88, jossa puoliso ottavat esiin merkittäviä asioita. Osio 46, jossa terapeutti kommunikoi pariskunnan kanssa selkeällä koherentilla tyylillä. Osio 46 voisi olla myös avoimen

dialogin yhteydessä, koska edellä kuultu on keskeistä avoimen dialogin suuntauksessa. Kuitenkin narratiivisessa selkeän kommunikoinnin merkitys on keskeistä, jotta terapiassa voidaan kutoa tarinoiden verkko.

Avoimen dialogin terapiasuuntausta edustivat lähes samat osiot kuin narratiivisessa suuntauksessa olleet osiot, esimerkiksi osio 22 reflektiosta. Niin narratiivisessa kuin avoimen dialogin terapiasuuntauksessa reflektion merkitys korostuu. Avoimessa dialogissa keskustelun moniäänisyys korostuu, jopa toisiaan vastakkaiset lauseet ovat mahdollisia. Samoin intervention luonne muuttuu. Avoin dialogi itsessään on interventio. Terapeutti on osa osallistujien vastavuoroista prosessia kysymisestä ja vastaamisesta. Terapeutti ei siis anna tulkintaa tai selitystä keskustelusta. Pikemmin terapiassa pyritään huomioimaan kaikkien osapuolten äänet (Seikkula, 2002; Seikkula & Trimble, 2005). Osio 6, jossa terapeutti on sensitiivinen puolisoiden tunteille, on myös tunnekeskeisessä suuntauksessa tunnusomaista. Avoimessa dialogissa reaktiot keskustelujen välissä syntyviin merkityksen muodostumiseen ovat kokonaisvaltaisia ja sisältävät myös terapeutin tunnereaktiot ja niiden tiedostamisen. Osio 92, jossa puolisoiden tunteet ja käsitykset yhdistyvät menneisyyden tapahtumiin oli esillä myös psykodynaamisen suuntauksen kohdalla. Kun ajatellaan avoimen dialogin ajatusta kokonaisuudessaan, siinä painottuu terapeutin ja parin välinen prosessi, jota ei ole suunniteltu tarkasti ennalta.

Milanolainen systeeminen suuntaus käsitti kehämäisen kyselyn, paradoksit ja vastaparadoksit ja hypoteesien asettelun. Terapeutit ovat aktiivisia vaikkakin neutraaleja. Ajatuksena oli, että perhe löytää vaihtoehdoisen tavan reagoida erilaisiin vuorovaikutussuhteista nouseviin virikkeisiin (Goldenberg & Goldenberg, 2011; Jones, 1992). Milanolaisessa systeemisessä terapiassa keskityttiin perheen vuorovaikutukseen, dynamiikkaan ja kommunikointiin perheen jäsenten välillä. Tässä suuntauksessa ajateltiin, että perhe toimii loogisesti siten, kuten se toimii, jotta se pysyisi kasassa. Perheen toiminta saattoi olla kuitenkin yhdelle tai useammalle perheen jäsenelle haitallista. Tätä kutsuttiin paradoksiksi. Milanolainen lääkäreiden ryhmä kehitti vastaparadoksin. Tällöin perhe asetettiin toimimaan näennäisesti kuten tähänkin asti mutta voimakkaammin. Tällöin oletettiin, että perhe vastusti terapeuttien antamaa näkökulmaa, tehtävää tai ajattelua ja alkoi toimii terveemmällä tavalla korjaten haitalliset vuorovaikutustavat. Milanolainen suuntaus tuli esille mm. seuraavissa väittämissä: osio 31. Terapeutti kysyy lisää tai pyytää tarkennusta ja osio 45. Muiden perheenjäsenten tai pariskunnalle muuten läheisten ihmisten tilanne huomioidaan keskustelussa. Osion 31 kohdalla milanolaista ajattelua edustaa, että terapeutti on aktiivinen ja kysyy kehämäisiä kysymyksiä. Samoin esimerkiksi

sukupuuta tehdessä osion 45 näkökulma perheen muuten läheisten ihmisten merkitys tulee esiin. Ratkaisukeskeisessä terapiassa terapeutti voi olla ohjaava ja aktiivinen. Kuitenkin milanolaisessa terapiassa painottuu sukupuun tekeminen ja hypoteesit. Ristiriitaista oli, että milanolaisen systeemisen suuntauksen paradoksi ajattelu, osio 39. terapeutti tekee paradoksaalisia interventioita, oli vahvasti edustettuna myös luokassa 1, erittäin vähän tunnusomainen tai keskeinen.

Ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa terapeutti voitiin nähdä aktiivisena keskustelun eteenpäin viejänä. Keskiössä olivat ne kerrat kun pari oli onnistunut välttämään ristiriidat. Puhutaan ongelmapuheen sijasta ratkaisupuheesta. Tämä tulee lähelle narratiivista ajattelun. Ongelmissa pyritään pääsemään käytännöllisiin ratkaisuihin. (Asen ym., 1999; de Shazer, 1994; Haley, 1963). Painopiste ei ole siinä, mikä oli aiheuttanut ongelman vaan siinä miten se voidaan ratkaista (Goldenberg & Goldenberg, 2011). Osio 17. Terapeutin aktiivinen rooli vuorovaikutuksessa oli tyypillisesti ratkaisukeskeisen terapian ominaisuuksia. Tosin tämä osio voidaan löytää myös milanolaisessa suuntauksessa. Toinen keskeinen osio oli osio 100. terapeutti kohdistaa huomionsa pariskunnan voimavaroihin. Tämä erityisesti viittasi ratkaisukeskeiseen suuntaukseen.

Tunnekeskeisessä terapiasuuntauksessa pyrittiin pääsemään primaaritunteiden äärelle. Se on usein kohtalaisen haastavaa, sillä ihmiset tunnistavat sen tunteen, jota he parhaillaan kokevat. Sen tunteen takana olevaa primaarista tunnetta on vaikeaa löytää. Tunnekeskeisessä terapiassa keskitytään sekä psyyken sisäisiin että vuorovaikutuksellisiin teemoihin (Dallos & Vetere, 2012; Goldenberg & Goldenberg, 2011). Tunnekeskeisessä ajattelussa olivat esillä mm. seuraavat osiot: osio 6. Terapeutti on sensitiivinen puolisoiden tunteille eli on empaattinen ja osio 9. Terapeutti on vastaanottavainen ja tunnetasolla läsnä (vs. etäinen ja varautunut). Tunteille sensitiivisenä oleminen nousi vahvasti tunnekeskeisessä suuntauksessa. Ongelman ulkoistaminen mielikuvaharjoitusten avulla painottui tunnekeskeisessä ajattelussa. Tunteille sensitiivisyys oli myös tärkeää avoimen dialogin yhteydessä. Psykodynaamisen ajattelussa tunteiden ja vastatunteiden merkitys on tärkeää.

Luonnollisesti tukea saivat myös strateginen, strukturaalinen, psykodynaaminen ja kognitiivis-behavioristinen koulukunta. Selkeästi tutkimuksen reflektion avulla narratiivisen, avoimen dialogin, tunnekeskeisen, milanolainen systeeminen ja ratkaisukeskeisen suuntaukset saivat tukea enemmän. Näistä ei kuitenkaan voitu päätellä sitä, että jokin selkeä koulukunta olisi ollut erityisen edustettuna. Jo edellä mainittu milanolaisen koulukunnan paradoksiajattelu oli ristiriitaisesti luokassa 1 ja 9. Esimerkiksi

osiot 2. terapeutti kiinnittää huomiota puolisoiden nonverbaaliseen käyttäytymiseen, esimerkiksi ryhtiin tai eleisiin, osio 39 terapeutti tekee paradoksaalisia interventioita ja osio 77 terapeutti on tahditon, olivat vahvasti edustettuina. luokassa 1

Toinen tavoite oli selvittää painottuiko jokin näkökulma terapeutin työskentelystä, parisuhteesta tai yleisestä terapian ilmapiiristä luokka 9 (erittäin tunnusomainen tai keskeinen) perusteella. Henkilöt, jotka arvioivat PTQS:aa olivat terapeutteja tai alan asiantuntijoita. Ylivoimaiseksi osoittautuivat osiot, jotka kuvasivat parisuhdetta. Niitä oli luokassa 9 eniten. Toiseksi eniten oli terapeutin työtä koskevat osiot ja vähiten yleistä ilmapiiriä kuvaavat osiot

Taulukko 2. Terapian näkökulmat: terapeutti, parisuhde tai yleinen ilmapiiri luokassa 9.

Terapeutin työskentelyä kuvaavia osioita	Parisuhdetta kuvaavia osioita	Yleistä ilmapiiriä kuvaavia osioita
Osio 6. Terapeutti on sensitiivinen puolisoiden tunteille eli on empaattinen	Osio 88. Puolisot ottavat esiin merkittäviä asioita	Osio 28. Puolisoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa esiintyy toisen arvostelua, puolustelua, halveksuntaa tai keskustelusta vetäytymistä.
Osio 9. Terapeutti on vastaanottavainen ja tunnetasolla läsnä (vs. etäinen ja varautunut)	Osio 29. Molemmilla puolisoilla on tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista	Osio 63. Puolisot käsittelevät ristiriitojaan lempeästi ja myönteisesti
Osio 17. Terapeutti on aktiivinen vuorovaikutuksessa	Osio 40. Puolisoiden välisestä suhteesta välittyy keskinäinen kunnioitus, kiintymys ja empatia.	
Osio 100. Terapeutti kohdistaa huomionsa pariskunnan voimavaroihin	Osio 60. Pariskunta kokee voimakasta tunnekokemusta seuraavan helpotuksen (katharsiksen)	
	Osio 11. Seksuaalisuudesta keskustellaan	
	Osio 96. Kotitöiden ja muiden yhteiselämään liittyvien vastuiden jakautumisesta keskustellaan	
	Osio 41. Kiintymyssuhteiden, perhetaustojen tai sukuhistorian vaikutusta pariskunnan elämään tutkitaan	

POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää voidaanko suomennetun PTQS:n avulla löytää joitakin tiettyjä terapiasuuntauksia, jotka ovat luokassa 9. Toisena tarkoituksena oli löytää niitä terapian osa-alueita, terapeutin toimiminen, parisuhde tai yleinen ilmapiiri terapian aikana, jotka luokassa 9 olisivat vahvimmin edustettuina.

Pariterapian yleisiä tekijöitä, ns. common factors, on tutkittu. Niiden tutkimusten avulla on voitu löytää terapiassa piirteitä, jotka vaikuttavat terapiassa (Scott ym., 2012; Wampold, & Budge, 2012). Q-set arviointi menetelmä oli ollut alkujaan suunniteltu yhden potilaan /asiakkaan psykiatrisen laitoksen viitekehityksessä hyvän hoidon ennustamiseksi (Ablon ym., 2011). Aikaisemmin Q-set menetelmää ei tiettävästi ole käytetty pariterapian laadun arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa sovellettiin pariterapian Q-set arviointia, joka oli ensi kertaa käännetty suomeksi. Tutkimuksessa sovellettiin sekä suomennosta että osioiden ja luokkien sopivuutta pariterapian arviointiin taustana yhdeksän erilaista terapiasuuntausta. Tutkimus ei selkeästi osoittanut minkään terapiasuuntauksen olleen ylivoimaisesti edustettuna arvioinneissa. Tämä tukee Q-set:n alkuperäistä ajatusta, että se soveltuu käytettäväksi erilaisten terapiasuuntausten kanssa (Ablon ym., 2011). Ylipäättänsä voi olla vaikeaa osoittaa, että jokin terapeutti pitäytyy tiukasti vain yhteen menetelmään puhdasoppisesti. Käytännön työssä terapeutit vaihtavat ajattelua joustavasti terapian kuluessa.

Suuntaa antavana tuloksena voitiin pitää sitä, että narratiivinen, avoin dialogi, ratkaisukeskeinen, tunnekeskeinen ja milanolainen systeeminen suuntaus oli edustettuina luokassa 9 hiukan enemmän kuin muut. Tutkittavat olivat DINADEP hankkeessa. Tällöin voidaan ajatella, että luonnollisesti terapeutit lähestyivät asiakkaiden ongelmia narratiivisella tai avoimen dialogin menetelmällä. Sen lisäksi tunnekeskeinen, ratkaisukeskeinen ja milanolainen systeeminen näkökulma sai tukea. Voidaan ajatella, että Suomessa annettava erityistason perheterapian koulutukseen liittyy systeeminen ajattelu. Hiukan yllättävää oli, että vahvasti edustettuina eivät olleet systeeminen strateginen koulukunta eikä kognitiivis- - behavioristinen näkökulma. Kognitiivista terapiaa on tutkittu paljon. Ilmeisesti tutkimuksessa olleet terapeutit eivät olleet suuntautuneita kognitiiviseen yksilöterapiaan. Toinen hiukan yllättävä löytö oli, että psykodynaaminen näkökulma oli edustettuna kohtalaisen vähän. Jälleen voidaan viitata erityistason perheterapiakoulutukseen. Alkujaan Q-set'a arvioivat juuri psykodynaamisen ja

kognitiivis- – behavioristisen koulukunnan henkilöt. Q-set'a alussa tutkittaessa todettiin, että edellä mainitut suuntaukset ottivat toistensa viitekehyksistä keinoja ja sujuvasti vaihtoivat ajattelun koulukuntaa terapiassa. Tietyvästi aikaisemmin ei ole tutkittu PTQS:n soveltuvuutta johonkin tiettyyn terapiasuuntaukseen. Tällöin tällä tutkimuksella on uusi näkökulma PTQS:n. Kannattaa myös tutkia miten PTQS:ssa löydetyt tunnusominaisuudet tai ei – tunnusominaisuudet voisivat ennustaa jotakin hoidon tuloksesta.

Toinen tavoite tutkimuksen tuloksissa antaa myös viitteitä siitä mihin luokassa 9 olleet osiot painoutuivat terapiatapahtumassa. Ylivoimaisesti parisuhteeseen liittyvät osiot olivat edustettuina. Myös terapeutin työskentelyn seuraaminen sai tukea. Tästä voidaan ajatella, että pariterapiassa todellakin parisuhde on keskeinen tekijä. Voidaan myös ajatella, että PTQS:n suomennos oli onnistunut kohtalaisen hyvin. Tutkimuksen arvioijat olivat psykoterapiaan suuntautuneita. Voidaan siis ajatella, että arvioitsijoita kiinnosti kollegiaalinen työskentely. Terapian yleiseen ilmapiiriin ei ollut kiinnostusta. Tämä herättää ajatuksen, että pariterapiassa niin terapeutit kuin parikin tekevät töitä eikä mukava tunnelma tai viihtyminen ole keskeisiä ulottuvuuksia. Q-set'a on tutkittu monoloogisena menetelmänä psykiatrisen hoitolaitoksen kontekstissa. Tässä tutkimuksessa keskityttiin pariterapian soveltamiseen Q-set arvioinnissa. Sen lisäksi uutta oli se, että arvioinnin luokat ja osiot olivat ensi kertaa suomennettuina. Tutkimus tukee aikaisempaa tutkimusta (Ablon ym., 2011) siitä, että erilaiset terapiasuuntaukset voivat olla edustettuina kohtalaisen samanarvoisina Q-set arvioinnissa. Kuitenkin narratiivisen, avoimen dialogin, tunnekeskeisen, ratkaisukeskeisen ja milanolaisen systeemisen ajattelun koulukunnat olivat edustettuina luokassa 9 enemmän kuin muut koulukunnat.

Pariterapian arviointiin ei Suomessa suomen kielellä ole käytetty Q-set arviointia aikaisemmin. Sen tutkimista kannattaisi jatkaa, vaikka PTQS on kohtalaisen raskas ja aikaa vievä menetelmä parisuhteen arviointiin. Yhtäältä voidaan ajatella miten terapia- ja tutkimusyksiköissä resursseja käytetään ja kohdennetaan. Toisaalta voidaan ajatella, että PTQS antaa tämän tutkimisen perusteella hyvän ja toimivan keinon arvioida pariterapiaa. Voidaan myös kysyä, että käsittääkö PTQS kaikki ilmiöt, joita terapiatapahtumassa on. PTQS:ssa ne ovat pakattu sataan osioon tai väittämään. Lisätutkimuksen suuntana voidaan ajatella, että vielä syvällisemmin tutkittaisiin terapiasuuntauksia PTQS:sa sekä parin ominaisuuksia luokittelun avulla. Tämän tutkimuksen otos on rajallinen (6 pariterapia tapaamista ja ne liittyvät DINADEP-hankkeeseen) eikä tulosta voida yleistää koskemaan laajempaa terapiayhteisöä.

LÄHTEET

- Ablon J., S., Levy R., A, Smith-Hansen, L. (2011). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy* 2011; 14(1): 14-48, <http://www.researchinpsychotherapy.net>
- Ablon, J., & Jones, E. (1999). Psychotherapy in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No 1, 64-75.
- Ablon, J., & Jones, E. (1998). How Expert Clinicians' Prototypes of an ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 8:1, 71-83
- Ackerman, N. W. (1958). *The Psychodynamics of Family Life. Diagnosis and treatment of family relationships.* Basic Books, Inc. New York.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 8: 230-238.
- Asen, K. E., Berkowitz, R., Cooklin, A., et al (1991) Family therapy outcome research: a trial for families, therapists and researchers. *Family Process*, 30, 3–20.
- Bakhtin, M. (1975). *Speech genres and other late essays.* Austin: University of Texas Press
- Bateson, G.; Jackson D.D.; Haley, J.; Weakland, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Beck, A., Ward C., Mendelssohn, M., & Erbaugh, J. (1961).An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders.* New York: International Universities Press.
- Beres L., Bowles K., Fook J. (2011).Narrative therapy and critical reflection on practice: A conversation with Jan Fook. *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 30, No. 2, pp. 81–97.
- Berg, I.K. & de Shazer, S. (1993). Making numbers talk: Language in therapy. In S. Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy.* New York: Guilford Press
- Bertrand K., Dufour M., Wright J., Lasnier B, (2008). Adapted Couple Therapy (ACT) for Pathological Gamblers: A Promising Avenue. *Journal of Gambling Studies* vol. 24, no. 3, p. 393–409
- Block, J. (1961). *The Q-sort method in personality assessment and research.* Springfield, IL: Thomas.

Busby D. M., Christensen C., Crane D. R., Larson J., H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy* Vol. 21, NO. 3, 289–308

Campbell, K., S., 1999. Collecting information: Qualitative research methods for solving workplace problems. *Technical Communication* 46. 4 (Nov 1999): 532-545.

Chorba, K. 2011. A Review of Qualitative Research: Studying How Things Work The Qualitative Report Volume 16 Number 4, 1136-1140.

Colapinto, J. (2000). Structural family therapy. In A. M. Horne (Ed.), *Family counseling and therapy* (3rd ed.). Itasca IL: Peacock.

Dallos, R., Vetere, A. (2012). Systems Theory, Family Attachments and Processes of Triangulation: Does the Concept of Triangulation Offer a Useful Bridge? *Journal of Family Therapy*, Vol 34, Issue 2, pages 117–137.

De Castro, S. & Guterman, J.T. (2008). Solution- focused therapy for families coping with suicide. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(1), 93-106.

de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

Duba, J. D., Kindsvatter, A., Priddy, C. J. (2010). Deconstructing the Mirror's Reflection: Narrative Therapy Groups for Women Dissatisfied With Their Body. *Adultspan Journal* 9, 2; ProQuest Central, 103

Eysenck, H.J. (1956). *The Effects of Psychotherapy*.

Feinberg M. E., Marni L. K., Megan C. Goslin (2009). Enhancing Coparenting, Parenting, and Child Self-Regulation: Effects of Family Foundations 1 Year after Birth, *Prevention Science* 10:276–285:

Framo, J. L., (1981). The integration of marital therapy with sessions with family of origin. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (eds.) *Handbook of family therapy*, New York: Brunner/Mazel.

Gerson, M. (1995) The family life cycle: Phases, stages and crisis. In H. Mikesell, D-D. Lusterman & S.H. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: American Psychological Association.

Glik, I.D. (2005). Family therapies, Efficacy, Indications and Treatment Outcomes. In Janowsky, D. S. (Ed) *Psychotherapy Indications and Outcomes*. American Psychopathological Association. American Psychiatric Press Inc. Washington DC.

Goldenberg H., Goldenberg I., (2011). *Family Therapy, An Overview*, Brooks/Cole, Cengage Learning, International edition, 8th edition, USA

Gottman, J.M. (1994). *Why marriages succeed or fail*. New York: Simon and Schuster.

Gottman, J.M., Ryan, K.D., Carrere, S. & Erley, A.M. (2002). Toward a scientifically based marital therapy. In H.A. Liddle, D.A. Santisteban, R.F. Levant & J.H. Bray (Eds.) *Family psychology: Science – based interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L., S. *Emotion-focused therapy* (2010). Washington, DC: APA.

- Haley, J., 1963 *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune and Stratton
- Harway, M. (2005) *Handbook of Couples Therapy*. Publisher: Wiley, Hoboken, NJ, USA
- Hassan S., Martin F., Hudon C. (2006) Perceived conflict in the couple and chronic illness management: Preliminary analyses from the Quebec Health Survey, *BioMed Central Family Practice* 7:59 in *Education, Psychology and Social Research*, 94.
- Jacobson, N.S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Johnson, S., M. & Whiffen, V., E. (2003). *Attachment Processes in Couple and Family Therapy*, Guilford Press : New York, NY, USA
- Johnson, S.M., & Greenberg, L. S. (1995). The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical Handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press.
- Johnson, S.M., Makinen, J.A., & Millikin, J. W (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 145 – 155.
- Jones E.E. (1985). *Psychotherapy Process Q-set Coding Manual*. University of California, Berkeley.
- Jones, E. (1992). *Family Systems Therapy: developments in the Milan-Systemic Therapies*. Wiley Series in Family Psychology: Sussex, England..
- Liebermann, R.P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 106-118.
- Lincoln, Y. & Cuba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage. Eroavaisuukisa
- Linell, P., Gustavsson, L. & Juvonen, P. (1998). Interactional dominance in dyadic
- Livingston, M. (2004). Stay a little longer: Sustained empathy and affective focus in couples treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 24(3), 438-452.
- Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., Lysaker, J. T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy*; 76, *ProQuest Psychology Journals*, 285.
- May, J. C. (2005). Family attachment narrative therapy: Healing the experience of early childhood maltreatment. *Journal of Marital and Family Therapy* 31. 3, 221-37..
- Minuchin, S. (1974) *Families and Family Therapy*. London: Tavistock..
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guernay, B. G., Jr Rosman, B.L., & Schumer, F. (1967). *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*. New York: Basic Books.
- Nelson, T.S. (2005). The practice of emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 267-270.

- Peura Pekka, (2012).Julkaisematon lähde, IV suomalainen perheterapiakongressi, Pariterapian tutkimusmenetelmän kehittäminen psychotherapy process Q-set –metodin pohjalta. Kehittämispöytäkirja. Turku. 16.3.2012
- Pitkäranta, A., 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle Työkirja. Satakunnan AMK http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf
- Scarff, J.S, & Scarff, D.E. , (1997).Scarff notes: A primer of object relations therapy, Northvale , NJ: Aronson
- Scott, F., J; Solovey, A., D; Grove, D;Lee, Yee, M.; Greene, Gilbert J. (2012). Integrative families and systems treatment: A middle path integrating common and specific factors in evidence-based family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*; Jul 2012; vol 38, no 3, 515-528.
- Seikkula J. (2009). DINADEP – hanke. Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa - tutkimusprojektin esittely. In Soisalo, Raul, (ed.). Kongressikirja, III suomalainen perheterapiakongressi Jyväskylässä 19–21.9. 2009, Mitä meille tapahtuu? – perheen arjessa –perheterapeutteina –perheterapiassa.
- Seikkula, J. (2002). Open Dialogues with good and poor Outcomes for Psychotic Crises: Examples from Families with Violence, *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol.28, No 3, 263-274
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen P., Tolvanen A. (2012). Dialogiset ja narratiiviset prosessit (DINADEP) masennuksen pariterapiassa. *Perheterapia*, 28, 2/12, 3-12.
- Seikkula, J., Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process* 44:461–475.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., (1978). Paradox and Counterparadox. Jason Aronson, Northvale, New Jersey, London.
- Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 19, 3-12.
- Sholam, V., Rohrbaugh, M. & Patterson, J. (1995). Problem- and solution-focused couple therapies: The MRI and Milwaukee models. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press
- Singh, A., Shelton, K., 2011. A content analysis of LGBTQ qualitative research in counseling, a ten-year review. *Journal of Counseling and Development* : JCD Spring 2011; 89. 2; Proquest Central 117-226.
- Sirigatti, S., (2004). Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, N.1, 194-207.
- Solomon, M., F. (2009) Attachment Repair in Couples Therapy: A Prototype for Treatment of Intimate Relationships, *Clinical Social Work Journal* 37:214–22

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spanier, G. B. (Nelson, T.S. (2005).). Assessing the strengths of the dyadic adjustment scale. *Journal of Family Psychology*, 2, 92-94.
- St. Clair, M.,(2000). *Object relations and self-psychology: An introduction* (3rd ed.). Pacific Grove, CA,: Brooks/Cole-Wadsworth
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. University of Chicago Press: Chicago.Stiles,
- Stiles, W. B. (1993). Quality Control in Qualitative Research. *Clinical Psychology Review*, Vol. 13, 593-618.
- Stiles, W. B. (2003). Qualitative Research: Evaluating the Process and the Product. Ch.24. In Llewelyn, S. & Kennedy, P. (2003) (Eds.). *Handbook of Clinical Health Psychology*. John Wiley & Sons.
- Stuart, R.B.(1969).Operantinterpersonal treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,33, 675-682.
- Sullivan O., (1996) The enjoyment of activities: do couples affect each other's' well – being? *Measuring Well-Being: The Enjoyment of Activities within Couples*. *Social Indicators Research* 38: 81-102, 1996.
- Ungar, M. (2006). Practicing as a postmodern supervisor. *Journal of Marital and Family Therapy* 32. 1 59-71.
- Van Wyk, R. (2008). *Narrative house: a metaphor for narrative therapy: tribute to Michael White*
- Wahlström, J. (1992). Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 94.
- Wahlström, J.(2012). *Psykoterapiatutkimus: kysymyksiä, menetelmiä, vastauksia*. Lecture in Jyväskylä University, Kurssiluento Jyväskylän Yliopisto, Psykologian laitos. <https://optima.cc.jyu.fi/>. Password is needed.
- Walsh, J, E., (2003). *Does Structural Family Therapy Really Change the Family Structure? An Examination of Process Variables*, the University of Texas at Austin, <http://wwwlib.umi.com/cr/utexas/fullcit?p3116218>
- Wampold, B., E., Budge, S., L.(2012).The 2011 Leona Tyler Award Address: The Relationship—and Its Relationship to the Common and Specific Factors of Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4) 601-623.
- Watzlawick, P. (1978).*The language of change*. New York: Basic Books..
- White M. (1995). *Re – authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications. *Ife Psychologia* 16. 2, 294-317.