

# **KESKUSTELUTERAPIAKOKEMUKSEN RAKENTUMINEN HAASTATTELUPUHEESSA**

**Tutkimus mielenterveyskeskuksen asiakkaiden käsityksistä terapiastaan**

Siina Hakala  
Psykologian lisensiaatintutkimus  
Psykoterapian erikoispsykologikoulutus  
Jyväskylän yliopisto  
Syksy 2008

## TIIVISTELMÄ

### *Keskusteluterapiakokemuksen rakentuminen haastattelupuheessa Tutkimus mielenterveyskeskuksen asiakkaiden käsityksistä terapiastaan*

Siina Hakala  
Ohjaaja: Jarl Wahlström  
Psykologian lisensiaatintutkimus  
Psykoterapian erikoispsykologikoulutus  
Jyväskylän yliopisto  
Psykologian laitos, syksy 2008  
52 sivua, 1 liite

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sitä, miten psykiatrisessa avohoidossa keskusteluterapiassa käyneet ihmiset puhuivat kokemuksistaan terapiasta haastattelutilanteessa. Tutkimuksessa tarkasteltiin minkälaisia käsityksiä terapia-asiakkailta oli terapian vaikutuksista ja sen mahdollisesti aiheuttamista muutoksista sekä mitkä tekijät määriteltiin näiden vaikutusten tai muutosten kannalta olennaisiksi. Tarkastelun kohteena olivat myös ne tavat, joilla haastattelupuheessa näitä kokemuksia ja käsityksiä kielellisesti tuotettiin.

Tutkimusaineisto koostui kahdeksasta teemahaastattelusta. Haastateltavat olivat yhden mielenterveyskeskuksen terapia-asiakkaita ja olivat haastatteluhetkellä joko lopettaneet tai lopettelemassa keskusteluterapiaansa. Haastateltavien terapeuteista lähes kaikilla oli joku psykoterapiakoulutus joko käytyä tai meneillään. Terapeutit edustivat psykodynaamista, kognitiivista, hahmoterapeuttista ja perheterapeuttista viitekehystä. Haastateltavien käymien terapioiden kesto vaihteli alle puolen vuoden lyhytterapiasta seitsemän vuoden terapiaan. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti. Analyysissä hyödynnettiin diskurssianalyttistä lähetymistapaa.

Haastattelupuheesta identifioitui neljä erilaista puhe- ja tulkintatapaa eli tulkintarepertuaaria, jotka on nimetty tuen saannin repertuaariksi, tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaariksi, itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariksi ja elämänhistorian tutkimisen repertuaariksi. Tuen saannin repertuaariin kuuluvissa puhetoimissa merkittäväksi koettiin se, että oli aika ja paikka, jotka mahdollistivat vaikeista asioista puhumisen ja kuulluksi tulemisen. Keskeisiä seikkoja tässä repertuaarissa olivat terapiasuhteen laatuun liittyvät tekijät. Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarissa korostui asiantuntijatiedon saamisen merkitys oman tilanteen jäsentäjänä. Tähän repertuaariin liittyvä medikalistinen käsitys ongelmasta oli usein selventänyt haastateltavalle, mistä hänen kohdallaan oli kysymys sekä toiminut oikeuttajana hoidolle. Itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaarissa korostuivat terapiaprosessin vaikutukset havaitsemiseen, tarkkaavuuteen ja ajatteluun. Repertuaarissa korotui oma aktiivinen työ itsehavainnoinnin lisäämiseksi. Elämänhistorian tutkimisen repertuaarissa keskeiseksi muodostui uudenlaisen ymmärryksen saaminen omaan elämäntarinaansa. Myös tässä repertuaarissa korostui haastateltavan oma aktiivinen psyykinen työ.

Tutkimuksen perusteella eri asiat muodostuivat eri ihmisille keskeisiksi terapiassa. Ne haastateltavat, jotka kokivat terapian vaikuttaneen vointinsa muutokseen, käyttivät eniten itsehavainnoinnin ja oppimisen sekä elämänhistorian tutkimisen repertuaareja. Näissä repertuaareissa haastateltavien oma toimijuus rakentui aktiiviseksi. Aktiivinen psyykinen työ edellytti usein kuitenkin myös tuen saannin repertuaariin kuuluvaa toimivaa ja kunnioittavaa terapiasuhdetta ja kokemusta siitä, että tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. Joillekin haastateltaville tiedon santi oli tärkeää. Tutkimus osoitti psykoterapian tuloksellisuuden yleisen määrittämisen hankaluuden, sillä asiakkaat määrittivät onnistuneen psykoterapian omista lähtökohdistaan.

Avainsanat: mielenterveyspalvelut, psykoterapia, laadullinen tutkimus, diskurssianalyysi

# SISÄLTÖ

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>10</b>
2.1. Aineisto .....	10
2.2. Haastattelu tiedonhankintamenetelmänä.....	12
2.3. Aineiston analyysi.....	14
<b>3. TULOKSET</b> .....	<b>16</b>
3.1. Haastattelupuheesta identifioidut tulkintarepertuaarit .....	16
Tuen saannin repertuaari .....	17
Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaari .....	18
Itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaari .....	20
Elämänhistorian tutkimisen repertuaari .....	22
Repertuaarien yhteenveto.....	24
3.2. Tapausselostukset.....	25
1. haastattelu - Tekniikoita ja toimintaa.....	25
2. haastattelu – Tiedon tarvetta ja toivon ylläpitoa .....	27
3. haastattelu – Huolten ja ongelmien purkamista .....	29
4. haastattelu – Matka omaan mieleen .....	32
5. haastattelu – Sotkujen selvittämisen tarve .....	33
6. haastattelu – Ehyemmän elämäntarinan rakentamista .....	35
7. haastattelu – Puhuminen auttaa, mutta aika parantaa .....	37
8. haastattelu – Rohkaisua harjoituksiin .....	39
Tapausselostusten yhteenveto .....	42
<b>4. POHDINTA</b> .....	<b>44</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>50</b>
<b>LIITE 1</b> .....	<b>53</b>

## 1. JOHDANTO

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen määritelmän mukaan psykoterapia on psyykkisen terveyden ja toimivuuden lisäämiseen tähtäävää tavoitteellista terveydenhuollon ammatillista toimintaa (Terveydenhuollon oikeusturvakeskus, 2005). Psykoterapian tavoitteena on poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä ja niihin liittyvää kärsimystä, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä lisätä henkilön valmiuksia itse ratkaista ongelmiaan. Psykoterapiaa on mahdollista saada Suomessa osana kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää joko omana tai ostopalveluina, lääkinnällisen kuntoutuksen ostopalveluna, osana KELAn kuntoutustoimintaa tai muista julkisista palveluyksiköistä (mm. YTHS:ltä, Väestöliitolta, kirkon perheasiainneuvottelukeskuksesta, A-klinikkasäätiöltä) (Pylkkänen, Pöllänen & Upanne, 1995).

Psykoterapiaa voidaan pitää yläkäsitteenä monille eri psykoterapiamuodoille, joissa työskentelytavat vaihtelevat teoreettisesta viitekehystä riippuen. Erot kahden kenties keskeisimmän yksilöpsykoterapiasuuntauksen, kognitiivisen ja psykoanalyttisen, välillä ovat kuitenkin viime aikoina vähentyneet. Tieteessä 1900-luvun lopulla tapahtunut paradigman muutos kohti postmodernimpaa tiedonkäsitystä näkyy sekä psykoanalyysin ns. relationaalisissa teorioissa (mm. Curtis & Hirsch, 2003; Mitchell, 2000) että kognitiivisen psykoterapian kehittymisessä konstruktivistisempaan suuntaan (ks. mm. Toskala & Hartikainen, 2005). Perinteisessä psykoanalyysissä on keskitytty ihmismielen sisäisiin tiloihin, vietteihin ja tiedostamattomien asioiden tiedostamiseen. Viimeaikaiset psykoanalyysin relationaaliset suuntaukset ovat kiinnittäneet huomiota vuorovaikutuksellisuuteen ja terapiasuhteessa esiintyvien vuorovaikutusilmiöiden tässä-ja-nyt –tyyliseen tarkasteluun (mm. Mitchell, 2000). Kognitiivisen psykoterapian konstruktivistinen suuntaus korostaa yksilöiden antamia yksilöllisiä merkityksiä kokemuksilleen (Toskala & Hartikainen, 2005). Terapeuttisessa muutoksessa on kyse näiden persoonakohtaisten merkitysten muutoksista, joissa näyttäytyy ihmisen perussuhde itseensä ja muihin (Toskala, 1996).

Yhdeksi eri terapiasuuntauksia yhdistäväksi tekijäksi näyttää muodostuneen keskittyminen terapiasuhteen tarkasteluun. Terapeuttinen toiminta tapahtuu aina tietyssä vuorovaikutuskontekstissa, jolloin tällä vuorovaikutuksen laadulla on vaikutusta siihen, miten terapia potilaaseen vaikuttaa (mm. Safran & Muran, 2000). Puhutaan myös postmoderneista terapioista. Niillä tarkoitetaan valikoimaa erilaisia lähestymistapoja (mm. konstruktivistinen, sosiaalisen konstruktionismin mukainen ja narratiivinen terapia), joilla on yhteisiä filosofisia taustaoletuksia (Neimeyer & Bridges, 2003). Näissä psykoterapioissa terapeuttinen muutos liitetään

potilaan merkityksenantokykyihin. Spesifit tekniikat ovat käyttökelpoisia lähinnä siinä, että ne käsittelevät yksityiskohtaisemmin potilaiden merkityksenantoprosessia (Neimeyer & Bridges, 2003).

Koska psykoterapian tarve on koko ajan kasvamaan päin ja sitä kustannetaan osin julkisin varoin, on ymmärrettävää, että hoitoa kustantavat tahot toivovat tutkimusnäyttöä siitä, minkälainen psykoterapiamuoto olisi tehokkainta missäkin tilanteessa. Toisaalta psykoterapian käytännön työn kannalta sellainen tutkimus, joka valottaa terapiaprosessissa vaikuttavia tekijöitä, on käyttökelpoisempaa psykoterapiaa tekevien tahojen kannalta.

Psykoterapiatutkimus on perinteisesti jakaantunut tuloksellisuus- ja prosessitutkimukseen. Tuloksellisuustutkimuksissa nojaututaan kokeellisiin ryhmävertailuihin ja niistä laadittuihin meta-analyyseihin. Pyrkimyksenä on saada yleistettävää tietoa psykoterapioiden tuloksellisuudesta ja vaikutuksista. Analyysimenetelmät ovat pääosin tilastollisia. Prosessitutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, mitä psykoterapiaistunnossa tapahtuu potilaan ja terapeutin välillä. Prosessitutkimus on yleensä luonteeltaan laadullista tapaustutkimusta, jossa tavoitteena on terapeuttisessa vuorovaikutuksessa ilmenevän muutoksen rekonstruktiiivinen kuvaus (Toskala & Wahlström, 1996).

Oma tutkimukseni sijoittuu näiden kahden tutkimustradition välimaastoon. Tarkoitukseni on tuoda psykoterapian tutkimuksen kentälle myös psykoterapia-asiakkaan ääni tarkastelemalla niitä puhumisen tapoja ja merkityksenantoja, joilla terapiassa käyneet henkilöt kuvaavat terapiakokemustaan haastattelutilanteessa. Tarkastelun kohteena eivät ole psykoterapian prosessit sellaisina, kuin ne esiintyvät terapian käytännön tilanteissa, vaan kuvaukset ja arvioinnit niistä jälkikäteen. Teoreettiselta viitekehykseltään ja metodologialtaan tutkimukseni on lähempänä prosessitutkimusta, koska käytän laadullisen tapaustutkimuksen menetelmiä ja keskityn kielen käytön yksityiskohtaiseen analyysiin. Tutkimusaineistonani ovat julkisen sektorin terveydenhuoltojärjestelmän piirissä (erään sairaanhoitopiirin mielenterveyskeskuksessa) keskusteluterapiassa käyneiden ihmisten haastattelut.

Psykoterapian kysymykset ovat tällä hetkellä erittäin ajankohtaisia, sillä mielenterveysongelmista on tullut keskeinen kansanterveydellinen ongelma. Monissa mielenterveysongelmissa psykoterapia on todettu vähintään yhtä hyväksi hoitomuodoksi kuin aktiivinen vertailuhoito (esim. lääkehoito). Työikäisistä suomalaisista 3-4% hakee apua sellaisten mielenterveysongelmien vuoksi, joissa psykoterapia on mahdollinen hoitovaihtoehto, ja psykoterapian tarve saattaa tulevaisuudessa vielä lisääntyä sitä mukaa, kuin mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja hoitoon hakeutuminen lisääntyvät (Duodecim, 2006).

Psykoterapian vaikuttavuutta on tutkittu yli 50 vuotta. Tutkimusnäytön perusteella ei ole enää epäilystä siitä, etteikö psykoterapia olisi tehokkaampaa kuin ns. spontaani paraneminen. Keskustelua käydään kuitenkin edelleen sen suhteen, mikä terapiassa vaikuttaa ja onko eri terapiamuotojen välillä merkittäviä eroja positiivisen tuloksen kannalta. Lukuisat tutkimukset ja niistä tehdyt meta-analyysit ovat osoittaneet, että erot eri terapiamuotojen välillä ovat vähäiset (Lambert & Barley, 2002; Wampold, 2001). Tämä ns. ekvivalenssiparadoksi on johtanut tutkijoita kiinnittämään huomiota niihin piirteisiin, jotka ovat kaikille psykoterapiamuodoille yhteisiä. Lambert ja Barley (2002) ovat osana APA:n (American Psychological Association) raporttia terapiasuuntauksien yhteisistä tekijöistä esittäneet useisiin tutkimuskatsauksiin ja meta-analyysein tukeutuen, että spesifien tekniikoiden osuus psykoterapian tuloksessa on noin 15 prosentin luokkaa. Terapian ulkoisilla tekijöillä (mm. spontaanilla paranemisella, elämäntapahtumilla, ongelmien kestolla ja sosiaalisella verkostolla) on noin 40 prosentin luokkaa oleva vaikutus ja odotuksilla (ns. placebo–vaikutuksella, potilaan tiedolla siitä, että häntä hoidetaan) noin 15 prosentin vaikutus. 30 % vaikutuksista selittyy ns. yhteisillä tekijöillä (common factors). Näillä tekijöillä tarkoitetaan terapeutin teoreettisesta viitekehystä riippumattomia muuttujia, kuten terapeutin empatiaa, lämpöä, hyväksyntää, rohkaisua, terapeutin ja potilaan ominaisuuksia sekä terapeutin yhteistyösuhteen laatua.

Lambert ja Barley (2002) esittivät tuloksinaan, että 1) psykoterapia on yleisesti ottaen hyödyllistä, 2) eri terapiamuodot vastaavat tehokkuudeltaan pitkälti toisiaan, 3) terapiasuhte-  
muuttajat ovat tuloksen kannalta ratkaisevampia kuin tietyt tekniikat ja 4) jotkut terapeutit onnistuvat toisia paremmin tuottamaan positiivista muutosta. Asiakkaat kuvasivat tällaisia terapeutteja ymmärtäviksi, hyväksyviksi, empaattisiksi, lämpimiksi ja tukeviksi. Samanlaisiin johtopäätöksiin päätyi myös Wampold (2001) esittäessään laajan lähdeaineiston perusteella, että psykoterapia on tehokasta ja eri terapiasuuntausten välillä ei näy juurikaan eroja tuloksellisuudessa. Wampoldin analyysissä sekä työskentelysuhte että terapeutin vaikutus nousivat keskeisiksi muutosta aiheuttaviksi tekijöiksi.

Vaikka tuloksellisuudessa ei ole todettu merkittäviä eroja psykoterapiasuuntausten kesken ja vaikka kokeelliset ryhmävertailut ovat osoittaneet monin tavoin ongelmallisiksi tuloksellisuuden arvioinnissa (mm. Leiman, 2004), on näyttöön perustuvan lääketieteen yleistymisen myötä myös psykoterapian alalla vaadittu näyttöön perustuvia suosituksia eri psykoterapiahoitojen vaikuttavuudesta. Wampold (2001) jaotteli terapiatutkimuksen kahteen malliin: medikalistiseen ja kontekstuaaliseen malliin. Medikalistinen malli liittyy lääketieteelliseen ajatteluun. Sen mukaan on kehiteltävä tiettyjä terapiasisältöjä, joiden tehokkuus on vahvistettavissa kliinisillä tutkimuksilla. Terapeutti ikään kuin annostelee tehokasta hoitoa (standardoitua hoitomanuaalia) asiakkaalle.

Kontekstuaalinen malli puolestaan korostaa terapiasuuntausten yhteisten tekijöiden merkitystä. Tähän malliin kuuluvat terapeutin työskentelysuhde ja terapeutin ominaisuudet. Wampold esitteli kirjassaan *The Great Psychotherapy Debate* (2001) tieteellisiä todisteita, jotka tukevat kontekstuaalista mallia. Hänen mukaansa psykoterapian yhdistäminen lääketieteelliseen malliin vääristää koko psykoterapiakäsitettä.

Myös Bohart ja Tallman (1999) ovat kritisoineet psykoterapiakenttää medikalistisesta näkemyksestä, jonka mukaan psykoterapeutti hoitaa ”häiriötä”. Bohart ja Tallman toteavat tutkimuksiin vedoten, että lääketieteellinen ja ulkoistava malli ei tarjoa selitystä psykoterapeuttiselle muutokselle. Heidän mukaansa muutos on ensi sijassa asiakkaan aktiivisen toiminnan tulosta. Terapia on prosessi, jossa yritetään luoda parempi ”ongelmanratkaisuilmast”, ei niinkään yritetä korjata häiriötä. Terapeutti on ikään kuin voimavara, jota asiakas käyttää (Bohart & Tallman, 1999). Kirjoittajat toteavat, että terapia tapahtuu käytännössä kuitenkin pääosin lääketieteellisen kehyksen piirissä, jolloin ajattelutapaan vaikuttavat taloudelliset syyt. Maksajat ajattelevat lääketieteellisen mallin mukaan, ja siten monet terapeutit joutuvat työskentelemään paitsi asiakkaan myös maksajan näkemysten mukaisesti.

Vaikuttavuustutkimuksen toteuttaminen näyttöön perustuvan ajattelutavan mukaan on psykoterapiassa monin tavoin ongelmallista. Koska psykoterapia hoitona muodostuu kahden ihmisen välisestä vuorovaikutuksesta, jossa osallistujien toiminta muodostuu aina vastauksena toisen toiminnalle, asetelma sopii huonosti yhteen kokeellisen tutkimuksen metodologian kanssa (Leiman, 2004). Pulmallisia ovat mm. kysymykset siitä, mikä tässä vuorovaikutuksessa on ”vaikuttava aines”, mitkä ovat muutoksen tai paranemisen kriteerit ja kuinka standardoida vuorovaikutukseen perustuva hoito niin, että se on yleistettävissä.

Vaikuttavuustutkimukset toteutetaan usein empiiristen asetelmien pohjalta satunnaistamalla hoito- ja kontrolliryhmä, käyttämällä manualisoituja terapiamalleja ennalta sovittuine käyntikertoineen, hyväksymällä tutkimukseen tietystä oireesta kärsiviä henkilöitä ja käyttämällä ennalta sovittuja tulosmittareita. On kritisoitu, että tällaiset koeasetelmat vastaavat huonosti arkipäivän terapiatyötä, jossa potilailla saattaa olla monia erilaisia ongelmia, terapian kesto määritellään tarpeen mukaan ja subjektiivinen vointi huomioidaan yksittäisiä oireita enemmän. Esimerkiksi oiremittarit tavoittavat harvoin asiakkaan hoitokokemuksia. Oirekohtaisilla kyselyillä saadaan selville alkutilanteessa vaikuttaneiden oireiden muutokset, mutta ne eivät kerro psykoterapian aikaansaamasta henkilökohtaisesta kehityksestä tai ajatustapojen tai näkemysten muutoksesta (mm. Messer, 2002). Oiremittareilla tutkittuna voi näyttää siltä, että muutosta ei ole tapahtunut, mutta itsearviointit taas osoittavat potilaiden olleen tyytyväisiä hoitoon ja sen aiheuttamiin muutoksiin (mm. Blatt, Zuroff, Bondi, & Sanislow, 2000). Lomakkeelle täytettyä

itsearviointia monipuolisemmin potilaiden käsityksiä saadaan kartoitettua puolistrukturoiduilla tai strukturoimattomilla haastatteluilla.

Laadullisia tutkimuksia, joilla on kartoitettu psykoterapian tuloksia ja terapiakokemusten rakentumisesta asiakkaita haastatteleamalla, on tehty toistaiseksi melko vähän (Hodgetts & Wright, 2007; McLeod, 2001). Hodgetts ja Wright (2007) pitävät suurimpana esteenä tälle tutkijoiden metodologisen ja teoreettisen osaamisen puutetta sekä uskoa kvantitatiivisen tutkimuksen paremmuuteen. Vaikuttaisi kuitenkin siltä, että viime aikoina on alettu huomioida myös laadullisten tutkimusten merkitys psykoterapian tuloksellisuustutkimuksen alueella (McLeod, 2001), ja tämä suuntaus tulee varmaan kasvamaan lähivuosina. Abertayn yliopistossa meneillään olevassa tutkimuksessa julkisen terveydenhuollon piirissä annettavan terapian tuloksista ja prosesseista käytetäänkin käsitettä ”user-constructed outcome” kuvaamaan asiakkaan aktiivista roolia terapian tuloksen muodostumisessa (McLeod & Cooper, 2006). Hodgettsin ja Wrightin (2007) mukaan psykoterapian tuottamaa muutosta ei voida täysin ymmärtää kysymättä terapia-asiakkailta heidän kokemuksistaan. Esittelenkin seuraavaksi lyhyesti joitain sellaisia viimeaikaisia psykoterapian alalta tehtyjä laadullisia tutkimuksia, joissa huomio on kohdistunut potilaan näkökulmaan.

McKenna ja Todd (1997) ovat haastatelleet yhdeksää useamman kerran yliopiston psykoterapiaklinikalla psykoterapiassa käynnyttä asiakasta lähinnä tutkiakseen, minkälaisia kuvioita liittyy psykoterapiapalvelujen toistuvaan käyttöön. Tulokset osoittivat, että terapiaa arvioidaan eri tavoin riippuen siitä, mitä henkilö kulloisessakin elämäntilanteessa erityisesti tarvitsee tai hakee. Eri terapiaepisodit täyttivät erilaisia funktioita haastateltavan senhetkisen tilanteen mukaan. Haastattelujen pohjalta McKenna ja Todd ovat nimenneet terapian funktiot: alustava funktio (mahdollisuus terapian saamiseen, ”jään murtaminen”), toimivan terapiasuhteen ja –muodon löytyminen, merkittävän ja kestävän muutoksen aikaansaaminen, vahvistava funktio sekä kannatteleva funktio.

Irene Kühnlein (1999) on tutkinut sairaalahoidossa kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan osallistuneiden potilaiden kokemuksia terapiastaan. Kaksi vuotta terapian päättymisen jälkeen potilaita haastateltiin siitä, minkälaisia merkityksiä he antoivat terapialleen ja minkälainen sen merkitys oli heidän koko elämäänsä suhteutettuna. Tutkimuksessa oli mukana 49 entistä sairaalapotilasta. Tutkimuksen mukaan ihmiset integroivat uudet psykoterapiakokemuksensa aikaisempiin persoonallisiin skeemoihinsa. Haastateltavien keskeinen kriteeri terapia-arvioinneissa oli se, miten hyvin he ymmärsivät emotionaalisia vaikeuksiaan ja miten he onnistuivat integroimaan nämä omaan elämäntarinaansa. Kühnlein totesi, että eri potilaat eivät käytä samanlaista psykologista rakennetta selittämään ongelmansa ja kuvaamaan siinä tapahtunutta muutosta. He



yhdistävät eri aspekteja terapiasta omiin jo olemassa oleviin skeemoihinsa. Jokaisella on oma subjektiivinen merkitysrakenteensa.

Paitsi, että ihmiset kuvaavat psykoterapiakokemustaan eri lailla ja arvioivat vaikuttaviksi ja merkittäviksi erilaisia seikkoja, myös terapian onnistuneisuutta arvioidaan eri kriteerein. McKennan ja Toddin tutkimuksen tavoin myös Kühnleinin tutkimuksesta kävi ilmi, että onnistunut terapia voi merkitä jollekin hyvinvointia, toiselle ”paranemista” sairauden oireista tai paremman toimintakyvyn saavuttamista tai jollekin taas lisääntynyttä itsetuntemusta.

Glass ja Arnkoff (2000) ovat todenneet katsauksessaan psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden arvioista hoidostaan, että tärkeinä asioina nousevat esiin hoidon kontekstin supportiivinen, lämmin ja suojaava ilmapiiri sekä terapiasuhteen laatu. Mielenkiintoista on, että terapeuteille tai interventioita ei koettu niinkään merkittäviksi, pikemminkin tärkeänä pidettiin terapeutin kykyä työskennellä voimakkaiden tunteiden kanssa. Tärkeinä pidettiin myös ongelmanratkaisukeinojen muodostamista ja rohkaisua.

Messari ja Hallam (2003) ovat tutkineet haastatteluja terapia-asiakkaiden kokemuksista kognitiivis-behavioraalista terapiasta diskurssianalyysiä käyttäen. Haastateltavia oli viisi. Heistä neljä oli saanut terapiaa sairaalahoidon aikana ja yksi avohoidossa. Kaikilla haastatelluilla oli psykoosi-diagnoosi. Messari ja Hallam muodostivat tekstiaineistostaan kuusi erilaista diskurssia. Niistä kaksi hallitsevinta olivat ns. opetuksellinen/kasvatuksellinen (educational) diskurssi, jossa korostuivat oppimisprosessi ja uusien näkökulmien tutkiminen yhteistyössä terapeutin kanssa, sekä ns. ystävyysdiskurssi (friendship discourse), jossa korostuivat terapeutilta saatu emotionaalinen tuki ja tasa-arvoinen ihmissuhde terapeutin ja potilaan välillä, jolloin potilaalla oli mahdollisuus puhua avoimesti ongelmistaan.

Lilliengrenin ja Werbartin (2005) tutkimuksessa aineistona olivat 22 nuoren aikuisen haastattelut psykoanalyttisen psykoterapian päätyttyä. Keskeisiksi auttaviksi tekijöiksi haastateltavat mainitsivat itsestään puhumisen (tunteiden ja ajatusten ilmaisun sekä elämänhistorian ”tarinallistamisen”), tietyn paikan ja terapeutin ihmissuhteen olemassaolon sekä oman elämän tutkimisen yhdessä terapeutin kanssa. Haittaavia tekijöitä olivat puhumisen vaikeus sekä kokemus, että jotain jäi puuttumaan. Positiivisia terapeuttisia vaikutuksia olivat uudenlainen ihmissuhdekokemus sekä itseymmärryksen laajeneminen. Negatiivisia terapeuttisia kokemuksia olivat se, että itsetuntemuksen lisääntyminen ei aina auttanut, sekä se, että terapiamuoto tai terapeutti ei tuntunut sopivalta.

Levittin, Butlerin ja Hillin (2006) tutkimuksessa aineistona oli 26:n psykoterapian käyneen asiakkaan haastattelut koskien terapiakokemusta ja siinä koettuja tärkeitä tilanteita. Haastattelut analysoitiin grounded theory –menetelmää käyttäen. Asiakkaat mainitsivat monia asioita terapiassa

merkittäviksi. Useimmin mainittu tekijä koski terapiasuhdetta. 21 haastateltavaa 26:sta mainitsi terapian keskeiseksi tekijäksi suhteen terapeuttiin. Toisaalta terapeutin ominaisuuksiin liittyvät tekijät eivät olleet yksioikoisia: toisille haastateltaville tärkeää oli terapeutin läheisyys, kun taas jotkut mainitsivat liiallisen läheisyyden haittaavana tekijänä. Jotkut pitivät tärkeänä sitä, että terapeutti ei tuo esille omia näkemyksiään, mutta toiset kaipasivat enemmän terapeutin mielipiteitä tai konfrontaatiota. Terapeutin kyky näyttää itsestään inhimillisiä emotionaalisia puolia näytti oikein toteutettuna palvelevan asiakkaiden tarpeita.

Levittin ym. (2006) tutkimuksessa asiakkaat mainitsivat tärkeiksi asioiksi terapiassa myös monia interventioita. Nämä eivät kuitenkaan olleet tiettyjä tekniikoita, vaan enemmänkin yleisiä terapeutteja toimintoja, kuten ehdottamista, itsehavainnoinnin opettelua, ilmaisujen sallimista tai uusien näkökulmien tarjoamista. Keskeisenä seikkana tutkijat pitivät sitä, että psykoterapia-asiakkaat tarvitsevat terapiassaan riittävästi struktuuria. Samalla he myös tarvitsevat turvallisen terapiasuhteen ja ymmärretyksi tulemisen tunteen. Strukturi ei saa olla liian tiukka tai painostava, mutta sen pitää helpottaa asiakasta fokusoimaan johonkin asiaan.

Mielenkiintoinen tutkimus on omaa tutkimusta tehdessäni valmistunut Jukka Valkosen sosiaalipsykologian alan väitöskirja *Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina* (Valkonen, 2007). Valkonen tutki masennuksen vuoksi terapiassa käyneiden henkilöiden kokemuksia psykoterapian vaikutuksista, heidän käsityksiään masennuksen muutoksista ja terapian merkityksestä osana elämää. Aineisto koostui 14 henkilön haastattelusta. Haastateltavat olivat Helsingin psykoterapiaprojektiin osallistuneita henkilöitä, joita haastateltiin osana ko. projektia. Tutkimus tukeutui narratiiviseen tutkimustraditioon, jolla on paljon yhtymäkohtia oman tutkimukseni diskurssianalyttisen tradition kanssa.

Valkosen (2007) tutkimuskysymykset olivat hyvin samanlaiset kuin omani. Valkonen laajensi analyysinsä myös kysymykseen siitä, millaisia merkityksiä psykoterapia saa haastateltavien koko elämän kannalta, sekä siihen, miten ihmiset tulkitsevat itseään ja ongelmiaan ennen ja jälkeen terapian. Näiden kysymysten tarkastelussa hän otti aineistokseen jälkikäteen toteutettujen seuranta-haastattelujen lisäksi myös psykoterapiaprojektin alkuhaastattelut.

Valkonen (2007) totesi, että psykoterapian koetut vaikutukset liittyvät ensinnäkin välittömiin sisäisiin kokemuksiin, toiseksi ajatuksiin ja ajatteluun sekä kolmanneksi sosiaalisiin, toiminnallisiin ja käytännöllisiin muutoksiin. Hän muodosti aineistosta neljä ideaalityyppiä, joilla selitettiin masennuksen lieventymistä. Ensimmäisessä ideaalityypissä masennuksen lieveneminen liitettiin terapiassa saatuun lisääntyneeseen ymmärrykseen masennuksen syistä. Toisessa tyyppissä masennuksen lieveneminen liitettiin terapiassa saatujen ja muodostettujen merkitysten muuttumiseen. Kolmannessa tyyppissä masennuksen lievenemisen katsottiin liittyvän terapeutin

persoonaan ja terapiasuhteen laatuun liittyviin tekijöihin. Neljäs ideaalityyppi korosti terapian ulkopuolisten tekijöiden merkitystä.

Oman tutkimukseni tarkoituksena on tutkia keskusteluterapiassa käyneiden asiakkaiden kuvauksia käymästään terapiasta haastattelupuheessa. Lähestymistapaani voi luonnehtia diskurssianalyttiseksi. Diskurssianalyysien laajasta tutkimuskentästä tutkimukseni sijoittuu lähinnä sen sosiaalipsykologiseen haaraan, joka saa vaikutuksensa brittiläisestä, mm. Jonathan Potterin ja Margaret Wetherellin (1987) kehittelemästä traditiosta. Diskurssianalyysi ei ole pelkkä metodi vaan laaja metodologinen viitekehys, jossa keskeistä on kielen käytön näkökulma ja kielen suhde todellisuuteen. Diskurssianalyttisesti ajatellen kieli ei ole vain väline ilmaista asioita, vaan se on sosiaalista toimintaa, jolla tehdään asioita. Diskurssianalyysissä päämäärä on tutkia sitä, mitä puheella (diskursseilla) tehdään ja kuinka puhe on rakentunut toimittamaan tiettyjä funktioita ja tuottamaan erilaisia seurauksia (Potter & Wetherell, 1987).

Psykoterapiatutkimuksessa diskurssianalyysi tuntuu erityisen hedelmälliseltä tutkimusmenetelmältä, koska terapian perusta on viime kädessä kielen käytössä. Diskursiivisesta näkökulmasta on mahdotonta ajatella oiretta tai ongelmaa erillään kielellisestä alueesta (Wahlström, 1992). Kielen kautta ihminen tarkastelee tilaansa. Psykoterapian vaikutuksena voidaan pitää merkitystenantojen ja toimijuuden muutosta (Wahlström, 1999). Vaikken haastattelemalla tavoitakaan psykoterapiassa läsnä olleita prosesseja, on mielestäni olennaista kysyä myös sitä, miten psykoterapiakokemus jäsentyy jälkeensä. Lähdän siitä, että merkitysten muutos näkyy myös muutoksena henkilön omassa (kielellisesti rakennetussa) elämäntarinassa. Sillä, miten henkilö mieltää ja selittää ongelmaansa ja terapiakokemustaan, on mielestäni merkitystä hänen kokemansa psyykkisen voinnin kannalta.

Diskurssianalyttisen tutkimusotteen mukaisesti pyrin huomioimaan haastattelujen luonteen vuorovaikutustapahtumana, jossa merkityksistä neuvotellaan yhdessä. Tutkimuskysymykseni kohdistuvat kuitenkin haastateltavien selontekojen analysointiin, joten haastattelu vuorovaikutuksena ei ole varsinainen tarkastelukohde. Haastatteluvuorovaikutuksen tai haastattelijan selontekojen tarkempi analyysi olisi vienyt liikaa huomiota haastateltavien puheen analyysiltä.

Tutkimustehtäväni on lisätä ymmärrystä psykoterapian subjektiivisista ja sosiaalisesti tuotetuista merkityksistä ja näiden merkitysten rakentumisesta. Uskon tämän ymmärryksen auttavan mm. mietittäessä ja kehitettäessä psykoterapian käytäntöjä. Tutkimusongelmani voi tiivistää seuraaviin kysymyksiin:

*-miten keskusteluterapiassa käyneet henkilöt puhuvat kokemuksistaan terapiasta terapian jälkeen,*

*-minkälaisia käsityksiä keskusteluterapiassa käyneillä henkilöillä on terapian vaikutuksista ja sen mahdollisesti aiheuttamasta muutoksesta sekä*

*-mitkä tekijät mielletään näiden vaikutusten tai muutoksen kannalta olennaisiksi*

Tarkennettuja tutkimuskysymyksiä ovat,

*-miten näitä käsityksiä tuotetaan kielellisissä käytännöissä,*

*-millaisia funktioita näillä puhekäytännöillä on ja*

*-minkälaisia asemia henkilöille niissä muodostuu.*

Näiden seikkojen pohtiminen edellytti myös sivuamaan kysymystä siitä, minkälaisia käsityksiä ihmisillä oli omasta ongelmastaan sekä minkälaiseksi rakentui käsitys ongelman poistumisesta/muutoksesta.

## 2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 2.1. Aineisto

Tutkimusaineistoni koostui kahdeksasta teemahaastattelusta, jotka tein vuosien 2005 ja 2006 aikana. Haastateltavat olivat yhden mielenterveyskeskuksen terapia-asiakkaita ja olivat haastatteluhetkellä joko lopettaneet tai lopettelemassa keskusteluterapiaansa. Keskusteluterapialla tarkoitan sovittua ja säännöllistä psykoterapeuttista hoitosuhdetta. Koska kaikilla terapeuteilla ei ollut psykoterapiapätevyyttä, olen käyttänyt käsitettä keskusteluterapia psykoterapian sijasta tai yksinkertaisuuden vuoksi enimmäkseen haastateltavienkin suosimia termejä terapia ja terapeutti.

Haastateltavat valikoituivat tutkimukseen terapeuttiensa avulla. Informoin terapeutteja tutkimuksesta ja pyysin heitä jakamaan laatimani informaatio- ja suostumuslomakkeet niille asiakkailleen, jotka olivat lopettamassa terapiakäyntejään. Saatua allekirjoitetun luvan ottaa yhteyttä haastateltaviin soitin heille sopiakseni haastatteluajan ja -paikan sekä kerroin tarvittaessa lisää tutkimuksesta. Mitään erityistietoja tai -taitoja haastateltavilta ei vaadittu. Heidän lääketieteellisillä diagnooseillaan ei ollut väliä, mutta heidän täytyi pystyä arviomaan omaa tilansa ja ymmärtämään mihin he lupautuivat, eli akuutisti psykoottisia he eivät saaneet olla. Vaikka minulla ei ollut tiedossa haastateltavien diagnooseja, vaikutti siltä, että he edustivat melko hyvin mielenterveyskeskuksen potilasaineistoa. Haastattelujen perusteella diagnoosit vaihtelivat masennuksesta persoonallisuuden häiriöihin ja psykoosiin.

Haastatteluista viisi tehtiin mielenterveystoimiston tiloissa ja kolme haastateltavien kotona. Kestoltaan haastattelut olivat yleensä noin tunnin mittaisia, lyhyin haastattelu kesti 40 minuuttia ja pisin noin 1 tunti ja 15 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin. Käytin haastatteluissa apunani laatimaani haastattelurunkoa (ks. liite 1), jonka toimivuutta testasin ennen varsinaisten haastattelujen tekoa yhdellä esihaastateltavalla. Litteroin myös esihaastattelun, mutta en ole sisällyttänyt sitä analyysiini.

Haastateltavista viisi oli miehiä ja kolme naisia. Iältään he olivat 26-56-vuotiaita. Heidän käymänsä terapian kesto vaihteli vajaan puolen vuoden lyhytterapiasta seitsemän vuoden terapiaan. Haastateltavia sain viideltä eri terapeutilta siten, että kolmelta terapeutilta sain kaksi haastateltavaa ja kahdelta yhden. Lisäksi yksi haastateltava oli käynyt kahdella eri terapeutilla, joten terapeutteja, joiden terapiasta aineistossa puhutaan, oli siis kuusi. Terapeutit edustivat eri viitekehyksiä: kognitiivista psykoterapiaa, hahmoterapiaa, perheterapiaa ja psykodynaamista psykoterapiaa. Peruskoulutukseltaan he olivat psykologeja ja psykiatrisia sairaanhoitajia, ja lähes kaikilla oli

vähintään yksi psykoterapiakoulutus takana tai meneillään. Oheisessa taulukossa (taulukko 1) on tiivistetyt kuvaukset haastateltavista.

**Taulukko 1.** Haastateltavat

	H1 (1.haastateltava)	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
<b>ikä ja sukupuoli</b>	56-vuotias mies	50-vuotias mies	40-vuotias mies	51-vuotias mies	26-vuotias mies	46-vuotias nainen	43-vuotias nainen	26-vuotias nainen
<b>terapian kesto</b>	n. 2 vuotta	n. 2 vuotta	vajaa 2 vuotta	vajaa vuosi	5 vuotta	1,5 vuotta	7 vuotta	n. puoli vuotta
<b>terapeutti*</b>	T1	T2	T3	T4	T3 (ja T6)	T5	T5	T1

\* Terapeuttien sukupuoli ja edustamat viitekehykset:

T1: nainen, kognitiivisen psykoterapian koulutus meneillään

T2: mies, perheterapian ja hahmoterapian koulutukset

T3: mies, perheterapian ja psykodynaamisen psykoterapian koulutukset

T4: nainen, kognitiivisen psykoterapian koulutus meneillään

T5: nainen, perheterapian koulutus

T6: nainen, ei psykoterapiakoulutusta

Aineistoa kerätessäni tulin siihen tulokseen, että kahdeksan haastattelua oli sopiva määrä. Mahdollisesti harvempikin haastattelu olisi riittänyt, mutta kahdeksalla pystyin varmistamaan muodostamieni puhetapojen esiintymisen erilaisissakin haastattelukonteksteissa. Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa on usein vaarana kerätä liian laaja aineisto, jolloin kielellisten yksityiskohtien tarkastelu hukkuu aineistoon (Potter & Wetherell, 1987). Potter ja Wetherell (1987) muistuttavat, että diskurssianalyysissä kiinnostus on kielen käytössä eikä kielen käyttäjissä. Kun analyysiyksiköt ovatkin tekstejä eivätkä osallistujia, voi perinteisesti ajateltuna pienikin otos olla diskursiivisesti varsin laaja. Omassa tutkimuksessani lopetin aineiston keräämisen Woodin ja Krogerin (2000) suositusten mukaan siinä vaiheessa, kun katsoin voivani vastata tutkimuskysymykseeni koossa olevan aineiston perusteella. Kahdeksan haastattelua tuntui mahdollistavan riittävän argumentoinnin tutkittavasta ilmiöstä.

## 2.2. Haastattelu tiedonhankintamenetelmänä

Omaa haastattelukäytäntöäni voi luonnehtia strukturointiasteen perusteella teemahaastatteluksi. Hirsjärven ja Hurmeen (2001) määritelmän mukaan teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, joka kohdistetaan tietyn teeman ympärille. Haastattelujen aihepiirit ovat kaikille samat, mutta kysymysten muoto ja järjestys saattavat vaihdella. Lähtökohtana on, että haastateltavien tiedetään kokeneen jonkin tilanteen, josta tutkija on kiinnostunut.

Perinteisesti haastatteluilla on pyritty saamaan haastateltavilta objektiivista tietoa tai ainutkertaisia kokemuksia. Kummassakin tavassa haastateltavat on nähty lähinnä passiivisina tiedon lähteinä (Holstein & Gubrium, 1995). Ns. kielellisen käänteen myötä haastattelutapahtumaan suhtautumiseen vaikuttivat etnometodologiset ja konstruktionistiset suuntaukset (Holstein & Gubrium, 1995; Tiittula & Ruusuvuori, 2005). Ne nostivat esiin ajatuksen siitä, että todellisuutta tuotetaan ja uusinnetaan kielellisissä käytänteissä. Tällöin haastattelutapahtuma nähdään sosiaalisena tuotteena, jossa sekä haastattelija että haastateltava aktiivisesti osallistuvat merkitysten tuottamiseen (Holstein & Gubrium, 1995; Kvale, 1996). Holstein ja Gubrium (1995) puhuvat aktiivisesta haastattelusta korostaen sitä, että haastattelut ovat todellisuutta konstruoivia tapahtumia, joissa keskustelemalla muodostuu uusia näkökulmia. Haastattelija voi jopa ehdottaa orientaatioita tai yhteyksiä haastateltavan kokemusten eri puolten välille tai hahmotella ja ehdottaa tulkintoja. Sen sijaan, että etsittäisiin parasta tai autenttista vastausta, haastattelun tarkoitus on koota yksilön moninaisia näkemyksiä ja ihmiselämän ristiriitaisuuksia (Holstein & Gubrium, 1995; Kvale, 1996).

Lähtökohtaani omiin haastatteluihini voi luonnehtia edellisten kaltaiseksi postmoderniksi lähestymistavaksi, jonka mukaan sovelsin haastatteluihin näkemystä tiedon keskustelullisesta, narratiivisesta ja kontekstuaalisesta luonteesta (ks. Kvale, 1996). Vaikka diskurssianalyysin piirissä useimmiten suositaankin ns. luonnollisia aineistoja eli eläviä vuorovaikutustilanteita (mm. Wood & Kroger, 2000), myös haastatteluaineiston analysoiminen diskursiivisesti on mahdollista. Tällöin haastatteluaineistot ”naturalisoidaan” eli niitä tutkitaan tässä ja nyt tapahtuvana vuorovaikutuksina eikä kuvauksina haastattelutilanteen ulkopuolisista tapahtumista (Juhila & Suoninen, 1999). Vaikka haastattelupuhe ei välttämättä kerro siitä, miten merkitykset ovat läsnä muissa tilanteissa, voi haastattelu kertoa kiinnostavasti siitä, mikä on kulttuurisesti mahdollista (Suoninen, 1997; ks. myös Alasuutari, 2001).

Leena-Maria Ehrling (2006) on tutkinut käynnissä olevan Helsingin psykoterapiaprojektin tiedonkeruumenetelminä käyttämiä puolistrukturoituja arviointihaastatteluja keskusteluntutkimuksen näkökulmasta. Ehrling osoittaa, että potilaiden psyykkiset kokemukset eivät siirry sellaisenaan tutkimusaineistoksi, vaan aineisto koostuu vuorovaikutuksellisesti

tuotetusta tiedosta. Silti tällaiset haastattelut ovat hänen mukaansa toimiva tapa saada tietoa psykoterapian tuloksista. Puolistrukturoitu haastattelu mahdollistaa potilaan subjektiivisen kuvauksen ja yhdessä tuotetun tulkinnan tarkastelun. Haastattelijat johdattavat haastateltavia ottamaan itseään havainnoivan asenteen. Vaikka puolistrukturoituja haastatteluja on arvosteltu siitä, että strukturoimattomat osuudet voivat suunnata puhetta pois alkuperäisestä tutkimusaiheesta, osoittaa Ehrlingin tutkimus, että juuri strukturoimattomat vuorot ovat vuoroja, joissa haetaan ymmärrystä haastateltavan puheesta ja yhdessä tuotetaan merkityksiä. Näin ollen ne ovat tärkeitä puheenvuoroja erilaisten näkökulmien esiin saattamisessa.

Haastattelijan ja haastateltavan välinen luottamuksellinen suhde mainitaan usein tärkeäksi tekijäksi haastattelujen toteuttamisessa (mm. Hirsjärvi & Hurme, 2001; Kvale, 1996). Haastattelijan on löydettävä tasapaino tiedon hankkimisen ja tunneperäisen vuorovaikutuksen välillä. Koska tieto syntyy keskustelun kautta vuorovaikutuksessa, tuon vuorovaikutuksen laatu vaikuttaa tiedon laatuun. Pyrin haastatteluissa luottamuksen lisäämiseen mm. kertomalla tutkimuksestani ja kiinnostuksestani siihen antamalla haastateltaville mahdollisuuden esittää kysymyksiä, aloittamalla haastattelun hieman konkreettisemmista ja siten helpommista kysymyksistä sekä pyrkimällä aidosti kuulemaan ja ymmärtämään haastateltavien kertomusta.

Tarkoitukseni oli alun perin tukeutua vain väljästi haastattelurunkoon saadakseni mahdollisimman vapaata ja spontaania puhetta. Jouduin kuitenkin pysyttelemään aika tiukasti haastattelurungossa ja haastattelun kulku noudatti pitkälti tyypillistä kysymys-vastaus-asetelmaa. Terapia keskusteluaiheena oli ilmeisesti sen verran henkilökohtainen ja mahdollisesti arkakin asia, ettei siitä ollut luontevaa alkaa puhua spontaanisti vieraille haastattelijalle.

Ruusuvuori ja Tiittula (2005) toteavat, että perinteisesti haastattelijan tärkeänä pidettyä neutraaliuden ominaisuutta voi olla vaikea noudattaa kirjaimellisesti. Haastattelijan on helppo pitäytyä neutraalissa roolissaan sellaisten haastateltavien kanssa, jotka reagoivat haastattelijan vihjeisiin kertomalla lisää. Sen sijaan sellaisen haastateltavan kohdalla, joka vastailee hyvin lyhytsanaisesti eikä osoita innokkuutta kertoa asiasta lisää, haastattelijan on lähes pakko johdatella puhujaa eteenpäin esittämällä oletuksia. Ruusuvuori ja Tiittula korostavat, että välttämättä tällöin ei ole kyse suoranaisestä johdattelusta, vaan puheenaiheen suuntaamisesta. Haastateltavalla on aina myös mahdollisuus kieltää haastattelijan tekemiä oletuksia.

Tunnistin haastateltavissa näitä Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005) kuvaamia erilaisia haastateltavia. Siitä huolimatta koin haastattelujen sujuneen melko mutkattomasti ja saaneeni jokaiselta haastatellulta runsaasti arvokasta aineistoa. Aiheen henkilökohtaisuudesta johtuen koin välillä tarkennukset hiostavina tai painostavina. Silloin joustin täsmennysten vaatimisessa. Pidin tärkeämpänä sitä, että haastattelusta ei jää ikävää kokemusta haastateltaville.



### 2.3. Aineiston analyysi

Analysoin aineistoani diskurssianalyttistä lähestymistapaa hyödyntäen. Aluksi litteroin toteuttamani haastattelut sanatarkasti. Alustavaa analyysia tapahtui jo litterointivaiheessa. Myöhemmin aineistoa analysoidessani kuuntelin välillä haastatteluja uudelleen nauhalta, jotta ne pysyivät elävämpinä mielessäni. Kvale (1996) huomauttaa, että litteroidut haastattelut eivät ole tutkimuksen ”raakamateriaalia”, vaan ne ovat keinotekoisesti tuotettuja, dekontekstualisoituja keskusteluja, mutta välttämättömiä aineiston analysoimisen kannalta.

Litteroituani aineiston luin sitä moneen kertaan. Tässä vaiheessa pyrin sulkemaan pois mahdollisimman paljon ennakkotietojani ja -oletuksiani. Vaikka myöhemmin suhteutinkin analyysini tuloksia aiempiin tutkimuksiin mm. terapian vaikuttavista tekijöistä, en lähtenyt niitä etsimään aineistostani. Tässä mielessä lähestyin aineistoa Jokisen ja Juhilan (1999) määrittelemän tilanteisuuden ja kulttuurisen jatkumon janan tilanteisuuspäädästä. Jokinen ja Juhila puhuvat kulttuurin analyttisestä sulkeistamisesta, jolloin analyysi on hyvin aineistolähtöistä. Pyrin lähestymään tekstiä mahdollisimman avoimin mielin. Tämä aineistolähtöisyyden periaate liittyy tutkimukseni myös diskurssianalyysin analyttisen ja kriittisen suuntauksen janalla sen analyttiseen päähän (ks. Jokinen & Juhila, 1999).

Ensimmäisiä havaintojani oli terapiasuhteen ja terapeutin ominaisuuksien korostuminen monessa muuten varsin erilaisessa haastattelussa. Seuraavaksi aineistosta alkoi hahmottua kaksi erityyppistä tapaa puhua terapiakokemuksesta ja sen vaikutuksista. Toinen puhetapa korosti muutosta ja toinen tuen saantia. Yritin jakaa haastattelut niihin, jotka korostivat terapian tukea-antavaa merkitystä ja niihin, jotka korostivat sen muutosta aiheuttavaa merkitystä. Tämä jako osoittautui kuitenkin liian karkeaksi. Suurinta osaa haastatteluista ei voinut sijoittaa näin karrikoituihin luokkiin. Lisäksi useissa haastatteluissa esiintyi kumpaakin puhetapaa. Koko käsite ”tukea-antava” ”muutosta tuottavan” vastakohtana alkoi tuntua keinotekoiselta. Terapiasta saatu tuki voitiin rakentaa puheessa muutosta aiheuttavaksi asiaksi. Tulkintarepertuaarien käsitteet alkoivat tuntua jäykkiä luokituksia joustavammilta kuvaamaan niitä vaihteluita, joita puheessa tuotettiin terapiakokemuksesta puhuttaessa.

Sosiaalinen todellisuus hahmottuu meille erilaisten merkityssysteemien kautta. Näitä merkityssysteemejä kutsutaan joissain yhteyksissä diskursseiksi ja toisissa tulkintarepertuaareiksi (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993). Jokinen, Juhila & Suoninen määrittelevät diskurssit tai repertuaarit ”verrattain eheiksi säännömukaisten merkityssuhteiden systeemeiksi, jotka rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä ja samalla rakentavat sosiaalista todellisuutta” (1993, 27). Päädyin käyttämään tulkintarepertuaarin käsitettä, sillä se sopii tutkimuksiin, joissa tarkastellaan arkisen

kielenkäytön vaihtelevuutta (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993). Tarkastelin aineistoani ja identifioin siitä tulkintarepertuaareja Potterin ja Wetherellin (1987) suositusten mukaisesti etsimällä aineistosta eroja ja yhtäläisyyksiä.

Tutkin eri puhetapoja ensinnäkin sen perusteella, miten niissä puhutaan ongelmasta. Lisäksi kiinnitin huomiota terapian sisällön kuvauksiin, erityisesti siihen, miten terapiaprosessista puhuttiin. Pohdin, mitä näillä lausumilla tehtiin ja minkälaisiin positioihin ne asettivat toimijoita. Tällä tavoin tarkasteltuna tulkintarepertuaareja identifioitui neljä. Alustavan tuen saantia korostavan repertuaarin rinnalle muodostin kaksi muutosta korostavaa repertuaaria: itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaarin sekä elämänhistorian tutkimisen repertuaarin. Näiden lisäksi aineistosta oli tunnistettavissa vielä lääketieteellistä ja psykososiaalista asiantuntijatietoa korostava tulkintarepertuaari, jonka nimesin tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaariksi.

Juhila (1999) on erotellut erilaisia tutkijan positioita. Näistä positioista omani näyttäisi liittyvän tulkitsijan positioon. Juhilan mukaan ”tulkitsijan positioon asettuvalla diskurssianalyttikolle tutkimusaineistot, erilaiset puheet ja tekstit, näyttäytyvät monenlaisten mahdollisuuksien maailmana. Niitä voi kuunnella ja lukea lukuisilla eri tavoilla” (1999, 212). Tulkitsijan position vuorovaikutuksellinen suhde oli läsnä konkreettisesti jo aineistoa kerätessäni: haastattelevana tutkijana olin yksi aineiston tuottajista. Mutta kuten Juhila toteaa, tutkija on vuorovaikutuksen osapuoli myös analysoidessaan aineistoa. Aineistoni mahdollisti monia eri tulkintatapoja, ja tutkijana puhuttelin sitä valitsemani lähestymistavan kautta.

Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi olen pyrkinyt liittämään mahdollisimman kattavia aineistonäytteitä analyysini tueksi. Näin lukijalle tulee mahdolliseksi seurata ja arvioida analyysin logiikkaa. Laajasta ja monipuolisesta aineistosta kuitenkin väistämättä vain hyvin pienen osan voi näyttää tutkimusraportissa, ja paljon rikasta ja kuvaavaa materiaalia jää valitettavasti lukijoiden ulottumattomiin.

### 3. TULOKSET

Esitän tulokset kahdessa osassa. Ensiksi kuvaan aineistosta muodostamani tulkintarepertuaarit ja toiseksi esitän muodostamani rekonstruktiot jokaisesta haastattelusta näitä tulkintarepertuaareja käyttäen. Aineistonäytteissä haastateltavien henkilötietoja on muutettu tunnistamisen välttämiseksi. Kaikki esiintyvät nimet ovat keksittyjä. Näytteissä on käytetty kirjaimia T ja H, joista T tarkoittaa tutkijan ja H haastateltavan puheenvuoroja. Luettavuuden helpottamiseksi olen kursivoinut tutkijan puheenvuorot. Ensimmäisen tulososion näytteiden lopussa on merkitty kirjaimella H ja numerolla, mistä haastattelusta kyseinen näyte on (H1, H2 jne.) Näytteiden loppuun olen jättänyt myös alkuperäisen litteroinnin rivinumerot, jotta halutessaan lukija voi suurin piirtein hahmottaa, mistä kohden haastattelua näyte on. Rivejä oli yhdessä haastattelussa keskimäärin 700-1000. Lisäksi näytteissä on käytetty seuraavia erikoismerkkejä:

(.)	alle sekunnin mittainen tauko
(2)	tauco ja sen kesto sekunteina
.	laskeva intonaatio
,	tasainen tai nouseva loppuintonaatio
<u>alleviivaus</u>	painotus
((tekstiä))	litteroijan omia kommentteja

#### 3.1. Haastattelupuheesta identifioidut tulkintarepertuaarit

Identifioin haastatteluaineistosta neljä erilaista puhe- ja tulkintatapaa haastateltavien terapiakokemusten kuvauksista ja suhteesta ongelmiinsa. Nimesin nämä puhettavat tuen saannin repertuaariksi, tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaariksi, itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariksi sekä elämänhistorian tutkimisen repertuaariksi. Saman haastateltavan puhe saattoi sisältää kaikkia eri repertuaareja, joskin tietyt repertuaarit esiintyivät joillain haastateltavilla hallitsevina. Tulkintarepertuaarin muodosti paitsi samansuuntainen sisältö, myös puheen rakenne ja funktio. Puhetapojen jaottelemisen tiettyyn kategoriaan ei ollut ristiriidatonta, sillä useat puheenvuorot sisälsivät aineksia monista tulkintarepertuaareista. Esittelen seuraavaksi eri tulkintarepertuaarit aineistosta poimittujen tekstinäytteiden avulla.

## Tuen saannin repertuaari

Nimesin tuen saannin repertuaarin yhteisnimitykseksi sellaisille puhetaivoille, jotka korostivat sen merkitystä, että oli aika ja paikka, jossa voi kokea saavansa tukea ja huolenpitoa ja jossa sai purkaa mieltä painavia asioita. Tällä tarkoitan usein jo kulttuuriseen arki ajatteluunne liittyvää ajatusta, jonka mukaan pelkkä asioiden ääneen puhuminen tuottaa jonkinlaisen vapauttavan tai puhdistavan kokemuksen. Keskeisiä olivat myös kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen teemat. Terapiasuhteella oli tässä puheessa tärkeä merkitys, pelkkä terapeutin asiantuntemus ei tuntunut riittävän, vaan puheessa korostui terapeutin aito kiinnostus potilaaseen, läsnäolo ja huolenpito.

Tuen saannin repertuaari muodosti jonkinlaisen perustan muille tulkintarepertuaareille. Useimpien haastateltavien puheessa tuen merkitys korostui perusedellytyksenä muille terapeutisille tekijöille ja repertuaareille. Tuen saannin merkitys korostui erityisesti ongelmia ulkoistavassa puhetaivassa, jossa ongelmat rakentuivat ympäristöstä, monesti senhetkisistä vaikeista elinolosuhteista, johtuviksi.

**H:** ...on semmosia ulkopuolisia tuota, (.) jotka niinku vaikuttaa meidän elämään hirveen paljon.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Sieltä kautta tulee sellasia, (1) ristiriitoja ja (H3, r. 61-64)

Vaikeiden asioiden purkamisen vapauttava kokemus esiintyi joissain haastattelujen kohdissa lyhyinä katkelmina:

**T:** *Minkälainen olo sulla oli sieltä lähtiessä?*

**H:** Rentoutuneempi. (1) Tai semmonen et oli saanu kaikki asiat ulos. (H8, r. 72-73)

((edeltänyt keskustelua siitä, miten asiakkaan ongelmallinen kokemus äitisuhteestaan muuttui terapian aikana))

**T:** *Mm-m. (2) Se on aika jännä et mitenhän se on tapahtunu ku tavallaan siitei oo kuitenkin sillai puhuttu, (.) sen enempää tai käsitelty siellä mut se on ikään kun,*

**H:** En mä tiedä nii ett kai siinä sai kun mä sain purettua kaiken sillon ensimmäisinä kertoina kaikki ne asiat mitä äidistäki on.

**T:** *Joo-o.*

**H:** Ja joku vaan kuunteli. (H8, r. 721-726)

**T:** *Millä tavalla se ((terapia)) autto? Mitä sää luulet mikä siinä oli hyvää?*

**H:** Just että sai purettua niitä tunteita sieltä poies ja, (H7, r. 132-133)

Käsitys siitä, että ”puhuminen auttaa”, on ilmeisesti sen verran yleinen kulttuurissamme, että mikäli purkautumista ei koettu riittävänä, vaati se perusteluja. Eräs haastateltavista (H1) ei kokenut keskusteluavusta eräässä toisessa yksikössä olleen hyötyä, koska siellä ”vaan” puhuttiin siitä, miten oli mennyt. Haastateltava kuitenkin lievensi kritiikkiään seuraavasti:

**H:** ...onhan se nyt se hyvä puoli että saa jollekin valittaa tai kertoa tai muuta,

**T:** *Mm-m.*

**H:** ja toinen suostuu kuuntelemaan mutta, (1) tota niin, (1) ei siinä muuten semmosta niin kovin paljon ollu, (.) hyötyä.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Tietysti se että saa, (.) kai se ois ollu vielä pahempi jos ei ois ollu, (.) kellekään saanu valittaa. (H1, r. 77-83)

Useimmissa haastatteluissa korostui tuen saannin lisäksi myös muutoksen tarve. Tuen saaminen voi olla edellytys muutokselle. Lisäksi haastateltavien terapiasuhteen laatua ja ilmapiiriä korostavassa puheessa esiintyi piirteitä, joita voisi halutessaan tulkita vaikkapa korjaaviksi kokemuksiksi. Niillä on monen psykoterapiaviitekehyksen mukaan jo itsessään suuri muutosta aiheuttava merkitys. Seuraavista näytteistä näkyy empatian ja luottamuksen tärkeyden painottuminen.

**H:** Ja tämmösiin niinku asioihin mä toivon että, (.) terapeutti ottas osaa ja sitten semmonen että, (1) että välttämättä, (.) potilas ei itse uskalla, (1) olla semmonen lämmin. (.) Ja ei välttämättä osaa olla niinku, (1) semmonen tunteellinen. Mut jos niinku terapeutti osais olla osais niinku näyttää, (.) sellasia niinku että, (3) tunteellisia tai niinku sellasia empaattisuutta ja sympaattisuutta niin,

**T:** *Mm-m.*

**H:** niin sekin ois semmonen niinku, (1) niinku parantava voima, yks asia siinä terapiassa sitte. (H5, r. 455-460)

**H:** ... mulloli niinku, (.) semmonen totaalinen luottamus sitä ihmistä kohtaan, (.) et toi ei mee kellekään kertomaan mun asioita.

**T:** *Joo.*

**H:** Toi kestää niinku kerroin mä mitä tahansa niin, (.) toi ihminen kestää sen, (H6, r. 177-180)

Tuen saannin repertuaarissa asiakkaan positioksi muodostui tuen ja myötätunnon tarvitsijan positio. Hänen toimijuutensa suhteessa ongelmaan oli vähäinen, hän oli usein ulkopuolisten ongelmien uhri, mutta terapiaprosessissa hän aktiivisesti puhumalla purki ongelmallisia kokemuksiaan. Terapeutin positioksi muodostuivat myötäeläjän, ymmärtäjän ja huolenpitäjän positiot.

### **Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaari**

Nimesin tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaariksi sellaisen puhettavan, joka painotti asiantuntijatietoutta ja tämän tiedon essentiaalista luonnetta. Pääosin tällöin liikuttiin lääketieteellisen tiedon alueella, jolloin tulkintarepertuaaria voisi kutsua myös medikalistiseksi repertuaariksi. Usein kyseessä oli tilanne, jossa haastateltava määritteli ongelmaansa ja kertoi syytä terapiaan hakeutumiselle. Lähtökohtana oli asiantuntija-apua vaativa ongelma. Haastateltava esimerkiksi kertoi ”sairastuneensa masennukseen” tai totesi että ”unettomuushan on yks niistä pahimmista masennuksen oireista”. Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarista käsin puhuessaan haastateltavat olivat omaksuneet sitä erityistä tietoa, jota ko. alan asiantuntemus vaatii. Käsitys

ongelmasta oli ulkoistava ja yleensä lääketieteellinen. Ongelma oli jokin sairaus tai oire, joka tuli ikään kuin ulkopuolelta.

”Ja nyt kun oli tuo, (1) masennuskin siinä niin,” (H1, r.15)

”Mä sairastuin vuonna 97 ensimmäistä kertaa syvään masennukseen ja, (.) ja tota, (1) jotenkin selvisin siitä. Se uusi sitten vielä 99.” (H4, r. 35-36)

Ensimmäisessä näytteessä masennus oli jokin tietty, *tuo* masennus, jonka olemassaolo oli sen verran kiistaton, ettei se tarvinnut enempää selitystä. Toisessa näytteessä medikalistinen ajatus rakentui erityisesti termissä *sairastua* masennukseen, ja tätä ajatusta tuki vielä lääketieteestä tuttu termi *uusiutua*.

Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarissa terapian keskeiseksi sisällöksi määriteltiin tiedon saanti. Puheessa rakennettiin käsitystä siitä, että haastateltava oli ollut ongelmansa suhteen sellaisessa tilanteessa, jossa tarvittiin asiantuntijan tietoa. Tällöin kuva terapeutista rakentui asiantuntijana, joka pystyi sanomaan mistä asiakkaan tilanteessa oli kyse, sekä kertomaan, mitä tähän ilmiöön yleensä sisältyy.

**H:** ... (.) et mun oli hirveen vaikee lähteä siihen, (.) se oli vaikee, (.) Raili ((terapeutti)) sai mut ymmärtämään sen, (1) et mulla on niinku, (1) tavallaan sairaus.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Tai et se sai mut niinku myöntämään sen ittelleni. (H8, r. 263-266)

**H:** Niinku sanoisin vielä sitä että se tuntu se, (1) täällä kun lääkäri sano

**T:** *Mm.*

**H:** että on niin kipee, (1) oli se niinku, (1) jonkinmoinen helpotuskin se,

**T:** *Mm-m.*

**H:** Että tavallaan sai, (1) sai niinku sen diagnoosin ja sai tietää että, (1) nyt on kunnon sairausloma tiedossa ja, (1) ei tartte mennä takasin. (H2, r. 366-371)

Jälkimmäisessä näytteessä ilmaus ” että on niin kipee” liittyyneeseen siihen ajatukseen, että ”kipeyttä” voi olla eri asteista, mutta lääkäri asiantuntijatietonsa perusteella pystyi sanomaan haastateltavan olevan *niin* kipeä (että ilmeisesti tarvitsi hoitoa). Asiantuntijan diagnoosia ei tule mieleen kyseenalaistaa, se esitetään ikään kuin totuutena, jonka haastateltava *sai tietää*.

**H:** Että se joka mua on auttanut niin, (2) niin ei se oo se että, (2) että että, (.) puhutaan kaikenmaailman muita asioita. (1) Kyllä se on, (.) on se että on, (.) pystynyt jäsentämään tätä hommaa ja panemaan sen järjestykseen.

**T:** *Joo.*

**H:** Ja sanoa mitä kannattaa tehdä kuinka ja, (.) oikeestaan ennenkaikkea sitä että niin, (.) että se niinku, (.) kun mä kerron asioita niin, (.) se heti tunnisti ja sano joo että, (.) että se on sitä ja sitä ja se kuuluu siihen ja siihen ja, (.) se kuuluu nyt niinku tähän, (.) tähän hetkeen ku se niinku kyseli sitä että, (.) että miltä nyt tuntuu ja muuta tommosta ja ku kerto ja, (.) mitä oli, (1) tuntenu tai tuntemuksia ja muuta niin se sitten usein pysty puuttumaan siihen että joo että, (.) että susta nyt tuntuu tältä ja sä oot niinku, (.) sä oot niinku nyt tässä vaiheessa, (H2, r. 487-496)

Esimerkissä terapeutin asiantuntemus oli melko ehdotonta, haastateltavan rakentaman käsityksen perusteella terapeutti kykeni tunnistamaan haastateltavan tilanteen (ainoan oikean) laidan.

Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarissa kyse voi olla lääketieteellisen asiantuntijuuden lisäksi ns. psykososiaalisesta asiantuntijuudesta, jolloin terapeutti oli voinut kertoa mm. minkäläinen käyttäytyminen on normaalia tai mitä kuuluu mihinkin ikävaiheeseen. Lääketieteellisessä asiantuntijuudessa kyse oli useimmiten diagnosoinnista ja tiedon antamisesta ko. diagnoosista, jolloin tilanne tai asia määriteltiin ongelmaksi. Psykososiaalisessa asiantuntijuudessa tilanne oli usein päinvastainen, eli kyse oli normalisoinnista, jossa asiantuntijuuteen vedoten voitiin tilanne tai asia määritellä normaaliksi. Seuraavassa esimerkissä tällainen asiantuntijatiedon ”luonnollisuus” näkyy esimerkiksi –han–päätteistä (lapsethan, noinhan):

**H:** Että, (.) mä ymmärsin, (.) koskaan ei sen tarkemmin puhuttu siitä mut mä ymmärsin että Helenalla ((terapeutti)) myöskin on lapsia, (1) mä en tiedä onko samanikäisiä, (.) ehkä kenties on,

**T:** *Mm-m.*

**H:** Mutta aika usein tuli että joo että, (.) lapsethan on tollasia ja,

**T:** *Mm-m.*

**H:** Noinhan ne tekee ja,

**T:** *Joo-o.*

**H:** ja näin. Et mun mielestä se oli kans niinku tosi, (1)

**T:** *Joo.*

**H:** tosi hyvä. (H6, r. 342-351)

Terapeutin asema tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaaria käytettäessä oli asiantuntijan tai opettajan positio. Hän jakoi informaatiota ja tarvittaessa jopa toimintaohjeita. Tulkintarepertuaarissa muodostui käsitys olemassa olevasta, varmasta tiedosta.

Tulkintarepertuaarien rajat eivät olleet selviä ja liukuminen repertuaarista toiseen tapahtui paikoin nopeasti. ”Puhtaassa” tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarissa, jossa terapian merkitys oli lähinnä tiedon saaminen, asiakkaan positio oli tiedon vastaanottajana passiivinen. Haastateltavat eivät kuitenkaan tuottaneet itselleen pelkästään passiivisen tiedon vastaanottajan identiteettiä, vaan olivat usein aktiivisia saamansa informaation käsittelijöitä. Voidaan ajatella, että tässä kohdassa olikin jo siirrytty itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariin. Medikalistinen selittäminen ja asiantuntijatiedon vastaanottaminen eivät yleensä olleet riittäviä selittämään ja tuottamaan muutosta, vaan tarvittiin myös asiakkaan aktiivista osuutta tilanteen parantamiseksi.

### **Itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaari**

Itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariksi nimesin puhettavan, joka korosti terapiaprosessin vaikutuksia havaitsemiseen, tarkkaavuuteen ja ajatteluun. Puheessa korostui oppiminen sekä ajatusten yhteys tunteisiin ja toimintatapoihin. Puheen rakenne erosi tiedon saannin ja jäsentymisen

repertuaarista mm. siten, että puheessa oli paljon ”tekemistä”: siinä kuvattiin toimintaa ja käytettiin minä- ja me-muotoja.

Itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaarista käsin ongelma oli jotain itsessä olevaa, esimerkiksi ongelmallinen ajattelu- tai toimintatapa. Koska ongelmaa ei ulkoistettu, myös ratkaisun avaimet olivat omissa käsissä. Terapian sisällöksi muodostui ongelmakohtien tunnistaminen ja muuttaminen tai uudenlaisen asenteen omaksuminen niihin. Terapian kuvauksissa korostui aktiivinen psyykkinen työ.

”No, (1) kyllä se ((terapia)) tietysti on eräällä tavalla semmosta ajatusten selkeyttämistä ja sitä, (1) tavallaan sen oman ajattelutavan muut- muuttamistakin ja, (1) pyrkimystä löytää niitä positiivisia asioita ja,” (H1, r. 242-244)

On vaikea sanoa, mitä haastateltava alkoi sanoa ensimmäisellä muut-alkuisella puhunnalla, mutta valittu verbi *muuttaminen* korostaa selvästi omaa tekemistä verrattuna siihen, että hän olisi käyttänyt verbiä *muuttuminen*. Oman ajattelutavan *muuttaminen* oli jotain, mitä hän teki itse. Oma toimijuus korostui myös seuraavassa näytteessä:

”Ja sit mä opin, (.) opin Teijalta ((terapeutti)), (2) hyviä, (1) työskentelytapoja itellekin, (.) ku hallita tavallaan, (1) tai hallita ja hallita, (.) hallita ajatuksia tai ymmärtää niitä ja ymmärtää niitten syitä,” (H4, r. 68-69)

Ongelmalliseksi koetun asian helpottamiseksi voitiin paitsi tarkastella ajatusten yhteyttä ongelmaan myös toiminnan yhteyttä ongelmaan. Erilaisia toimintatapoja kokeilemalla voitiin vaikuttaa ongelmalliseen kokemukseen. Tämä näkyi erityisesti pakko-oireisesta häiriöstä kärsivän henkilön haastattelussa, joka kertoi terapian sisältäneen paljon käytännön harjoituksia:

**H:** No siinä harjoteltiin ku mulla oli just niin paljon semmosia mitä asioita niinku ihminen tai mulloli tarkistuspakko. Tai on nyt edelleenkin tietenkkin, (1) niin, (1) siinä käytiin mä sain tehdä tiettyjä asioita, (1) niitten ohjeitten mukaan. Ja mitä mä en saa tehdä ku tulee semmonen, (.) ku tulee se pakkotunne et on pakko mennä tarkistamaan ovi esimerkiks, (.) niin mä en saanu tehdä sitä.

**T:** Joo.

**H:** Niin ku niitä jatkettiin monta viikkoa,

**T:** Joo.

**H:** niin se, (.) ne jäi, (.) kerta kaikkiaan pois kun niitä harjotteli.

**T:** Joo-o.

(2)

**H:** Että ku oppi elämään ilman niitä ja näki sen ettei siinä tapahdu mitään vaikka sä et tee tiettyjä asioita kolmee kertaa. (H8, r. 155-166)

Itsensä pakottamisella toimimaan tietyllä tavalla oli haastateltavalle positiivinen vaikutus. Hän *oppi*, ettei mitään pahaa tapahdukaan, vaikkei asioita tarkastelekaan koko ajan.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Voidaan ajatella, että tämäntyyppinen oppiminen on luonteeltaan erilaista kuin tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaariin sisältyvä melko passiivinen tiedon vastaanottaminen. Itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaarissa oppiminen on aktiivinen, itsehavainnointia edellyttävä tapahtuma.



Itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaarissa asiakkaan positio oli aktiivinen tiedon käsittelijän positio. Hän oli oman mielensä tutkija. Näistä itsetutkiskeluista seurasi uusien ajattelutapojen, arvojen tai toimintatapojen oppimista. Terapeutin positioksi rakennettiin tässä puhettavassa valmentajan tai ohjaajan positio. Terapeutti oli myös muutostyön tukija.

**H:** ...mä koin tärkeänä, (1) et hän niinku laitto ponnistelemaan, (.) ite tekemään duunia,

**T:** *Mm-m.*

**H:** Ja se, (1) et hän ei missään vaiheessa ottanu sitä, (2) toi sen ilmi et se prosessi mikä on tapahtunut niin mä oon tehny sen itse.

**T:** *Joo-o.*

**H:** Hän on ollu siinä mukana mutta,

**T:** *Joo.*

**H:** et se on kuitenkin, (1) mussa tapahtunu se asia. (H4, r. 329-337)

Itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariin liittämäni uusien ajattelutapojen oppiminen tai arvojen muutos johti usein uudenlaisten merkitysten antamiseen asioille ja tapahtumille. Tällöin oltiin jo toisen, elämänhistorian tutkimisen repertuaariksi nimeämäni tulkintarepertuaarin rajoilla.

## **Elämänhistorian tutkimisen repertuaari**

Puhetapaa, jossa terapian keskeiseksi merkitykseksi muodostui uudenlaisen ymmärryksen saaminen omaan elämäntarinaan, olen nimennyt elämänhistorian tutkimisen repertuaariksi. Siinä korostuivat ymmärryksen ja hyväksynnän sekä sallivuuden ja anteeksiannon teemat. Nämä liittyivät usein menneisiin tapahtumiin tai ympäristötekijöihin. Siinä missä itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaarissa uusi ymmärrys koski omia mielensisäisiä asioita, elämänhistorian tutkimisen repertuaarissa ymmärrys liittyi elämäntapahtumiin ja esimerkiksi läheisiin ihmisiin ja heidän käyttäytymiseensä. Terapian merkitys oli koota usein sirpaleisiksi koetuista elämäntapahtumista ja ristiriitaisista tunteista ymmärrettävämpi ja ehyempi kertomus.

Käsitys ongelmista oli usein kehityspsykologinen: ongelmat johtuivat menneistä tapahtumista, esimerkiksi lapsuudenaikaisista kaltoin kohtelun kokemuksista tai myöhemmistä rankoista elämänvaiheista.

”No aluks me Helenan kanski käytiin sitä, (1) kun Helena tuli siihen mukaan että, (.) menneisyyttä purettiin, (.) mulla oli niin paljo kaikkea, (.) asioita jääny ratkomatta,” (H7, r. 116-117)

**H:** Mä oon itse asiassa yrittäny saada mun yhtä kaveria terapiaan kun hän on ollu sitä mieltä, (.) että siellä kaivellaan vaan vanhoja asioita.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Niin mä oon yrittäny sitte selittää että se nimenomaan, (.) on justiin sitä.

*T: Mm-m.*

**H:** Että se kuuluu että siellä käydään kaikki niinku lapsuudesta koska kaikki pienet asiat joita itte ei aattele niin, (1) ne vaikuttaa tän hetkiseen tilanteeseen.

*T: Mm-m.*

**H:** Että miten sen itte huomaa että, (.) ihan niinku pienet asiat lapsuudesta niin ne vaikuttaa nyt.

*T: Joo.*

**H:** Minkälainen sä oot nyt, (H8, r. 655-665)

Elämänhistorian tutkimisen repertuaaria käyttämällä haastateltavat rakensivat kuvaa terapiasta psyykkisenä työnä, jossa he omaa elämäntarinaansa kertomalla ja saamalla siihen terapeutilta vastakaikua muokkasivat omaa näkemystään elämästään omaksumansa uuden ymmärryksen kautta.

**H:** Niin, (.) tota, (.) sain puhua niistä ja sain jonkinlaisen selityksen sille että, (1) et miksi toi ihminen on käyttäytyä tolla tavalla.

*T: Mm-m.*

**H:** Et sai niinku, (1) Helena käytti siitä jotain sellasta hyvää termiä että sai niin kun, (1) nyt mä en muista sitä termiäkään, (.) mutta sai niin kun tämmösen kertomuksen itsellensä tehtyä,

*T: Joo-o.*

**H:** niinku omasta elämästään. Siis just sitä et, (.) toi ihminen on tolla tavalla sanonut, (.) kohdellut mua tolla tavalla ja miksi, (.) tää on mennyt tällä lailla. Mä sain jonkinlaisen selityksen niistä asioista niin se helpotti niinku ihan hirveesti. (H6, r. 119-127)

Selvityksen saaminen asioille tulee lähelle tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaaria, jossa haastateltavat usein korostivat diagnoosin saamisen merkitystä tilannettaan selventävänä asiana. Ero tähän repertuaariin oli kuitenkin se, että elämänhistorian tutkimisen repertuaarissa terapeutilta saatu palaute ei ollut ehdotonta tietoa, vaan yksi mahdollinen tulkinta asioihin. Tällöin haastateltavan oli itse tehtävä työ sen arvioimiseksi, voiko tällainen tulkinta pitää paikkaansa.

Tärkeäksi osaksi elämänhistorian tutkimisen repertuaaria nousi dialogisuuden korostaminen: pelkästään asioiden purkaminen ei auttanut, vaan tärkeää oli saada kommentteja ja myös uusia tulkintatapoja ja näkökulmia. Terapeutin positioksi muodostui ymmärtävän keskustelijan positio. Terapeutti pystyi tarjoamaan uusia näkökulmia ja vaihtoehtoisia tulkintoja.

**H:** Kyllä, (.) nimenomaan se että, (.) että, (1) joku sanoo mulle niinku, (1) mitä ajattelee siitä asiasta.

*T: Mm-m.*

**H:** Ettei vaan voivottele ja, (1) mun mielestä se on niinku tosi tärkeää et siinon niinku jonkinsortin vuorovaikutus.

*T: Joo-o.*

**H:** Et se on niinku semmosta keskustelua et se ei oo,

*T: Aivan.*

**H:** vaan sitä yksinpuhelua. (H6, r. 422-429)

Elämänhistorian tutkimisen repertuaarista käsin haastateltavan toimijuus rakentui aktiivisena aivan kuten itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaarissa. Kummassakin käytettiin paljon aktiivisia

minä- ja me-muodossa. Haastateltavalle rakentui aktiivinen elämäntarinansa uudelleenrakentajan positio.

## Repertuaarien yhteenveto

Olen nyt esitellyt neljä muodostamaani tulkintarepertuaaria, joita haastateltavat käyttivät puhuessaan käymästään terapiasta. Seuraavassa taulukossa (taulukko 2) esitän tulkintarepertuaarit ja niiden ominaisuudet tiivistetyssä muodossa. Repertuaarien nimeäminen on aina jonkinlainen kompromissi kertoa jotain haastattelupuheesta tunnistettavista olennaisimmista huomioista. Mitkään tulkintarepertuaarit tuskin esiintyvät näin selvärajaisina luokkina haastateltavien puheessa.

**Taulukko 2.** Terapiakokemuksia käsittelevästä haastattelupuheesta identifioidut tulkintarepertuaarit

tulkintarepertuaari	käsitys ongelmasta	terapian sisältö	haastateltavan positio	terapeutin positio
<b>tuen saannin repertuaari</b>	-ulkoistava: ongelmat ympäristössä, vaikeat elinolosuhteet	-vaikeiden asioiden purkaminen -ymmärretyksi tulemisen kokemuksen saaminen	-olosuhteiden uhri, tuen ja myötätunnon tarvitsija	-kuuntelija -myötäeläjä -ymmärtäjä -huolehtija
<b>tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaari</b>	-medikalistinen tai -”psykososiaalinen”	-informaation tarjoaminen -normalisointi	-passiivinen tiedon vastaanottaja	-asiantuntija/opettaja
<b>itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaari</b>	-ongelma itsessä, omassa ajattelu- tai toimintatavoissa	-tunteiden sekä ajattelu- ja toimintatapojen tunnistaminen ja muuttaminen (tai hyväksyminen)	-aktiivinen toimija ja oppija -oman mielensisäisen maailman tutkija	-valmentaja/ohjaaja -rohkaisija
<b>elämäntarinan tutkimisen repertuaari</b>	-kehityopsykologinen	-uudenlaisen suhteen luominen omaan elämäntarinaansa	-aktiivinen elämäntarinansa uudelleenrakentaja	-ymmärtävä keskustelija -uudenlaisten näkökulmien ja tulkintojen tarjoaja

Seuraavassa luvussa tarkastelen enemmän tulkintarepertuaarien funktioita sekä siirtymiä repertuaarista toiseen haastattelujen tapausselostuksien avulla.

## 3.2. Tapausselostukset

### 1. haastattelu - Tekniikoita ja toimintaa

Haastateltava oli 56-vuotias mies, jonka terapia oli haastatteluhetkellä vielä kesken, mutta intensiivisin vaihe oli päättynyt yli puoli vuotta sitten. Haastatteluhetkellä terapia merkitsi seurantakäyntejä harvakseltaan, seuraava aika oli vasta kuukausien päästä. Kyseinen terapia oli kestänyt reilut kaksi vuotta, ja sitä ennen haastateltavalla oli ollut noin kahden vuoden terapiakontakti toisessa yksikössä. Haastateltava nimesi itse ongelmakseen masennuksen.

Haastattelu tehtiin haastateltavan kotona, ja se kesti noin 40 minuuttia.

Haastateltavan (H1) hallitseva puhetapa oli itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaari. Ongelmanmärittelyssä hän nojautui kuitenkin jossain määrin tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarin mukaan lääketieteelliseen selitysmalliin nimeten ongelmansa masennukseksi:

”Ja kun nyt oli tuo, (1) masennuskin siinä niin,” (r. 15)

”Silloin todettiin tää masennus ja sitten mää kävin ensin tuolla...”(r. 41)

Masennus oli haastateltavalle tietty sairaus, ”tuo” tai ”tää” masennus, jonka määrittelemiseen ei tarvinnut sen enempää paneutua, se oli jotain ”silloin todettua”. Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarin käyttö tarjosi haastateltavalle keinon ymmärtää oloaan:

**H:** ...silloin kun menin sen lääkärin luona käymään ja se että kun siinä todettiin että tässä on kuitenkin masennuksesta kysymys.

**T:** *Mm-m.*

(3)

**H:** Jonkimmoinen (1) selvitys tuli,

**T:** *Joo-o.*

**H:** senhetkiselälle (.) pahalleololle ja kaikennäköselle. (r. 230-236)

Ratkaisun ja muutoksen kannalta olennaiseksi nousi kuitenkin oma toiminta ja erityisesti oman ajattelutavan muutos. Haastateltavalla oli kokemus keskustelukäynneistä myös toisessa paikassa, mutta nuo käynnit hän koki riittämättömiksi, koska pelkkä asioista puhuminen (tuen saannin repertuaari) ei tuottanut toivottua muutosta:

**H:** Joo. No ei siitä nyt kovin paljon apua ollut siitä keskustelusta, (.) että se, (.) se nyt oli, (.) niitähän nyt käytiin tietysti, (.) onhan se nyt se hyvä puoli että saa jollekin valittaa tai kertoa tai muuta,

**T:** *Mm-m,*

**H:** ja toinen suostuu kuuntelemaan mutta, (1) tota niin, (1) ei siinä muuten semmosta niin kovin paljon ollu, (.) hyötyä. (r. 76-81)

Haastateltava liitti ongelmansa lääketieteellisen masennussairauden lisäksi myös ympäristötekijöihin ja senhetkiseen elämäntilanteeseensa. Ratkaisuksi ei kuitenkaan riittänyt tuen saannin repertuaarin mukaisesti vain saada ”valittaa” jollekin, vaan keskeiseksi muodostui oma

aktiivinen psyykkinen työ miettiä ja muuttaa ajatuksiaan ja arvojärjestyksiään ja löytää uutta sisältöä elämäänsä.

**H:** ... se on kuitenkin tämmöseen, (.) omaanki päättelyyn perehtyä, (.) ja sitä käytetään hyväksi,

**T:** *Mm-m,*

**H:** minkä, (1) sitte omilla aivoillaan yrittää löytää jotakin.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Selviytymistapoja tai keinoja tai, (2) ihan mitenkä pääsis ulos tästä,

**T:** *Mm-m.*

**H:** kierteestä. (r. 172-178)

**H:** se on varmaan niihin vaikuttanu eniten että on päässy niinku (1) irti siitä (2) sanosko työhulluudesta ja kaikesta tämmösestä yrittämisestä ja, (.) se että se työ on ollu kaikki kaikessa et,

**T:** *Mm-m*

**H:** oppinu että sitä on muutakin tässä elämässä ja tota niin, (r. 265-268)

”...kai se on se että on, (1) kuitenkin löytänyt tohon elämäänsä ja ajattelutapaansa muutakin, (3) mistä saa sitä sisältöä.” (r.475-476)

Jälkimmäisissä näytteissä haastateltavan puhe lähenee jo elämänhistorian tutkimisen repertuaaria. ”Työhulluudesta” irti pääsemisen ja sen oppimisen, mitä muuta elämässä oli, voidaan ajatella muokanneen haastateltavan elämäntarinaa uudelleen.

Haastateltava halusi nimenomaan päästä kognitiiviseen terapiaan, ja terapia oli hänen kohdallaan vastannut hyvin odotuksia. Keskeisenä hän piti terapiassa annettuja tehtäviä ja omaa aktiivisuuttaan tehtävien tekemisessä:

”...kyllä se sillä tavalla että kun vaan, (2) kun vaan ottaa sen tosissaan että niin, (2) tekee kans niitä harjoituksia tai muita mitä siinä nyt tulee, (.) että ettei vaan jätä sen varaan että ku siellä istutaan, (.) se tunti.” (r. 180-182)

Harjoitusten avulla haastateltava oppi tunnistamaan aiempia ajatuksiaan ja saamaan tilalle vaihtoehtoisia ajatuksia. Terapeutin merkitys oli lähinnä terapiaprosessin ohjaajana toimiminen. Tämä haastateltava oli ainut, joka ei kysyttäessäkään nostanut merkittäviksi tekijöiksi terapisuhteen laatua tai terapeutin henkilökohtaisia ominaisuuksia. Hän mainitsi tärkeäksi ainoastaan terapeutin paneutumisen asiaansa. Pääasia oli, että terapeutti osasi käyttää tiettyjä tekniikoita.

Haastateltava ei osannut sanoa, minkälainen merkitys terapialla oli voinnin paranemisen kannalta, mutta ainakin harjoitusten avulla hän alkoi pohtia tilannettaan:

”Nii, (.) joo. Onko se sitten mistä kaikesta on ollu apua, se on lääkkeestä ja terapiasta mutta kyllä nyt kuitenkin, (.) sitä mää että tää alkaa olla voitettu että,” (r. 346-347)

”...tietysti niissä harjoitustöissä oli joitakin semmoisia missä joutui pohtimaan niitä mitä kaikkea tässä elämässä on ja on, (.) itselle tärkeitä.” (r. 371-372)

Haastateltavalla oli vielä jäljellä ns. masennuksen oireita (mm. univaikeuksia), mutta hän piti ratkaisevampana muutoksena ajatusten ja arvomaailman muutoksia. Muutokset olivat sen verran perustavanlaatuisia, että haastateltava uskoi niiden olevan pysyviä. Hän toi esille myös ympäristötekijöiden, mm. osa-aikatyön ja uusien työjärjestelyjen, merkitystä hyvinvointinsa kannalta.

## 2. haastattelu – Tiedon tarvetta ja toivon ylläpitoa

Haastateltava oli 50-vuotias mies. Haastattelun alussa selvisi pieni väärinymmärrys haastattelun fokuksesta, haastateltava totesi saaneensa sen käsityksen, että haastattelut liittyvät nimenomaan työuupumuksesta kärsineiden henkilöiden toipumiseen. Haastateltavan määritelmä omalle ongelmalleen oli siis työuupumus. Hän myös kertoi diagnosoinsa olevan masennus. Hän oli käynyt haastatteluhetkellä terapiassa kaksi vuotta, ja terapiakäynnit jatkuivat vielä harvakseltaan seurantamielessä. Haastateltava mainitsee käyneensä noin 20 vuotta sitten toisessa yksikössä ”melko freudilaisessa” terapiassa.

Haastattelu toteutettiin ilta-aikaan mielenterveyskeskuksen tiloissa. Kestoltaan haastattelu oli noin 1 tunti 15 minuuttia.

Haastateltava (H2) määritteli ongelmakseen loppuun palamisen, joka johtui liiasta työnteosta. Hän puhui ongelmastaan ensisijaisesti lääketieteellisestä tulkinnasta käsin: loppuun palaminen *sairastutti* hänet masennukseen. Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarin mukaisesti hänellä oli tietoa oiretason ilmiöistä: unettomuus oli ”yksi pahimmista, joka teki sen lopullisen uupumisen”. Myös ”paranemisesta” puhuessaan haastateltava puhui ensisijaisesti oiretason muutoksista. Tässä oli H1:n ja H2:n välillä merkittävä ero: H1 puhui paranemisesta ensisijaisesti ajattelutavan muutoksena, vaikka hänellä oli vielä masennuksen oireita (mm. unettomuutta).

Medikalistinen tulkinta ohjasi myös terapiakokemusten kertomista. H2 edusti haastateltavista ehkä selkeintä tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarista puhujaa, jolla muut tulkintarepertuaarit olivat käytössä huomattavasti vähemmän. En pystynyt selkeästi identifioimaan kuin yhden tekstikohdan kutakin muuta repertuaaria<sup>2</sup>. Haastateltavalle terapiassa tärkeintä oli saada tietoa tilanteestaan ja ”siitä missä mennään”.

**H:** ... oikeestaan ennen kaikkea sitä että niin, (.) että se niinku, (.) kun mä kerron asioita niin, (.) se heti tunnisti ja sano joo että, (.) että se on sitä ja sitä ja se kuuluu siihen ja siihen ja, (.) se kuuluu nyt niinku tähän, (.) tähän hetkeen ku se niinku kyseli sitä että, (.) miltä nyt tuntuu ja muuta tommosta ja ku kerto ja, (.) mitä oli, (1) tuntenu tai tuntemuksia ja muuta niin se sitten usein pysty puuttumaan siihen että joo, (.) että susta tuntuu tältä ja sä oot niinku, (.) sä oot niinku nyt tässä vaiheessa,

**T:** Mm.

**H:** Tätä terapiaa että, (.) että sen takia sulla nyt on täämösiä ja,

**T:** Joo.

**H:** ja, (1) sen huomaa että, (1) että se tiesi mistä se puhu.

**T:** Joo-o.

<sup>2</sup> On tosin tulkintakysymys, kuinka paljon tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarin voi nähdä liittyvän myös tuen saannin repertuaariin. Mahdollisesti tiedon saanti merkitsi H2:lle myös tuen saantia.

**H:** Että se, (1) seuras mukana ja pysty koko ajan, (1) tavallaan niinku kertomaan tavallaan että mitä tapahtuu. (r. 491-503)

**H:** Että siinä kyllä, (3) puitiin niitä asioista että se ei, (1) Kai ((terapeutti)) paljo, (1) kerto paljon esimerkkejä, (.) se puhu muista joilla oli ollu näitä samoja juttuja,

**T:** *Joo.*

**H:** ne oli sitten aina (1) semmosia jotka oli päässy siitä niinku ohi,

**T:** *Joo.*

**H:** Et paljo vertas niinku, (2) naisilla ja miehillä vähän eri, (.) eri tavalla reagoi ja,

**T:** *Joo.*

**H:** Että, (1) niistä keskusteltiin alussa aika paljo.

**T:** *Joo.*

**H:** Se varmaan tuli siitä, (2) yritti sanoa että, (1) en oo yksin tässä,

**T:** *Mm.*

**H:** Että, (1) näitä on ja näitä hoidetaan. (r. 315-326)

Tiedon saamisella vaikutti olevan toivoa ylläpitävä funktio. Kun haastateltava sai informaatiota siitä, että ”näitä on ja näitä hoidetaan” hänen oli helpompi luottaa myös siihen, että oma olo tulee helpottumaan. Vaikka haastateltavan oma toimijuus terapeutin muutoksen tuottamiseksi olikin puheessa vähäistä, hän kuitenkin rakensi omaa toimijuuttaan muilla alueilla. Hän alkoi aktiivisesti toimia oman olonsa parantamiseksi mm. palaamalla sairauslomalta töihin (”tuli tunne, ettei oleminen enää riitä”). Hänen selviytymistarinaan terapian rooli ei ollut muutoksen kannalta olennainen, mutta se oli informaation ja toivon saantipaikka.

Haastateltava toi useaan otteeseen esille sitä, kuinka arvosti terapeutin ammattitaitoa. Hän koki myös, että heillä ”synkkäsi hyvin yhteen”, mutta kysyttäessä terapeutin persoonallisuuden merkitystä haastateltava totesi, ettei sillä ole merkitystä:

**H:** ...ehkä ei ois ollu niin kivaa, (.) joka kerta, (.) siillon joskus aika kivaakin olla tai, (.) aika usein,

**T:** *Mm-m.*

**H:** Mutta, (.) eiköhän siellä oo se niinku, (1) se ammattitaito kumminkin joka siinä on,

**T:** *Mm.*

**H:** Että se joka mua on auttanu niin, (2) niin ei se oo se että, (.) puhutaan kaikenmaailman muita asioita. (1) Kyllä se, (.) on, (.) on se että on, (.) pystynyt jäsentämään tätä hommaa ja panemaan sen järjestykseen. (r. 482-489) ((Ympäröivistä puheenvuoroista selviää puhujan tarkoittavan sitä, että *terapeutti* on pystynyt jäsentämään hommaa))

Haastateltava ei uskonut terapiasta olevan apua mahdollisten tulevien ongelmien suhteen. Jokainen kriisi on omansa ja vaatii oman käsittelynsä. Ainut apu, mitä terapiasta voi olla jatkossa, liittyy informaation saantiin. Nyt haastateltava pystyisi tunnistamaan tilanteensa paremmin ja hakemaan ajoissa apua. Nyt hänellä oli myös kokemus siitä, että masennuksesta voi parantua. Tämä antaisi hänelle toivoa, jos vielä joutuisi uudelleen kriisiin.

Haastateltava kuvasi sairastaneensa masennuksen vähän kuin flunssan, jonka aikana ei auttanut tehdä muuta kuin odottaa parantumista ja luottaa siihen, että ennen pitkään niin tapahtuisi. Haastatteluaikoina perusteella ei ole tiedettävissä, onko itse terapiaprosessissa käytetty tiedon

saannin ja jäsentymisen repertuaarin lisäksi muita repertuaareja. Haastattelu kuitenkin näytti, että asiakkaan kannalta onnistuneen terapian kokemuksesta puhuminen voi rakentua pelkästään tämän repertuaarin varaan.

### 3. haastattelu – Huolten ja ongelmien purkamista

Haastateltava oli 40-vuotias mies. Kun aluksi annoin tietoa tutkimuksesta ja tiedustelin häneltä, onko hänellä vielä jotain kysyttävää ennen kuin laitan nauhurin päälle, hän kertoi pettyneensä lääkäriltä saamaansa informaatioon mielialälääkkeistä. Hän vastusti lääkityksen aloittamista, koska koki, ettei ollut saanut riittävästi tietoa lääkkeitä. Nyt, kun hän oli aloittanut lääkityksen, hän koki siitä olleen paljon apua.

Haastateltava ei tuonut haastattelussa esille lääketieteellistä diagnoosiaan. Haastateltavan yksilöterapian päättymisestä oli haastatteluhetkellä jo useampi kuukausi, mutta hän kävi edelleen mielenterveyskeskuksessa pariterapiassa puolisonsa kanssa. Yksilöterapeutti ei toiminut pariterapiassa. Yksilöterapia kesti vajaat kaksi vuotta. Haastattelu tehtiin päiväaikaan mielenterveyskeskuksessa. Haastattelun kesto oli noin 1t 10 minuuttia.

Haastateltavan suhde ongelmaan oli ulkoistava. Hän kuvasi elämäntilannettaan vaikeaksi. Hän ei mieltänyt ongelmia lainkaan lääketieteellisestä näkökulmasta, edes sana ”masennus” ei sisällynyt hänen haastattelupuheeseen, vaikka hän kokikin, että mielialälääkitys oli häntä auttanut. Haastateltava puhui sen sijaan ”huolistaan” ja ”ongelmistaan”, jotka liittyivät ympäristötekijöihin, ilmeisesti erityisesti ihmissuhteisiin.

*T: Sanoit että sulla oli vaikea elämäntilanne,*

**H:** Joo-o, (.) kyllä. Ja on se niinku, (1) vieläkin vaikea.

*T: Mm-m.*

**H:** Että tuota ei saa niinku, (.) parisuhde on niinku, (1) parempi nytten.

*T: Mm-m.*

**H:** Mutta sitten on semmosia ulkopuolisia tuota, (.) jokka niinku vaikuttaa meidän elämään hirveen paljon.

*T: Mm-m.*

**H:** Sieltä kautta tulee sellasia, (1) ristiriitoja ja, (r. 56-64)

Ongelman ulkoistamisesta seurasi, että terapian merkitys oli lähinnä tukea-antava. H3:lla ei ollut erityisiä odotuksia terapian suhteen, hän halusi ”nähdä, että miten se vaikuttaa”. Hän rakensi itseään passiiviseen tuen vastaanottajan positioon. Haastateltava puhui paljon tuen saannin repertuaaria käyttäen. Hän totesi monta kertaa, että kun on ulkoisia ongelmia, terapia ei juurikaan niihin auta, mutta niistä on hyvä puhua, ”purkautua”.

**H:** Joo kun mulla ei oo tota paljon ketään kenen kanssa niinku jutella asioista, (1)

*T: Mm.*

**H:** että en mä niinku vanhempienikaan kanssa ja näin,

*T: Mm.*

**H:** Niin ilman muuta parempi, (1) niinku olo, (.) sillai. (1) Mä koin että se oli niinku. (.) pelkästään niinku hyvä. (r. 244-249)



Se, mikä puhumisessa oli ”pelkästään hyvä”, jäi kuitenkin määrittelemättä. Tuen saannin repertuaarin käyttö ei tarjonnut mahdollisuuksia muutokseen. Seuraava näyte on suora jatko edelliseen:

**H:** Että niin, (3) vaikeehan on tuota sitten, (1) sitten tuota niinku, (2) varmaankaan niinku terapeutin antaa sellasia, (.) että teet näin ja näin ja näin.

**T:** *Mm-m.*

(2)

**H:** Et semmosia haluais tietysti mutta, (1) mutta niinku, (.) ei varmaan voi toisen elämää niinku hirveesti sillee et tee näin, (.) tää pitäis tehdä näin ja näin, (r. 251-256)

Näytteessä rakentui haastateltavalle varovainen toive siitä, että terapiassa oltaisiin voitu siirtyä tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarin mahdollistamaan neuvojen saamiseen. Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarin käyttö tässä haastattelussa liittyi terapeutin kykyyn psykososiaalisen tiedon asiantuntijana normalisoida joitain haastateltavan kokemuksia ja vahvistaa haastateltavan kokemusta siitä, että ulkoiset ongelmat ovat todellisia:

**H:** Että kyllähän se on niinku, (.) et se on vaan niinku hyvä että saa tai että, (.) niitä muiden mielipiteitä kuulee asioista ja näin että, (.) että kun tuntuu että onko itte ihan väärässä että ku on jotakin,

**T:** *Mm-m.*

**H:** asia ja näin, (.) ja sitten tuota niin, (1) saa niinku sillai vaan vahvistusta että ei tuo oo niinku normaalia käytöstä ((muiden, ympärillä olevien käytös)) ja tällasta.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Et ohan sekin niinku hyvä. (r. 265-272)

Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarista oli mahdollisuus siirtyä muutosta mahdollistavien elämänhistorian tutkimisen tai itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaareihin, kuten seuraavasta näytteestä käy ilmi:

**H:** Ku ittellä on tuota, (2) ainakin musta tuntuu että, (.) että ku, (.) on vaan näin, (.) niinku että ku ettei mulla niinku ulospääsyä tästä ongelmasta että se on niinku näin ja näin ja näin,

**T:** *Mm. Joo.*

**H:** niin, (.) niin niin ammattiauttaja voi sitten tuota, (1) sieltä vähän niinku poimia niitä, (2) niitä,

**T:** *Mm.*

**H:** niitä että ei se välttämättä ole niinku näin.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Et kyl mä ainakin huomasin sen että nii, (.) että pitää niinku omaa ajattelutapaa sitten niinku, (.) jostakin asioista vähän muuttaa. (r. 284-292)

Näytteessä terapeutti kuvautui ammattiauttajana, joka osasi poimia haastateltavan tarinasta varovaisesti kyseenalaistettavia kohtia. Tässä kuva terapeutista rakentui elämänhistorian tutkimisen repertuaarin mukaisesti toisenlaisten tulkintatapojen tarjoajaksi. Näytteen lopussa haastateltava siirtyi itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariin puhumalla ajattelutavan muutoksesta, joka pitää itse tehdä.

Terapeutilla oli haastateltavan mukaan ”ilman muuta merkitystä” terapian onnistumisen kannalta. Hyvän terapeutin ominaisuutena hän piti kokemusta. Hyvä terapeutti oli nähnyt erilaisia tapauksia ja osasi kokemuksensa avulla ”ohjata potilasta oikeaan suuntaan” (tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaari). Haastateltava kuvasi myös tilanteen luontevuutta ja sitä, että oli terapeutin kanssa ”samalla aaltopituudella”. Hänen terapeuttinsa saattoi mainita myös omista henkilökohtaisista asioistaan, kuten kertoa, mihin oli lähdössä lomamatkalle. Haastateltava koki tämän luottamusta edistäväksi asiaksi:

”Vaun pysty niinku sanoo jotakin. Ja sehän on kans niinku sellasta, (1) niinku edistää mun mielestä sellasta, (.) niinku luottamusta, (.) että itteki voi niinku, (.) avautua. (r. 682-683)

”Et se tosiaan että, (.) tärkeä ei oo vaan niinku, (.) et se toinen ei oo vaan niinku esine siinä terapeutin osassa vaan että on niinku ihminen.”(r. 1002-1003)

Koska hallitsevia repertuaareja olivat tiedon saannin ja jäsentymisen sekä tuen saannin repertuaarit, ei haastateltava kuvannut kovin vahvasti terapiaa muutoksen mahdollistajana.<sup>3</sup> ”Muutospuhe” näkyi haastateltavalla lyhyinä poikkeamina itsehavainnoinnin ja oppimisen (mm. edellä ollut esimerkki ajattelutavan muutoksesta) ja elämänhistorian tutkimisen repertuaarin puolelle.

” No varmaan sillai että tota niin, (1) piti niinku ruveta hyväksyyn se tilanne että tuota, (1) että niitä ongelmia on ja niihin ei välttämättä tuu ratkasua että niitten kans niinku, (.) niitten keskustelujen kautta sillai että, (.) pitää niinku, (1) sillälaila vähän niinku pyyhkiä niitä, (.) lakasta niinku maton alle, (.) että ne ei ois niinku kokoajan mielessä. Pitäis niinku, (.) saada sitä ajatusmaailmaa vähän niinku muuhunkin.” (r. 522-526)

Tilanteen hyväksyminen (osaksi elämäntarinaa?) voidaan nimetä elämänhistorialliseen repertuaariin liittämääni hyväksymisen teemaan. Toisaalta hyväksyminen edellyttää myös ajattelutavan muutosta, jolloin puhe voidaan liittää itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariin. Jälkimmäiseen liittyi myös idea ajatusten suuntaamisesta muualle. Ajattelutavan muutosta haastateltava piti terapian ansiona (”niitten keskustelujen kautta”), mutta oli epävarma siitä, kuinka pitkälle tämä muutos häntä auttaa. ”Oma elämä” oli jossain terapian ulkopuolella, jonne terapiassa opitut asiat eivät välttämättä tehoa:

**H:** Mut se on, (.) se on sillä laila että niin, (.) niin niin, (1) että tää terapia, (1) tää tää terapeutti, (1) niin, (1) se on niinku, (.) siinon niinku sillälaila mä en tiedä että niin, (.) kuitenkinhan mä joudun elämään sitä omaa elämää,

**T:** *Mm.*

**H:** ja mun täytyy niinku kaikkia niitä et, (.) niitä ongelmia ei välttämättä saa niinku ratkastua,

**T:** *Mm-m.*

<sup>3</sup> Tämä ei silti tarkoita, ettekö terapiaa olisi pidetty onnistuneena. H2:n tavoin myös H3 piti terapiaa hyvänä tukena, mutta siitä ei ollut apua muutoksen kannalta. Toisin kuin H2, H3 ei haastatteluhetkellä ollut kokenut merkittävää tilanteensa parantumista.

**H:** niinku kokonaan vaan niitten kans pitäis oppia elämään ja näin.

**T:** *Joo.*

**H:** Mutta niin, (3) sillälaillla on tuota, (3) niinku vähän, (.) vähän semmonen, (3) et et, (.) kuitenkin et täältä niinku saa niitä ohjeita ja tällasia tai sillä lailla että mitenkä ajatusmaailmaa mitenkä muuttais ja näin,

**T:** *Mm.*

**H:** Mutta niin, (.) se on sit eri asia että riittääkö se siellä, (1) niinku omassa elämässä. (r. 1098-1110)

#### 4. haastattelu – Matka omaan mieleen

Haastateltava oli 51-vuotias mies, jonka terapia mielensterveyskeskuksessa oli kestänyt vajaan vuoden. Tätä ennen hän oli ollut psykoterapiassa yksityispuolella useamman vuoden ajan. Hänen ongelmansa oli hänen omien sanojensa mukaan syvä masennus. Haastateltavan terapeutin antaman informaation mukaan terapia oli loppumassa, jäljellä oli enää muutama käynti harvakseltaan. Haastattelussa tuli kuitenkin ilmi, että haastateltava ei itse nähnyt terapiansa vielä olevan loppumassa, vaikka intensiivisin vaihe olikin ohi ja hän koki pärjäävänsä hyvin.

Haastattelu tehtiin illalla mielensterveyskeskuksen tiloissa ja kesti n. 50 minuuttia.

Ongelmanmäärittelyssä korostui välillä lääketieteellinen tulkinta, haastateltava puhuu ”sairastumisesta masennukseen”. Pääosin käytössä oli kuitenkin itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaari, jonka mukaan ongelmat olivat jotain haastateltavassa itsessä: hänen ajatuksissaan ja tuntemuksissaan.

”Mä tarkoitan just sitä, (.) sitä siis siihen että, (1) et just pääsee käsiksi näihin ajatusjumeihin mitä, (.) mitä itessä on. (r. 151-152)

Terapialla oli ollut suuri merkitys haastateltavan elämään itsetunnon vahvistumisen kannalta. Terapiassa tärkeäksi nousi itsehavainnoinnin kehittyminen. Haastateltava kertoi, että pääsi tutustumaan itseensä uudella tavalla, löysi itsestään uusia asioita ja pystyi ottamaan ikään kuin tarkkailevan asenteen suhteessa itseensä. Näissä muutoksissa auttoivat mm. terapiassa tehdyt ja opitut harjoitukset.

**H:** Mielikuvaharjoitteita ja sellaisia.

**T:** *Joo-o. (1) Miten sä koit, (.) minkälaista apua niistä oli, (.) mihin ne auttoi?*

**H:** Ää no, (.) ensinnäkin se, (.) että mä löysin sisältäni, (.) sellaisen salaisen paikan jossa mä saan olla ihan rauhassa, (.) missä multa ei vaadita mitään eikä, (.) kukaan ei odota yhtään mitään.

**T:** *Joo-o.*

**H:** Jossa mun on hyvä olla. Ja tota, (.) mä kykenin sinne palaaman. (r. 265-270)

**H:** Ja sit se, (.) se että, (.) pystyy niinku pysäyttään jos, (.) jos ajatus rupee kiertään jossakin huoleessa, (.) tutkimaan että mikäs tässä, (.) kuinka tää nyt oikein on.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Se on eräällä tavalla niinku sitä, (1) itsestä irtautuminen, (.) pystyy tarkastelemaan sitä asiaa vähän, (.) vähän laajemmasta, (r. 284-288)

Haastateltava rakensi kuvaa terapiaprosessista yhteistyönä, jossa hän itse oli ponnistellut ja terapeutti avustanut.

”...joskus sitä on ite aktiivisempi ja, (1) ja toi niinku esiin seikkoja josta haluu, (.) haluu puhua ja ja (.) joskus sitä oli, (.) oli passiivisempi, (.) mä en tiedä sitten johtuuko se mun omasta sisäisestä, (2) ää, (.) asetelmastani, (.) mä, (.) joka tapauksessa mä nään sen, (.) sen suhteen ((terapiasuhteen)) niin että, (1) että tuota se on aika ajoin, (1) terapeutti on niinku, (4) on tavallaan niinku vetämässä sitä prosessia ja ja, (.) jossakin vaiheessa oon sitte, (.) minä vetäny, (.) mut että ku on ollu tavallaan niinku, (.) ikään kun laivalla ois luotsi”, (r. 428-433)

Haastateltava korosti terapeutissa sekä tämän ammattitaitoa että henkilökohtaisia ominaisuuksia. Hyvä terapeutti ensinnäkin tutustuu ensin kunnolla potilaaseen, sitten laittaa tämän työskentelemään itse ja kolmanneksi ei jätä yksin. Tutustuminen ja se, ettei terapeutti jätä, liittynevät tuen saannin repertuaarin sisältämiin ymmärretyksi, kuulluksi ja huolehdituksi tulemisen tarpeisiin. Siinä, missä H3:lla terapiasta puhuminen jäi tähän repertuaariin, H4 eteni itsehavainnoinin ja oppimisen repertuaarin mukaiseen ajattelun muutoksen mahdollistavaan puheeseen. Silti myös H4 nosti terapiasta puhuessa terapiasuhteen laatua kuvaavat asiat merkittäviksi. Pelkkä itsehavainnointi ja oppiminen ei riittänyt, vaan onnistunut terapiakokemus sisälsi piirteitä molemmista repertuaareista.

Terapian merkitys haastateltavan elämässä oli suuri. Muina merkittävänä tekijöinä hän mainitsi lääkityksen ja joitain ulkoisia tekijöitä (mm. työpaikan vaihdon). Näissäkin usein moottorina oli ollut terapia: terapiassa saadun itsetunnon vahvistumisen myötä löytyi rohkeutta hakea uutta työtä. Terapian vaikutukset näkyivät siis monella elämän alueella. Terapiasta haastateltava uskoi saaneensa myös eväitä vastaisuuden varalle. Hän uskoi, että muutokset ovat todennäköisesti pysyviä, ja mainitsi, että harjoituksiin voi palata itsenäisesti terapian ulkopuolisissakin tilanteissa.

## 5. haastattelu – Sotkujen selvittämisen tarve

Haastateltava oli 26-vuotias mies. Hän oli käynyt mielenterveyskeskuksessa terapiassa viiden vuoden aikana kahdella eri terapeutilla, joista suurimman osan jälkimmäisellä. Haastatteluhetkellä hän oli muuttamassa paikkakuntaa opiskelujen vuoksi. Haastateltavan terapeutin minulle antaman informaation mukaan uudella paikkakunnalla hoito jatkuisi lääkityksen seurantakäynteinä eikä psykoterapian jatkamiselle ollut tarvetta. Haastateltava kuitenkin itse toivoi psykoterapian jatkuvan myös opiskelupaikkakunnalla.

Olin itse tavannut haastateltavaa vuosia sitten muutaman kerran työni puolesta. Tämän perusteella tiesin, että haastateltava oli ainakin tuolloin diagnosoitu psykoottiseksi. Haastateltava toi itse heti haastattelun alussa esille, että hänen diagnoosinsa oli skitsofrenia. Haastattelu toteutettiin päivällä mielenterveyskeskuksessa ja on kestoltaan reilun tunnin mittainen.

Haastateltavan käsitystä ongelmasta määrittä toisaalta tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaariin sisältyvä medikalistinen näkemys skitsofreniasta (aivo)sairautena ja toisaalta elämänhistorian tutkimiseen sisällyttämäni kehityspsykologinen tulkinta ongelmista lapsuudenkokemuksista lähtöisin olevina. Tähän kehityspsykologiseen viitekehykseen yhdistyi myös itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaarin mukainen puoli: ongelma voi olla haastateltavan mukaan myös ”lapsuudessa väärinopittujen mallien” syytä.

Haastateltava kuvasi kahdella eri terapeutilla käymäänsä terapiaa hyvin erilaisiksi. Kummastakin terapiasta puhuttaessa liikuttiin tuen saannin repertuaarissa, mutta painotuseroin. Viimeisimmän ja pisimmän aikaa olleen terapeutin ”Pentin” (T2) terapiassa jonkinlaista apua toi ”aroista asioista puhuminen” ja se, että ”oli joku, jolle puhua asioista, joita pyörii mielessä”. Puhumisesta huolimatta haastateltava kuvasi oloaan terapian jälkeen usein tyhjäksi:

**H:**..kun mä oon käyny sitten niin sen jälkeen on tullu sellanen olo silleen että, (.) että, (.) että tyhjä,

**T:** *Joo.*

**H:** ei oo niinku saanu vastapainoks mitään sillä tavalla. Semmonen plus-miinus-nolla vois sanoa. (r. 160-163)

”...on ollu vaan semmosta päivittäistä jorinaa. Asiat on jääny niinku ilmaan ku ollaan keskusteltu,...((tekstiä pois)) siinei oo tullu sitä vuorovaikutusta niinku paremmin” (r. 226-229).

Ensimmäistä terapeuttiaan ”Erikaa” (T6) haastateltava kuvasi tuen saannin repertuaarista käsin ymmärtäväiseksi ja empaattiseksi. Erikan paneutuminen työhönsä näkyi siinä että ”hän pisti kaikki muistiinpanot ylös ja meni niin kun kronologisesti niinku, että alotti lapsuudesta lähtien asian niinku selvittämisen”. Tästä perusteellisuudesta syntyi haastateltavalle käsitys, että häntä todella halutaan auttaa:

**T:** *Millä tavalla sä koit että se autto sua sellanen, (.) järjestelmällinen, (.) asioiden läpikäyminen.*

**H:** No siinä tuli lähinnä eniten se että niinku mua halutaan auttaa todella.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Ja semmonen että, (.) et selvitetään mun sotkut, (.) mistä niinku tää skitsofrenia vois johtua.

**T:** *Joo.*

**H:** Niin siinä tuli oikein niinku semmonen olo että niinku selvitetään nyt juurta jaksaaen niinku näitä, (.) ongelmia. (r.52-58)

Esimerkit kertovat siitä, kuinka tuen saannin repertuaari vaati toimiakseen auttavana tekijänä kokemuksen siitä, että haastateltavaa haluttiin auttaa. Pelkkä asioiden purkaminen jäi ilmaan, mikäli ei syntynyt kokemusta vastavuoroisuudesta. Tuen saannin repertuaarista voitiin siirtyä tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarin sisältämään tiedon saamiseen tai elämänhistorian tutkimisen repertuaarin sisältämään ymmärryksen saamiseen, kuten esimerkin lause ”selvitetään nää mun sotkut, mistä tää skitsofrenia vois johtua” antoi ymmärtää. Koska Pentin terapiassa ei asioiden purkamisesta huolimatta syntynyt haastateltavan kannalta toimivaa terapiasuhdetta, ei siirtyminen uuteen repertuaariin ollut mahdollista:

**H:** ...sit niinku mä kerroin vaan niitä oireita, (.) skitsofrenian oireita mitä mul oli.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Niin, (1) ja hän ei niinku, (1) oikein osannu sanoa että, (.) että mitä ne tarkoittaa ne oireet, (.) niin sit oli niinku, (.) tuntu et se oli hyvin vaikee niinku kertoo ja Pentin löytää niinku ratkasua siihen, (.) et mistä on kyse. (r. 73-78)

Haastateltava tuotti puheessaan toivetta siitä, että keskustelussa olisi edetty oireiden merkityksen pohtimiseen ja mahdollisesti elämänhistorian tutkimisen repertuaarin mukaisesti selityksen ja

ymmärryksen hakemiseen. Koska tähän suuntaan ei menty, tuli Pentin terapiassa avun mahdollistavaksi tulkintarepertuaariksi tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaari. Pentti pystyi nimeämään jotkut haastateltavan oireet skitsofrenian oireiksi ja harha-ajatuksiksi, mikä auttoi haastateltavaa tunnistamaan oireitaan ja työskentelemään löytääkseen vaihtoehtoisia ajatuksia. Mielenkiintoista oli, että tämä haastateltavan oma psyykkinen työ ei tapahtunut terapiassa, vaan tätä työtä hän oli tehnyt muuna aikana. Hän itse asiassa mielsi terapiasta olleen melko vähän apua; eniten häntä oli auttanut lääkitys ja suurimman osan oivalluksista hän oli tehnyt itse terapian ulkopuolella. Terapiasta hän oli saanut ikään kuin skitsofreniaopetusta, jonka pohjalta hän oli itse tehnyt psyykkistä työtä muualla. Voinnin paraneminen tarkoitti hänelle sitä, ettei hän enää niin paljon tarkkaillut muiden reaktioita itseensä ja että hän pystyi paremmin olemaan ihmisten kanssa tekemisissä.

**H:** et sairauden myötä niinku mä menetin sen niinku kommunikaatiokyvyn.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Ja sit niinku mä oon rakentanu sen uudestaan.

**T:** *Mm.*

**H:** Niin tuntuu että, (.) että nyt osaa niinku vapaammin kommunikoida sitten mulla ei oo niinku semmosia pelkoja, (1) että niinku mitä uskaltaa niinku s- (.) mitä ei sais sanoa, (.) toisia ihmisiä kohtaan ja, (1) niinku semmosia epäselvyyksiä, (.) niinku ihmisten välises kommunikoinissa niin ne on tavallaan niinku, (.) selvitetty. (r. 302-309)

”Lääkitys todella auttaa. Ja sitten ne itseoivaltamiset.” (r. 114)

”No jotenkin mullon semmonen kun, (.) iltasin mä oon aina pohtinu sitä et mikä mua niinku päässä vaivaa ja niinku, (.) semmosta niinku mä oon miettiny sitä kohinaa mikä siellä pääs on ja, (1) joskus sitte ku mä oon miettiny mä oon saanu semmosen mielenrauhan ja, (.) se on unohtunu sit se kohinan miettiminen,” (r. 746-749)

## **6. haastattelu – Ehyemmän elämäntarinan rakentamista**

Haastateltava oli 46-vuotias nainen, jonka terapia oli vähän ennen haastattelua loppunut. Terapia mielenterveyskeskuksessa kesti noin 1,5 vuotta. Lähete oli haastateltavan mukaan tehty masennuksen vuoksi. Haastattelu tehtiin haastateltavan kotona ja oli kestoltaan vajaan tunnin mittainen.

Haastateltavan näkemys ongelmastaan oli kehityspsykologinen: hän puhui menneisyyden painolastista, joka on seurannut häntä pitkin elämää. Tämä painolasti liittyi lapsuudenaikaisiin tapahtumiin. Hän mainitsi olleensa masentunut tämän takia ja saaneensa apua terapian lisäksi myös lääkityksestä.

Haastateltavan puheessa korostuivat tuen saannin ja elämänhistorian tutkimisen repertuaarit, joista jälkimmäinen oli haastattelupuheessa hallitsevin. Haastateltava muisteli ensimmäistä käyntiään mielenterveyskeskuksessa helpottavaksi:

”helpottava kokemus. Et aattelin et nyt mulla on vihdoin joku paikka missä mä voin niinku puhua näistä asioista mitä ei koskaan kellekään muulle ollut voinut puhua.” (r. 54-55)

Puhumisen tärkeyden lisäksi puheessa korostui elämänhistorian tutkimisen repertuaarin mukainen tarve saada selitystä ja ymmärrystä asioille. Haastateltava sai terapiasta apua kysymyksiin, joita oli pohtinut mielessään pitkään. Tämä mahdollisti uudenlaisen ymmärryksen menneisiin tapahtumiin ja jopa anteeksiannon.

**H:** Et sai niinku, (1) Helena ((terapeutti)) käytti siitä jotain sellasta hyvää termiä että sai niin kun, (1) nyt mä en muista sitä termiäkään, (.) mutta sai niinkun tämmösen kertomuksen itsellensä tehtyä,

**T:** *Joo-o.*

**H:** niinku omasta elämästään. Siis just sitä et, (.) toi ihminen on tolla tavalla sanonut, (.) kohdellut mua tolla tavalla ja miks, (.) tää on mennyt tällä lailla. Mä sain jonkinlaisen selityksen niistä asioista niin se helpotti niinku ihan hirveesti. (r. 122-127)

**H:**... koska esimerkiksi yks semmonen asia, (.) mistä tosson kans ollu hyötyä, (.) on oppinu niinku, (1) antamaan anteeks semmosia vanhoja asioita mitä on tapahtunu,

**T:** *Joo.*

**H:** sillonhan on huomattavasti helpompi niinku, (.) jatkaa eteenpäin ja olla tekemisissä niitten ihmisten kanssa,

**T:** *Mm-m.*

**H:** Kun on antanu anteeks. Se nyt on ollu ja ne nyt on varmaan tehny parhansa niinku, (.) sen tietämyksen varjolla mitä heillä on ollu ja,

**T:** *Joo.*

**H:** Sillai niinku rennommin ettei, (.) ei jää siihen niinku vihaan kiinni. (r. 500-510)

Haastateltavalla oli ikävä ennakkokäsitys terapiasta, joka oli tullut hänelle hänen asioidessaan lapsensa kanssa toisessa mielenterveystyön yksikössä. Huonot aikaisemmat kokemukset perustuivat siihen, ettei hän ollut kokenut vastaanotetuksi tulemisen tunnetta.

**H:** No tota, (2) mulloli vaan semmonen, (.) käsitys että ne on tätejä jotka huokailee ja kattoo kelloa ((nauraen)). (1) Eikä niinku reagoi siihen mun sanomiseen mitään.

**T:** *Joo-o.*

**H:** Että, (.) tämmönen, (1) ikävä käsitys mulla oli tullu siitä, (1) mitä siellä paikassa oltiin tavattu, (.) me aikuiset oltiin tavattu. Että, (.) se johtu siitä. Mutta täähän oli aivan totaalisen erilaista että, (.) että, (1) Helena niin kun, (.) hän esitti myöskin omia näkemyksiä ja mielipiteitä ja, (.) sillä tavalla mikä mun mielestä se oli niinku semmosta, (.) niinku keskustelua, (.) eikä mun mielestä pelkästään sitä että mä ruikutan oman elämäni surkeutta. (1) Että hän niinku, (.) esitti asioita että voisko se olla näin ja voisko se olla näin. (r. 66-74)

Haastateltava korosti terapian dialogisuutta. Tällöin siirryttiin tuen saannin repertuaarista elämänhistorian tutkimiseen, jossa on mahdollista muodostaa asioille uusia merkityksiä. Myös tiedon saannin repertuaari näkyi joissain kohdissa haastateltavan puhetta.

**H:** ... Ja se että siellä ei niinku pelkästään vaan puhuttu vaan musta, (.) ja mun ongelmista, (.) et mä saatoin myös puhua niinku, (1) siitä että nyt on niinku lapsen kanssa vaikeeta että,

**T:** *Mm-m.*

**H:** Et, (1) mitä mä niinku teen.

**T:** *Joo-o.*

**H:** Että, (.) mä ymmärsin, (.) koskaan ei sen tarkemmin puhuttu siitä mut mä ymmärsin että Helenalla myöskin on lapsia, (1) mä en tiedä onko samanikäisiä, (.) ehkä kenties on,

**T:** *Mm-m.*

**H:** Mutta aika usein tuli että joo että, (.) lapsethan on tollasia ja,

**T:** *Mm-m.*

**H:** Noinhan ne tekee ja,

**T:** *Joo-o.*

**H:** ja näin. Et mun mielestä se oli kans niinku tosi, (1)

**T:** *Joo.*

**H:** tosi hyvä. (r. 336-351)

Se, että terapeutti kertoi jotain esimerkiksi siitä, minkälaisia lapset ovat, toimi paitsi tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarista käsin tiedon jakamisena (ja näkökulmien muuttumisen mahdollistavana elämänhistorian tutkimisen repertuaarina) myös tuen saannin repertuaarin mukaisena kokemuksena kuulluksi ja vastaanotetuksi tulemisesta. Luottamus ja kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen korostuivat haastateltavan puheessa useita kertoja.

**H:** Mun mielestä sek in on niinku, (.) se on kans semmosta että tuntee ittensä jotenkin merkittäväks sille terapeutille. Et hän niinku saattaa muistaa semmosia asioita mitä mä oon ihan siellä alkuvaiheessa puhunu jotain,

**T:** *Joo,*

**H:** asiaa et hän saattaa sen vielä puolen vuoden päästä muistaa et niin sullahan oli näin.

**T:** *Joo.*

**H:** Niin se on, (1) niinku ihan hirveen merkittävä asia niinku, (1) tai oli mulle. Et toi ihminen todella on kuunnellu mua ja se on todella välittäny ja,

**T:** *Mm-m.*

**H:** ja niinku ajatuksen kanssa seurannu sitä mitä mä keskustelen että, (r. 242-251)

Terapialla oli suuri merkitys H6:n elämässä. Hän oli joutunut elämässään kokemaan raskaita tapahtumia. Kun tapahtuneita ei kuitenkaan voitu enää muuttaa, tarjosi terapia ratkaisuksi paitsi tämän painolastin purkamista puhumalla (tukea-antava puoli) myös luomalla tapahtumille selitystä ja tätä kautta uudenlaista ymmärrystä ja hyväksyntää. Ymmärrys oli lisännyt myös hallinnan tunnetta, asiat eivät tuntuneet enää kaaokselta, vaan olivat jäsentyneet mielessä ehyemmäksi kertomukseksi.

## 7. haastattelu – Puhuminen auttaa, mutta aika parantaa

Haastateltava oli 43-vuotias nainen, jolla oli takanaan seitsemän vuoden terapia mielenterveyskeskuksessa. Ensimmäiset käynnit olivat toisella terapeutilla, mutta melko pian hän aloitti käynnit nykyisellä terapeutillaan. Ensimmäisellä työntekijällä käynneistään hän ei muistanut juuri mitään. Haastateltava mainitsi terapiaan lähettämisen syyksi masennuksen. Nykyinen hoitosuhde oli haastatteluhetkellä edelleen olemassa, mutta käyntejä oli harvakseltaan ja terapeutin mukaan terapiaa oltiin lopettelemassa.

Haastattelu toteutettiin illalla mielenterveyskeskuksen tiloissa. Haastattelu oli kestoltaan vajaan tunnin mittainen.

Haastattelupuheessa hallitsevat tulkintarepertuaarit olivat tiedon saannin ja jäsentymisen ja tuen saannin repertuaarit. Haastateltavan käsitys ongelmasta oli asiantuntijakeskeinen, ja jo ongelman huomaamiseen vaadittiin asiantuntija:

**T:** *Joo. (1) Minkälainen se tilanne oli sillon sä kun alun perin hakeuduit, (.) terapiaan?*

**H:** No mä en itte hakeutunu, (.) mut laitettiin sitte, (.) lääkäri laitto, (.) omalääkäri että niin. (r. 10-11)



Haastateltava oli siis toiminnan objekti. Hänet *laitettiin* terapiaan. Hänellä ei ollut mitään odotuksia terapialta: ”Emmä ees osannu odottaa mitään”. Kuten H2:n kohdalla, myös H7:n kohdalla tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarissa, erityisesti medikalistisessa puheessa, rakentui haastateltavan asemaksi suhteessa ongelmaan uhrin positio. Hän ei voinut tehdä juurikaan muuta kuin ottaa lääkettä ja odottaa, että ”paranee”. Haastattelu muistutti tältä osin H2:n haastattelua. Erona oli kuitenkin se, että siinä missä H2 halusi terapialta tiedon saantia, H7 tarvitsi tiedon sijasta tukea. Erityisen merkittävänä asiana haastateltava otti esille terapian aikana järjestetyn verkostokokouksen, jossa oli myös sosiaalipuoli mukana. Tämä tuntui hyvältä, sillä silloin ”kaikki tiesi missä mennään”. Auttavana tekijänä oli myös aika ja se, että sai rauhassa parantua, ei ”usutettu” töihin eikä toimintaan:

**H:** Kyl mä luulen et on annettu aikaa parantua, (.) että ei oo, (.) usutettu heti, (.) töihin et on saanu niinku rauhass,  
**T:** Joo.

**H:** mulla on ainakin semmonen kuva et ei siitä, (.) äkkiä parane. (r. 82-85)

Toisaalta H7:nkään kohdallakaan ei voida puhua passiivisesta toimijuudesta. Terapiassa alettiin aluksi käydä läpi menneisyyttä. Vaikka puhuminen tapahtui pääosin tuen saannin repertuaaria käyttäen, haastateltavan puheessa esiintyi välillä myös piirteitä itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaarista. H7 koki menneisyydestä puhumisen hyvänä asiana: paitsi että sai ”purkaa” asioita pois mielestä, se mahdollisti myös pysähtymisen ja miettimisen, joka johti jonkinlaiseen itseymmärryksen lisääntymiseen.

Tiedon saannin ja elämänhistorian tutkimisen perusteella terapiassa tuli mahdolliseksi huomata, ”mistä kaikkesta on selvinnyt”, ja ”sai uskoa että voi selvitä tästäkin”. Toivon saaminen ei ollut passiivista vastaanottamista vaan edellytti oman ajattelutavan muutosta: ”tästä voi selvitä”.

**T:** Koitko sä että siitä menneisyyden kaivamisesta että, (1) auttoko se sua?

**H:** Kyllä mä luulen että se autto että niin tota, (1) en mää ollu itte kerinny niitä niinku ajatellu vaan niinku jääny tonne kaikki ja,

**T:** Mm-m.

**H:** et niinku mä sanoin paahtanu vaan eteenpäin et se oli kyllä ihan hyvä saada niitä solmuja auki sieltä.

**T:** Joo-o.

(2)

**T:** Millä tavalla se autto? Mitä sää luulet mikä siinä oli hyvää?

**H:** (1) Just että sai purettua niitä tunteita sieltä poies ja, (2) huomaa mitä kaikkia on läpi käynyt ja kumminkin selvinny siitä että, (r. 124-134)

Pääosin haastateltava puhetta hallitsi kuitenkin tuen saannin repertuaari. Terapeutin merkitystä hän ei oma-aloitteisesti nostanut esille, mutta kysyttäessä totesi monen muun haastateltavan tavoin tärkeäksi sen, että terapeutti ”kuuntelee ja on aidosti mukana”. Pitkän terapian aikana terapeutti oli tullut läheiseksi ja ”sitä melkein piti niinku ystävänä”.

Terapian merkitys ei haastateltavan puheessa noussut suureksi muutoksen kannalta. Hän alkoi jossain vaiheessa vain saada voimiaan takaisin ja ”halus jotain vielä yrittää”. Tällä hän tarkoitti opiskelua uuteen ammattiin ja paluuta työelämään. Merkittävä auttava tekijä oli ollut aika. Masennus oli hänen puheensa mukaan (pitkän) ajan myötä helpottava tauti. Kun oli saanut aikaa ”sairastaa”, alkoivat voimat pikkuhiljaa palautua, oma ”oikea” minä paljastui masennuksen alta, ja jaksoi taas alkaa aktiivisesti toimia. Mielenkiintoinen oli myös H7:n ajatus nukkumisesta suojautumiskeinona: ”on saanut nukkua pois sitä pahaa oloaan”.

Vaikka keskeisintä muutoksen mahdollistumisen kannalta oli ollut aika ja omaan tahtiin toipuminen, oli terapialla kuitenkin ollut tärkeä merkitys toivon luomisessa. Haastateltava toi esille, että ilman terapiaa ”ei ehkä ois enää elävien kirjoissakaan”, sillä niin toivottomana hän näki tilanteensa pahimmassa vaiheessa.

## 8. haastattelu – Rohkaisua harjoituksiin

Haastateltava oli 26-vuotias nainen. Hänen terapiansa mielenterveyskeskuksessa kesti vajaan puoli vuotta. Terapia oli haastatteluhetkellä juuri loppunut. Haastateltava kertoi ongelmakseen pakko-oireisen häiriön. Haastattelu tehtiin haastateltavan kotona ja kesti noin 40 minuuttia.

Haastateltava määritteli ongelmansa tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarista käsin:

”Et, (1) no aika pahahan se oli siinä vaiheessa, (1) mullon ollu se, (.) pakko-oireinen häiriö”. (r. 22)

Medikalistinen ongelmäkäsitys oli aika ymmärrettävä, viittaahan jo ongelman nimi ”pakko-oireinen häiriö” lääketieteellisen diagnostiikan mukaan oiretasolle sekä *häiriöön*, joka on jotain normaalista poikkeavaa. Haastateltava rakensi ongelmastaan ulkoistavaa käsitystä sairautena, joka tuli häneen ikään kuin ulkoapäin. Kuitenkaan hän ei jäänyt pelkästään tähän medikalistiseen selitysmalliin vaan määritteli omaa toimijuuttaan aktiiviseksi ongelmaa poistettaessa. Oireet tulivat jostain, jonka jälkeen niille voi alkaa tehdä jotain.

*T: Koetko sä että suurin apu on ollu siitä et sä oot ite tehny niitä harjoituksia?*

**H:** No en mä tiiä se, (1) mun mielestä se on varmaan ollu se Raili ((terapeutti)) joka siinä oli, (1) kuitenkin, (.) et se kannusti mua tekemään, (.) et mun oli hirveen vaikee lähteä siihen, (.) se oli vaikee, (.) Raili sai mut ymmärtämään sen, (1) et mulla on niinku, (1) tavallaan sairaus.

*T: Mm-m.*

**H:** Tai et se sai mut niinku myöntämään sen ittelleni.

*T: Joo-o.*

**H:** Et sen kannustuksesta niinku kaikki muutkin lähti. (r. 261-268)

Haastattelusta ei selviä, mikä terapeutin toiminnassa sai haastateltavan ajattelemaan ongelmansa sairaudeksi. Tämä medikalistinen käsitys ei täysin istu tiedon saannin ja jäsentymisen

repertuaariin, sillä kyse on haastateltavan ajatusten muutoksesta. Terapeutin positioksi ei edellä olevassa näytteessä rakennu asiantuntijan tai opettajan positio, vaan ohjaajan sekä uudenlaisten näkökulmien tarjoajan positio. ”Sairauden” toteamisella ja hyväksymisellä yhtenä sairautena muitten joukossa oli haastateltavalle häpeää poistava vaikutus:

**H:** (3) Et musta se selitti sen näin et toisilla ihmisillä on, (1) mikä tahansa reuma tai, (.) tällasia niinku fyysisiä, (1) niin se sai sen sillä käännettyä mulle et ei se oo sen kummempi,

**T:** *Mm-m.*

**H:** tavallaan kun mulla on mielenterveysongelma mut toisilla voi olla reumaa tai mitä tahansa.

**T:** *Mm-m, (.) mm-m.*

**H:** Yhtä lailla sekin on sairaus. (r. 280-285)

**H:** On se en mä sitä niinku sillä tavalla niinku häpee enää.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Et se on niinku, (.) sairaus muitten joukossa. (r. 309-311)

Haastattelun perusteella terapia oli melko strukturoitua, tietyn manuaalin mukaan etenevää terapiaa. Haastateltava mainitsi terapian olleen ”tämmöistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa”. Haastateltavalla oli työkirja, jonka mukaan terapiassa edettiin. Mielenkiintoista oli, että itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaari ei kuitenkaan muodostunut puheessa hallitsevaksi, vaikka sitä esiintyikin. Huomattavasti enemmän haastateltava käytti tuen saannin repertuaaria. Vaikutti siltä, että haastateltavalle ymmärretyksi tuleminen oli tärkeä työskentelysuhteen edellytys, vaikka hän muuten korostikin tekniikoiden ja harjoitusten merkitystä oireiden poistamisessa. Ilman hyvää terapiasuhdetta ei harjoitusten tekeminen olisi ollut mahdollista.

Haastateltava kertoi kokeneensa positiivisena terapeutin ystävällisyyden ja luotettavuuden. Haastattelussa korostui myös useaan kertaan ymmärretyksi tulemisen tärkeys. Terapeutilla oli olennainen osuus terapian onnistumisessa:

**H:** Kyl se pitää löytää se oma ihminen kenen kans, (.) että mulla sattuu niinku olemaan et Raili oli niinku, (1) et se oli ensimmäinen ihminen sieltä, (.) mä oon kuullu et monet joutuu oleen ettiin niinku kauan aikaa, (r. 355-357)

**H:** koska se riippuu mun mielestä minkälainen ihminen ((terapeutti)) on.

**T:** *Joo-o.*

**H:** Luonteeltaan.

**T:** *Mm-m.*

**H:** Kuinka se ottaa niinku vastaan. (r. 375-379)

**T:** *Mitä tota niin, (1) siitä olikin jo puhetta siitä terapeutin merkityksestä, (.) mitä sä sanosit, (.) mitkä on sun mielestä semmosia hyvän terapeutin ominaisuuksia. Minkälainen on hyvä terapeutti?*

**H:** No, (2) jotenkin musta ainakin se että, (1) pitää tulla sen ihmisen kans toimeen, (1) niinkun mä tulin Railin kanssa tosi hyvin toimeen se ymmärsi, (.) mutta varmaan ne nyt onkin, (1) ymmärtää ihmisiä mutta, (1) se että se tavallaan, (2) koki sen niinku ystäväks, (1) tai se tosiaan mitä ikinä sä sanoitkin, (1) niin tuntu et se ei, (1) ymmärtää kaiken.

**T:** *Mm-m*

**H:** Se oli tosi kiltti, (1) ja rohkas mua.

**T:** *Joo-o.*

**H:** Niinku joka asiaan. Tai se oli positiivinen. (r. 530-539)

Haastattelupuheen perusteella vaikutti siltä, että vasta kun informaation saanti (tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaari) ja luottamuksellinen terapiasuhte (tuen saannin repertuaari) oli terapiassa turvattu, voitiin siirtyä itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariin. Työskentely oli toimintapainotteista, haastateltava teki harjoituksia poistaakseen pakko-oireita:

**H:** No siinä harjoteltiin ku mulla oli just niin paljon semmosia mitä asioita niinku ihminen tai mulloli tarkistuspakko. Tai on nyt edelleenkin tietenkin, (1) niin, (1) siinä käytiin mä sain tehdä tiettyjä asioita, (1) niitten ohjeitten mukaan. Ja mitä mä en saa tehdä ku tulee semmonen, (.) ku tulee se pakkotunne et on pakko mennä tarkistamaan ovi esimerkiks, (.) niin mä en saanu tehdä sitä.

**T:** *Joo.*

**H:** Niin ku niitä jatkettiin monta viikkoa,

**T:** *Joo.*

**H:** niin se, (.) ne jäi, (.) kerta kaikkiaan pois kun niitä harjotteli.

**T:** *Joo-o.*

(2)

**H:** Että ku oppi elämään ilman niitä ja näki sen ettei siinä tapahdu mitään vaikka sä et tee tiettyjä asioita kolmee kertaa. (r. 155-166)

Terapian aikana opitut ja toteutetut harjoitukset olivat vähentäneet oireita. Myös lääkitys auttoi, mutta haastateltava arveli, että lääkityksen aiheuttama muutos ei ole pysyvä mutta harjoittelemalla tavasta pääsi kokonaan eroon. Haastateltava toi esille myös ulkoisten seikkojen merkityksen. Suuri vaikutus oli ollut sillä, että hän oli saanut töitä ja alkanut seurustella. H4:n tapaan myös H8 pohti terapian merkitystä jonkinlaisena liikkeelle panevana voimana, ilman sitä ei ehkä olisi jaksanut esim. hakea töitä.

Haastateltavan kohdalla lääkitys ja harjoitukset purivat suoraan oireisiin. Tässä H8:n puhe erosi monista muista haastateltavista, joilla oiretason muutokset olivat usein seurausta jostain muusta (ajattelutason muutoksesta, hyväksymisestä, oivaltamisesta). Mielenkiintoista oli se, että H8:lla tapahtui myös ajattelutasolla ja hyväksymisen saralla muutoksia (koskien äitisuhdetta), mutta nämä muutokset seurasivat oiretason muutoksista. Suunta oli ikään kuin toisin päin kuin muilla.

**T:** *Sä tarkotat sillä huomaamatta että sitä ei ollu sillai tietosesti käsitelty,*

**H:** Niin että me, (.) kun me kumminkin käytiin läpi näitä niinku mun oireita että sen takia mä sinne lähdin,

**T:** *Mm-m, (.) mm-m.*

**H:** et me kumminkaan niinku pohdittu sen kummemmin niinku muuta kun sen yhden kerran varmaan kun käytiin läpi näitä, (.) niinku mun elämää.

**T:** *Joo-o.*

**H:** Et sillan me ollaan aluks puhuttu vaan niinku ihan kaikesta. Me ei niinku sen kummemmin käsitelty mitään, (.) mun äidin, (.) tai mitään suhteita meidän,

**T:** *Mm-m.*

**H:** ja se on niinku huomaamatta menny siinä jotenkin. (r. 706-716)

**H:** Et oppinu hyväksymään tiettyjä asioita, (.) millekkä sä et ite voi mitään. (r. 720)

## **Tapausselostusten yhteenveto**

Seuraavan sivun taulukossa (taulukko 3) on tiivistetty yhteenveto haastattelujen tuloksista. Vaikka monella haastateltavalla esiintyi kaikkia repertuaareja ainakin lyhyinä puheenvuoroina, olen taulukkoon merkinnyt kunkin kohdalta vain hallitsevat repertuaarit, eli ne, joita esiintyi selvästi muita useammin tai jotka vaikuttivat muita tärkeimmiltä. Olen merkinnyt taulukon ensimmäiseen sarakkeeseen hallitsevat ongelmakäsitykset ja sulkuihin kursiivilla tällöin käytössä olleet tulkintarepertuaarit. Toisessa sarakkeessa on terapian sisällöstä puhuttaessa käytetyt tulkintarepertuaarit. Kolmanteen sarakkeeseen olen merkinnyt, millaisia vastauksia haastattelussa sain esittämäni kysymykseen siitä, vastasiko terapia odotuksia tai pitikö haastateltava terapiaa onnistuneena. Taulukon neljänteen sarakkeeseen olen merkinnyt ne asiat, jotka olivat voinnin muutoksen kannalta merkittäviä (esim. ajattelutavan muutos), sekä sulkuihin kursiivilla tekijät, jotka mahdollistivat nämä muutokset (esim. terapia tai jokin terapian ulkopuolinen tekijä).

Tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaari muodosti monessa haastattelussa (ja mahdollisesti terapiassa) jonkinlaisen liikkeelle lähdön pohjan. Tähän repertuaariin liitetty medikalistinen tulkinta ongelmasta selvensi, mistä haastateltavan kohdalla oli kyse (lääketieteellinen diagnoosi tai kuormittavat elämänolosuhteet), ja oikeutti hoidon. Jotkut haastateltavat kuvasivat tiedon saannin merkitystä myös toivon saamisena ("tästä voi parantua") sekä häpeän poistumisena ("sairaus muiden joukossa"). Medikalistinen käsitys ongelmasta sairautena ei automaattisesti tarkoittanut sitä, että terapiasta puhuttaessa hallitseva tulkintarepertuaari olisi tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaari, eikä siten sulkenut pois omaa toimijuutta sairauden poistamisessa.

Tuen saannin repertuaaria käyttivät kaikki haastateltavat lukuun ottamatta H1:tä. Lisäksi se oli yksi hallitsevista repertuaareista kaikilla muilla paitsi H1:llä ja H2:lla. Merkittäväksi nousi kokemus siitä, että oli aika ja paikka, jossa voi puhua luottamuksellisesti vaikesitakin asioista. Ymmärretyksi tulemisen kokemus oli monelle tärkeä.

Niiden haastateltavien puheessa, jotka mielsivät terapian voinnin muutoksen kannalta merkittäväksi tekijäksi, olivat hallitsevina itsehavainnoinnin ja oppimisen sekä elämänhistorian tutkimisen repertuaarit. Näissä haastateltavat asettuivat aktiivisiin toiminnan subjektien asemiin. He olivat tehneet psyykkistä työtä muuttaakseen tilannettaan ja kuvasivat terapian olleen tässä merkittävä apu.

**Taulukko 3.** Yhteenveto haastattelukuvauksista

	<b>hallitsevat ongelmakäsitykset (ja tulkintarepertuaarit niistä puhuttaessa)</b>	<b>hallitsevat tulkintarepertuaarit puhuttaessa terapian sisällöstä</b>	<b>onnistuiiko terapia tai vastasiko odotuksia</b>	<b>merkittävät muutokset (ja niiden aiheuttajat)</b>
<b>H1</b>	-medikalistinen ( <i>tiedon saannin ja jäsent. rep.</i> )	-itsehav. ja oppimisen rep.	kyllä	-ajatusten ja arvojen muutos ( <i>lääkitys, terapia, ulkoiset tekijät</i> )
<b>H2</b>	-medikalistinen ( <i>tiedon saannin ja jäsent. rep.</i> )	-tiedon saannin ja jäsent. rep.	kyllä	-”paraneminen” eli oireiden poistuminen ( <i>aika, ulkoiset tekijät</i> )
<b>H3</b>	-ongelmat ympäristössä ( <i>tuen saannin rep.</i> )	-tuen saannin rep. -tiedon saannin ja jäsent. rep.	ei osaa sanoa, ei ollut odotuksia	-ei merkittäviä muutoksia -vähäiset muutokset: tilanteen hyväksyntä ( <i>terapia</i> )
<b>H4</b>	-kognitiivinen, ongelmat ajatuksissa ( <i>itsehav. ja oppimisen rep.</i> ) -medikalistinen ( <i>tiedon saannin ja jäsent. rep.</i> )	-itsehav. ja oppimisen rep. -tuen saannin rep.	kyllä	-itsetunnon koheneminen -ajatusten hallinta ( <i>terapia</i> )
<b>H5</b>	-medikalistinen ( <i>tiedon saannin ja jäsent. rep.</i> ) -kehityspsykologinen ( <i>elämänhist. tutkimisen. rep.</i> ) -väävät sisäiset mallit ( <i>itsehav. ja oppimisen rep.</i> )	-tuen saannin rep. -tiedon saannin ja jäsent. rep.	ei aivan	-helpompi olla ihmisten kanssa ( <i>lääkitys, itseivallukset, terapialla pieni merkitys</i> )
<b>H6</b>	-kehityspsykologinen ( <i>elämänhist. tutkimisen rep.</i> )	-elämänhist. tutkimisen rep. -tuen saannin rep.	kyllä, jopa ylitti odotukset	-raskaista tunteista vapautuminen, energisempi ja huolettomampi olo -anteeksianto ( <i>terapia, lääkitys</i> )
<b>H7</b>	-ongelmat ympäristössä ( <i>tuen saannin rep.</i> ) -medikalistinen ( <i>tiedon saannin ja jäsent. rep.</i> )	-tuen saannin rep.	ei ollut odotuksia, ”kai siitä on apua ollut”	-voimat palautuivat ( <i>aika</i> )
<b>H8</b>	-medikalistinen ( <i>tiedon saannin ja jäsent. rep.</i> ) -kognitiivinen, ongelmat omaksutuissa tavoissa ( <i>itsehav. ja oppimisen rep.</i> )	-tuen saannin rep. -itsehav. ja oppimisen rep.	kyllä	-oireet poistuivat -vaikeiden asioiden hyväksyntä ( <i>terapia</i> )

#### 4. POHDINTA

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata niitä puhumisen tapoja, joilla keskusteluterapiassa käyneet henkilöt kuvaavat kokemustaan terapiasta. Tarkastelun kohteena oli, miten terapiasta yleisesti puhuttiin, koettiin se hyödylliseksi ja kenellä tai millä oli merkitystä mahdollisen muutoksen kannalta. Muodostin aineistosta neljä tulkintarepertuaaria, jotka nimesin tuen saannin repertuaariksi, tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaariksi, itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariksi ja elämänhistorian tutkimisen repertuaariksi. Eri repertuaareista käsin terapiassa painoutuivat eri tekijät ja sekä potilaan että terapeutin positiot muodostuivat erilaisiksi. Vaikka jotkut repertuaarit painoutuivat eri tavoin eri haastateltavien puheessa, esiintyi niitä kaikkia lähes jokaisella.

Tuen saannin repertuaarin korostuminen tukee kaikkia johdannossa esittelemiäni tutkimuksia terapian merkityksestä potilaiden näkökulmasta tarkasteltuna (vrt. mm. Messarin & Hallamin, 2003 ”ystävyydiskurssi”). Tutkimuksissa on tullut esille luottamuksen, kunnioituksen, tuen ja ymmärretyksi tuleminen kokemusten tärkeys. Esimerkiksi Lilliengrenin ja Werbartin (2005) tutkimuksessa yhdeksi keskeiseksi auttavaksi tekijäksi mainittiin se, että oli olemassa tietty paikka ja tietynlainen terapeutin ihmissuhde. Lilliengren ja Werbart erottivat tästä erilliseksi kategoriaksi itsestään puhumisen ja asioiden purkamisen, mutta omassa tutkimuksessani olen yhdistänyt asioiden purkamisen puhumalla tuen saannin repertuaarin. Nähdäkseni itsestä puhuminen ja vaikeiden asioiden ilmaisu toteutuvat nimenomaan tietynlaisessa tukea-antavassa ihmissuhteessa. Terapiasuhteen laadulla on siis merkitystä siihen, että itseilmaisu nähdään auttavana tekijänä (ks. Levitt ym., 2006). Terapeutin allianssi on todettu merkittäväksi kaikkia terapiasuuntauksia yhdistäväksi tekijäksi (Lambert & Barley, 2002; Wampold, 2001).

Valkosen (2007) tutkimuksen mukaan käsitykset masennuksen helpottamisesta voidaan jakaa neljään ideaalityyppiin. Näistä yksi selittää terapian aiheuttamaa muutosta terapeutin persoonaan ja terapiasuhteeseen liittyvillä tekijöillä. Tässä tyypissä on paljon yhtymäkohtia muodostamaani tuen saannin repertuaariin. Valkosen mukaan tälle selitystavalle on ominaista yhteensopivuus terapeutin kanssa. Aineistossani useat haastateltavat mainitsivat, kuinka tärkeää oli ”löytää se oma ihminen” tai ”olla terapeutin kanssa samalla aaltopituudella”. Valkosen mukaan tässä tyypissä ratkaisevaksi muodostuu ei niinkään tietty terapiasuuntaus tai tekniikka, vaan myönteinen ja ”parantava” ihmissuhde. Aivan kuten omassa tutkimuksessani myös Valkosen tutkimuksessa terapeuttia kuvataan tässä ideaalityypissä herkäksi, ymmärtäväiseksi tai lämpimäksi ihmiseksi.

Myös tiedon saannin ja jäsentymisen repertuaarin yksi funktio terapian oikeuttajana ja oman tilanteen jäsentäjänä näkyy muissa tutkimuksissa. McKennan ja Toddin (1997) tutkimuksen

mukaan yksi terapian funktio voi olla ns. alustava funktio. Valkosen (2007) tutkimuksen mukaan eräs tapa kertoa terapian vaikutuksista oli kuvata terapian lisänneen omaa tietoa ja ymmärrystä masennuksesta.

Messarín ja Hallamin (2003) diskurssianalyttisessä tutkimuksessa psykoosipotilaiden terapiakokemuksista yhtenä diskurssina oli heidän saamansa terapian (kognitiivisen käyttäytymisterapian) mieltäminen opetuksellisena prosessina. Tässä diskurssissa painottuu kuitenkin myös terapeutin ja potilaan yhteistyöprosessi, joten se on enemmänkin yhdistelmä oman tutkimukseni tiedon saannin ja jäsentymisen sekä itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaareja.

Tutkimukseni perusteella vaikutti kuitenkin siltä, että pelkät tiedon ja tuen saantia korostavat repertuaarit eivät olleet riittävät tuottamaan muutosta. Voi olla, että joillekin haastatelluille tiedon saanti mahdollisti uudenlaisen asenteen ja tuotti siten muutosta tai tuen saanti muodosti jo itsessään ”parantavan” kokemuksen ja siten muutti vallitsevaa tilannetta. Näistä muutoksista ei kuitenkaan enää puhuttu passiivisen tiedon tai tuen vastaanottajan positiosta. Terapeuttisen muutoksen kuvaaminen edellytti muutosta toimijuudessa (vrt. Wahlström, 1999). Kuvatessaan muutosta haastateltavat olivat aktiivisia toiminnan subjekteja. Uusien merkitysten omaksuminen oli vaatinut aktiivista tuntemusten kokemista ja tiedon käsittelyä. Näitä muutokseen liittyviä repertuaareja haastattelupuheessa nimitin itsehavainnoinnin ja oppimisen sekä elämänhistorian tutkimisen repertuaareiksi.

Nämä muutoksen mahdollistavat repertuaarit tulevat ehkä lähelle terapian tuloksellisuuteen vaikuttavia ns. tekniikkamuuttujia. En kuitenkaan näe niillä suoraa yhteyttä mihinkään spesifeihin tekniikoihin, vaan enemmänkin on kyse kaikille terapeuteille yhteisistä pyrkimyksistä lisätä itsereflektiokykyä ja näkökulmia ja muuttaa erilaisia merkitystenantoja henkilön kannalta joustavammiksi. Samaan johtopäätökseen tulivat omassa tutkimuksessaan myös Levitt ym. (2006) liittyen asiakkaiden interventioiden kuvauksiin. Itsehavainnoinnin ja oppimisen sekä elämänhistorian tutkimisen repertuaareja lähelle tulevat muissa tutkimuksissa keskeisinä näkyneet oman elämän tutkimisen tärkeys yhteistyössä terapeutin kanssa (Lilliengren & Werbart, 2005), omien vaikeuksien ymmärtäminen ja yhdistäminen elämäntarinaa (Kühnlein, 1999), uusien näkökulmien oppiminen ja tutkiminen yhdessä terapeutin kanssa (Messari & Hallam, 2003) sekä merkittävän ja kestävä muutoksen aikaansaaminen (McKenna & Todd, 1997).

Itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaariin liittämäni asiat näkyvät Valkosen (2007) tutkimuksessa sekä terapian vaikutuksia kuvaavissa temaattisissa sisällönanalyseissa että ideaalityyppien mukaisessa luokittelussa. Edellisessä kuvaustavassa ne liittyvät terapian vaikutuksiin ajatuksiin ja ajatteluun ja jälkimmäisessä ideaalityyppiluokittelussa siihen luokkaan, jonka mukaan toipuminen on seurausta näkökulmien muutoksesta ja voimavarojen lisääntymisestä.



Elämänhistorian tutkimisen repertuaarini puolestaan liittyy Valkosen tutkimuksessa terapian vaikutuksiin sisäisiin kokemuksiin ja ideaalittyyppiin, jossa toipumisen nähdään olevan seurausta masennuksen syiden tiedostamisesta.

Kuten aiemmin totesin, ovat muodostamieni repertuaarien rajat liukuvia. Esimerkiksi elämänhistorian tutkiminen ja uudenlaisen elämäntarinan rakentaminen uusine merkityksineen edellyttää ainakin jonkin verran myös itsehavainnointia ja oppimisista. Valkonen (2007) päätyi jaottelemaan terapian vaikutuksia sen perusteella, koskivatko ne lähinnä elämyksellisiä kokemuksia vai tietoisempia havaintoja ja tulkintoja. Jako ei käy täysin ristiriidattomasti yhteen rakentamieni repertuaarien kanssa, mutta aineistossamme on paljon samaa. Kyse on pitkälti tutkijan tekemistä konstruktioista ja kompromisseista sen suhteen, miten monisyistä aineistoa luokittelee esitettävään muotoon. Valkosen ideaalittyyppit käyvät kuitenkin sen verran hyvin yhteen oman aineistoni ja analyysini kanssa, että pidän muodostamiani tulkintarepertuaareja yleistettävänä muihinkin aineistoihin.

Joitain eroja oman tutkimukseni ja muiden samansuuntaisten tutkimusten välillä löytyy. Valkosen (2007) tutkimuksessa tiedon saannin merkitys ei noussut kovin vahvaksi. Tämä voi selittyä erityyppisillä aineistoilla. Psykoterapiaprojektissa haastateltavat olivat valikoituneet tarkemmin ja heidän lääketieteellinen diagnoosinsa oli yhtenevä. Voidaan ajatella, että he olivat saaneet jo tietoa esimerkiksi diagnoosistaan ennen varsinaisen terapian alkua. Toisissa tutkimuksissa taas (mm. Messari & Hallam, 2003) tiedon saannin puoli on korostunut enemmän kuin tässä tutkimuksessa mahdollisesti kognitiivis-behavioraalisen psykoterapiamuodon tai haastateltavien psykoosi-diagnoosin takia.

Mielenkiintoinen seikka omassa tutkimuksessani oli, että samankin terapeutin eri potilaat tuottivat erilaisia tulkintarepertuaareja kuvatessaan terapiaa. Esimerkiksi T1:n potilaista H1 korosti terapiatekniikoita ja terapian kognitiivista puolta, kun taas H8 (joka kuitenkin määritteli terapiansa kognitiivis-behavioraaliseksi) korosti tuen saannin merkitystä tekniikoita enemmän. Haastateltavat tuntuivat ottaneen terapiasta sitä, mitä tarvitsivat (vrt. McKenna & Todd, 1997). Keskeistä oli tällöin terapeutin joustavuus toimia potilaan tarpeen mukaan.

Tutkimuksessani näkyi myös psykoterapian tuloksellisuuden määrittämisen ongelma. Terapian ”onnistumisen” ja oman ”paranemisen” määrittelyt olivat subjektiivisia. Kuten johdannossa mainitsemani tutkimuksetkin osoittavat, voi onnistunut lopputulos merkitä eri asioita eri henkilöille. Omassa aineistossani ”paraneminen” voitiin nähdä paluuna alkuperäiseen, ”ei-sairaaseen” tilanteeseen, tai se saattoi merkitä myös ihan uudenlaista tilannetta, jossa ajatukset, kokemukset, tunteet tai käyttäytyminen olivat muuttuneet. Kiinnostava huomio oli myös se, että vaikei terapialla olisi katsottu olevan merkitystä muutoksen tai paranemisen kannalta, voitiin

terapiakokemus silti mieltää onnistuneeksi. Haastatellut käyttivät terapiaa eri tavoin ja eri tarkoituksiin, ja jollekin sen tarkoitus oli esimerkiksi myötätunnon tai tiedon saanti. Vaikka voinnin muutos ajateltiin tapahtuneen terapiasta riippumatta, saatu tieto tai tuki oli auttanut jaksamaan pahimpina hetkinä.

Pohdittavaksi jää haastateltujen odotusten ja ongelmakäsitysten merkitys terapian onnistuneeksi mieltämisen ja muutoksen kannalta. Tämän aineiston perusteella on mahdotonta sanoa, minkälaisia olivat haastateltujen käsitykset ennen terapiaa. Ongelmakäsityksillä ja terapiaan kohdistuneilla odotuksilla sekä terapeutin joustavuudella vastata näihin käsityksiin ja odotuksiin voi olla tärkeä merkitys tilanteen paranemisen kannalta, kuten Valkosen (2007) analyysi psykoterapiaprojektin alku- ja loppuhaastatteluista osoitti. Toisaalta tutkimuksestani kävi ilmi, että kun puhutaan ongelmakäsityksistä, voidaan käyttää samassakin haastattelupuheessa toisia tulkintarepertuaareja kuin silloin, kun puhutaan terapian sisällöstä ja vaikutuksista. Esimerkiksi ongelmasta puhuminen tiedon hallinnan repertuaarin mukaisesti medikalistisesta näkökulmasta ei merkinnyt, etteikö terapiasta olisi voinut puhua itsehavainnoinnin ja oppimisen repertuaaria käyttäen. Ongelmakäsitykset eivät siis ainakaan suoraan määrittele odotuksia ja ajatuksia terapian sisällöistä. Tällä on merkitystä ainakin toimijuuden kokemuksen kannalta. Ongelma voidaan määritellä oman toimijuuden ulottumattomiin (medikalistinen sairaus), mutta silti oma toiminta voi auttaa sen poistamisessa.

Vaikka tutkimukseni painopiste olikin haastateltavien puheessa, tulee muistaa, että tulkintarepertuaarit rakentuivat haastattelutilanteessa. Vaikken tässä tutkimuksessa olekaan tarkemmin analysoinut haastattelun vuorovaikutuksellista puolta, on tärkeä huomioida, etteivät ko. repertuaarit olisi ehkä syntyneet ilman haastattelua. Aineistosta olisi mahdollista erottaa myös haastattelijan käyttämiä repertuaareja. Joissain tapauksissa haastattelijan käyttämät repertuaarit ja esimerkiksi aktiivin/passiivin käyttö ovat mahdollisesti ohjanneet myös haastateltavaa tietyn repertuaarin käyttöön. Huomasin, että tilanteissa, joissa haastateltava käytti paljon passiivia, aloin haastattelijana helposti muotoilla kysymyksiä aktiivimuotoon. Haastateltavan esimerkiksi todetessa, että ”asiat vaan tapahtuivat”, saatoinkin kysyä, ”mikä sai *sinut* tekemään niin” tai ”millä tavalla *sait* muutoksen aikaan”, kun taas muissa haastatteluissa käytin muotoa ”*mikä* sai sen aikaan”.

Ajattelen kuitenkin, että muodostamillani repertuaareilla on merkitystä myös haastattelutilanteen ulkopuolella. Mielestäni se, että juuri tällaisia tulkintarepertuaareja oli mahdollista tuottaa haastattelupuheessa, kertoo siitä, että tällaiset repertuaarit ja puhettavat ovat mahdollisia ja todennäköisiä tapoja jäsentää ja konstruoida terapiakokemusta jälkeenpäin.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että sen aineisto on koottu arkipäivän mielenterveystyön kentältä. Usein tutkimuksissa aineistot ovat valikoituneet monta kertaa, jolloin

lopullinen aineisto eroaa tavallisesta julkisen mielenterveyssektorin potilasaineistosta. Psykoterapian konsensuslausumassa (Duodecim, 2006) todetaan, että varsinkin psykoterapioiden tehoa koskevissa tutkimuksissa tulokset eivät aina ole yleistettävissä terveydenhuollon arkeen. Konsensuslausuman mukaan tulisi lisätä juuri julkisen terveydenhuollon tarpeisiin paremmin vastaavaa tutkimusta.

Aineistoni heikkoutena voi olla sen valikoituneisuus terapeuttien kautta. Vaikka toivoin terapeuteilta aineistoa sitä mukaa, kuin terapiat lopuivat, aika moni heistä sanoi myös miettineensä tutkimukseeni ohjattaviksi mahdollisimman ”onnistuneita” terapioita. Voi siis olla, että haastattelemiini henkilöt antoivat terapiastaan negatiivista palautetta keskimääräisiä mielenterveyskeskuksen asiakkaita vähemmän. Merkitystä oli varmaan myös sillä, että haastattelut toteutettiin melko pian terapian päättymisen jälkeen tai terapian ollessa loppuillaan. Merkityksenannot ehkä olisivat erilaisia myöhemmin toteutetuissa haastatteluissa, jolloin terapiakokemusta suhteutettaisiin elämään siinä vaiheessa, kun terapia olisi jo selvemmin takanapäin.

Omat vaikutuksensa oli sillä, että itse olin paitsi tutkimushaastattelujen tekijä ja aineiston tutkija, myös psykoterapian alalla toimiva työntekijä. Haastateltavat tiesivät minun työskentelevän psykologina samassa mielenterveyskeskuksessa, jossa he olivat olleet asiakkaina. Tämä on voinut vaikuttaa heidän tapansa puhua. Eniten luulen sen kuitenkin häirinneen minua analyysin teossa. Jos alan tunteminen helpotti aineistoon ”sukeltamista”, se väistämättä myös väritti sitä. Koska tutkimushetkellä olin psykoterapiakoulutuksessa ja minulla oli kokemusta psykoterapiasta sekä asiakkaana että terapeuttina, en pystynyt täysin sulkemaan pois ennakkotietojani. Tämä on varmasti sokeuttanut minut joillekin aineiston piirteille, joihin täysin ulkopuolisen tutkijan olisi helpompi kiinnittää huomiota. Toisaalta psykoterapiasta on tullut sen verran yleinen osa länsimaista kulttuuria, että täysin ulkopuolisen asenteen omaksuminen voisi olla kenelle tahansa tässä kulttuurissa eläneelle mahdollista.

Juhilan ja Suonisen (1999) mukaan tulkinnan vakuuttavuutta lisää sen suhteuttaminen aikaisempiin tutkimuksiin. Varhaisemmat tutkimukset voivat toimia tulosten vertailukohteena. Johdannossa esittelemäni haastattelumenetelmällä toteutetut laadulliset tutkimukset psykoterapia-asiakkaiden kokemuksista tukivat tutkimustuloksiani. Luottamuksellinen terapiasuhte, jossa oli mahdollisuus kokea kuulluksi- ja ymmärretyksitulemisen kokemuksia, muodosti yleensä onnistuneen terapian pohjan. Omien kokemusten pohtiminen tällaisessa terapiasuhteessa mahdollisti uusien näkökulmien ja merkitysten ja uudenlaisen ymmärryksen saamisen. Lisäksi onnistunut terapia sisälsi tarvittaessa tiedon saantia.

Haastateltavat, jotka kokivat tilanteensa muuttuneen terapian ansiosta, käyttivät runsaasti repertuaareja, joissa he itse olivat toiminnan subjekteina. Tutkimus tuki ajatusta, että keskusteluterapian avulla parannetaan toimijuuden häiriöitä (Wahlström, 1999). Wahlström on todennut, että ”paranemistapahtuma on olennaiselta sisällöltään toimintaan, kokemuksiin ja suhteisiin liittyvien merkitystenantojen muutosta” (1999, 218).

Eri teoriat selittävät psykoterapeuttista muutosta oman viitekehjensä mukaisesti. Tutkittaessa terapioiden vaikutuksia ei eri terapiasuuntausten välillä kuitenkaan näy suuria eroja. Terapia-asiakkaille terapian prosessit jäsentyvät kenties eri tavalla, kuin teoriat selittävät. Tässäkään tutkimuksessa mitkään tietyt terapian tekniikkaan liittyvät tekijät eivät nousseet merkittäviksi, ja samankin terapeutin eri potilaat nostivat esiin erilaisia seikkoja terapiastaan. Vallalla oleva näyttöön perustuva lääketieteellinen ajatusmalli, jonka mukaan olisi kehiteltävissä tehokkaita terapiasisältöjä tiettyä ongelmaa varten, ei tunnu sopivan psykoterapian luonteeseen. Omassa tutkimuksessanikin näkyivät selvästi psykoterapian subjektiiviset merkitykset. Ensinnäkin psykiatriset diagnoosit saivat eri henkilöillä erilaiset merkitykset. Siten ei voida sanoa, että tietynlaiselle ongelmalle sopii tietyn tyyppinen terapia, koska ongelmamäärittelyt ovat yksilöllisiä. Toiseksi terapia keskusteluhoitona määriteltiin haastatteluissa asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminnan tuloksena syntyväksi. Näin ollen mikään standardoitu hoitomanuaali ei vastaa sitä joustavaa vuorovaikutusilmiötä, jollainen psykoterapia parhaimmillaan on.

Mielenkiintoinen jatkotutkimus olisi haastatella ihmisiä pitemmän ajan kuluttua terapian päättymisestä ja vertailla, onko terapian saama merkitys muuttunut ajan kuluessa. Toinen kiinnostava aihe olisi haastatella terapeutteja heidän kokemuksistaan terapiasta ja tutkia, eroavatko ne ja millä tavalla heidän asiakkaidensa kokemuksista.

## LÄHTEET

- Alasuutari, P. (2001). *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.
- Blatt, S., Zuroff, D., Bondi, C. & Sanislow, C. (2000). Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research*, 10, 215-234.
- Bohart, A.C. & Tallman, K. (1999) *How Clients Make Therapy Work. The Process of Active Self-Healing*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Curtis, R.C. & Hirsch, I. (2003). Relational Approaches to Psychoanalytic Psychotherapy. Teoksessa A.S. Gurman & S.B. Messer (toim.) *Essential psychotherapies. Theory and practice*. 2<sup>nd</sup> edition (s. 69-106). New York: The Guilford Press.
- Duodecim (2006). *Konsensuslausuma psykoterapia*. 18.10. 2006. [Online] Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia [Viitattu 2.11.2007]. Saatavissa: <http://www.duodecim.fi> (konsensuskokoukset/lausumat/psykoterapia)
- Ehrling, L.-M. (2006). *Psykoterapian vaikutusten arvioiminen. Keskusteluanalyttinen tutkimus arviointihaastattelun käytänteistä*. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos.
- Glass, C.R. & Arnkoff, D.B. (2000). Consumers' Perspectives on Helpful and Hindering Factors in Mental Health Treatment. *Psychotherapy in Practice*, 56, 1467-1480.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, S. (2001). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hodgetts, A. & Wright, J. (2007). Researching Clients' Experiences: A Review of Qualitative Studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 157-163.
- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (1995). *The Active Interview. Qualitative research methods*. London: Sage.
- Jokinen, A. & Juhila, K. (1999). Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen, *Diskurssianalyysi liikkeessä* (s. 54-97). Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1993). Diskursiivinen maailma. Teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen, *Diskurssianalyysin aakkoset* (s. 17-47). Tampere: Vastapaino.
- Juhila, K. (1999). Tutkijan positiot. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen, *Diskurssianalyysi liikkeessä* (s. 201-232). Tampere: Vastapaino.
- Juhila, K. & Suoninen, E. (1999). Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen, *Diskurssianalyysi liikkeessä* (s. 233-252). Tampere: Vastapaino.

- Kvale, S. (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage.
- Kühnlein, I. (1999). Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of posttherapeutic autobiographic narrations. *Psychotherapy Research*, 9, 274-288.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. Teoksessa J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (s.17-32). New York: Oxford University Press.
- Leiman, M. (2004). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim*, 120, 2645-2653
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 314-324.
- Lilliengren, P. & Werbart, A. (2005). A Model of therapeutic action grounded in the patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 324-339.
- McKenna, P. A. & Todd, D. M. (1997). Longitudinal utilization of mental health services: A Timeline method, nine retrospective accounts, and a preliminary conceptualization. *Psychotherapy Research* 7, 383-395.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- McLeod, J. & Cooper, M. (2006). Research Protocol. Multi-method, intensive investigation into clients' views of the outcome and process of counselling in primary care. [Online]. Tayside Center for Counselling, December 2006-June 2008 [viitattu 20.1.2008]. Saatavissa: <http://www.health.abertay.ac.uk/Research/Protocol.htm>.
- Messari, S. & Hallam, R. (2003). CBT for psychosis: A qualitative analysis of clients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 171-188.
- Messer, S. B. (2002). Empirically Supported Treatments: Cautionary Notes. [Online]. *Medscape General Medicine* 4 [viitattu 20.1.2008]. Saatavissa: <http://www.medscape.com/viewarticle/445082>. Vaatii rekisteröitymisen.
- Mitchell, S.A. (2000). *Relationality. From attachment to intersubjectivity*. London: The Analytic Press.
- Neimeyer, R. A. & Bridges, S. K. (2003) Postmodern approaches to Psychotherapy. Teoksessa A.S. Gurman & S.B. Messer (toim.) *Essential psychotherapies. Theory and practice*. 2<sup>nd</sup> edition (s. 272-316). New York: The Guilford Press.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology*. London: Sage.

- Pykkänen, K., Pöllänen, L. & Upanne, R. (1995). *Psykoterapia Suomessa*. Helsinki: STAKES, Oppaita 29.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2005). Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.), *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus* (s. 22-56). Tampere: Vastapaino.
- Safran, J. D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Suoninen, E. (1997). *Miten tutkia moniäänistä ihmistä. Diskurssianalyttisen tutkimusotteen kehittäminen*. Tampereen yliopisto.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (2005). Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen hyväksymisperusteet. [Online]. [Viitattu 20.1.2008]  
Saatavissa: [http://www.teo.fi/SiteCollectionDocuments/ohje\\_psykoter\\_koul\\_hyv\\_perusteet.pdf](http://www.teo.fi/SiteCollectionDocuments/ohje_psykoter_koul_hyv_perusteet.pdf)
- Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. (2005). Johdanto. Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.), *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus* (s. 9-21). Tampere: Vastapaino.
- Toskala, A. (1996). Psykoterapeuttinen muutos: konstruktivistinen näkökulma. Teoksessa A. Toskala & J. Wahlström (toim.) *Psykoterapian prosessit – tutkimukselliset konstruktiot* (s. 10-23). Helsinki: Suomen psykologinen seura.
- Toskala, A. & Hartikainen, K. (2005). *Minuuden rakentuminen. Psykkinen kehitys ja kognitiivis-konstruktivinen psykoterapia*. Jyväskylä: Jyväskylän koulutuskeskus.
- Toskala, A. & Wahlström, J. (1996). Johdanto. Teoksessa A. Toskala & J. Wahlström (toim.) *Psykoterapian prosessit – tutkimukselliset konstruktiot* (s. 6-8). Helsinki: Suomen psykologinen seura.
- Valkonen, J. (2007). *Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Wahlström, J. (1992). *Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Wahlström, J. (1999). Psykoterapia keskusteluna ja kertomusten kudelmana. Teoksessa J. Ihanus (toim.) *Kulttuuri ja psykologia* (s. 217-240). Helsinki: Yliopistopaino.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Wood, L. A. & Kroger, R. O. (2000). *Doing Discourse Analysis. Methods for studying action in talk and text*. Thousand Oaks, California: Sage.

## LIITE 1. HAASTATTELURUNKO

### TERAPIAAN HAKEUTUMINEN

- miksi, milloin, miten
- odotukset, mihin haki apua
- kuinka tiivistä oli
- miltä tuntui aloittaa terapia, ajatukset ennen sinne menoa, siellä, miten lähti liikkeelle

### TERAPIAN SISÄLTÖ

- mistä siellä tehtiin, mitä teitte siellä
- mitä asioita käsittelette
- istunnot, väliajat
- miten kuvailisit ulkopuoliselle, mitä terapia on (sinun kohdallasi)

### TUNTEMUKSET TERAPIAN AIKANA

- vastasiko odotuksia
- oliko apua, minkälaista, *mikä auttoi*
- mistä olisi voinut olla apua
- mitä, jos et olisi mennyt terapiaan
- muuttuiko jokin
- mikä oli vaikeaa tai hankalaa

#### **-TERAPEUTTI**

- > minkälainen oli
- > vastasiko odotuksia
- >oliko merkitystä terapian kannalta
- >mitä olisit toivonut terapeutilta, olisiko voinut toimia eri tavalla, millainen on hyvä terapeutti

### TERAPIAN ARVIOINTI NYT JÄLKIKÄTEEN

- miltä tuntuu jälkeensä
- oletko **tyytyväinen/tyytymätön**, mihin
- muuttuiko** jokin, (ajatuksesi/tunteesi/käyttäytymisesi, keskeisin muutos)
- mitä, jos et olisi käynyt keskustelemassa
- lopetus**, mikä teki sen, että pystyi lopettamaan, mistä tuli tunne, ettei tarvi enää
- kokonaisuus
- eväät tulevaisuuteen**, ”mitä jäi käteen”, mitä jos kriisi jatkossa

Mistä vielä haluaisit kertoa, onko tässä haastattelussa tullut mielestäsi olennaisia kysymyksiä