

INNOVATIIVISET HETKET  
MASENNUKSEN PARITERAPIASSA

Noora Jussila

Pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Psykologian laitos

Lokakuu 2009

## TIIVISTELMÄ

### Innovatiiviset hetket masennuksen pariterapiassa

Noora Jussila

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologian pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

Lokakuu 2009

48 sivua, 2 liitettä

Tämä pro gradu –tutkielma on osa Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa –tutkimusprojektia (DINADEP). Tutkimuksessa tarkasteltiin laadullisella ja narratiivisella lähestymistavalla masennuksen pariterapiakeskusteluissa ilmeneviä innovatiivisia hetkiä (i-moments). Termi viittaa asiakkaan ajatuksiin, tunteisiin ja toimintaan, jotka ovat poikkeusta tai ristiriidassa hänen hallitsevan, ongelmakyllästeisen tarinan kanssa. Tietynlaisten i-hetkien ilmaantuminen on todettu kuvaavan terapeuttista muutosta. Analyysimenetelmänä käytettiin i-hetkien tutkimiseen kehitettyä laadullista koodausmenetelmää (IMCS). Menetelmää ei ole aikaisemmin käytetty pariterapiakeskustelujen tutkimiseen, joten pariterapian monimuotoisuuden esiin saamiseksi sen tukena käytettiin myös tätä tutkimusta varten muodostettua lisäkoodausta. Tutkimusaineistona oli kaksi pariterapiaprosessia, joista toinen oli hoitotulokseltaan onnistunut. Tutkimuksen perusteella teoria i-hetkistä ja niiden analyysimenetelmä soveltuu pariterapiaprosessien kuvaamiseen. Tosin jos parin vuorovaikutus oli riittävä, oli i-hetkien määrittäminen haasteellista. I-hetkiä esiintyi aineistossa monipuolisesti: asiakkaat toivat keskusteluun i-hetkiä itselleen, puolisoaan varten tai kertoivat niistä toisen puolesta. He tuottivat myös yhteisiä i-hetkiä. Terapeutit käyttivät lähinnä i-hetkien ilmaantumista edesauttavia kysymyksiä sekä osallistuivat poikkeusten aikana keskusteluun. Pariterapiakeskustelut antoivat i-hetkistä yksilöterapiaa monimutkaisemman kuvan: esimerkiksi toiselle hyödyllinen i-hetki saattoi kohdistua toista puolisoa vastaan. Välillä i-hetki oli myös puolustautumista toisen syytöksiltä tai oman kritiikin lievittämistä. Tarvetta jatkotutkimukselle siis löytyy.

Avainsanat: masennus, pariterapia, narratiivisuus, terapeuttinen muutos, i-hetki

# SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	1
2. AINEISTO JA MENETELMÄ .....	8
2.1. Tutkimusaineisto .....	8
2.2. Tutkimusmenetelmä .....	9
2.3. Analyysin eteneminen .....	12
3. TULOKSET .....	14
3.1. Pariskunta A: Mika ja Anu .....	14
3.1.1. I-hetkien esiintyminen ja ominaisuudet.....	14
3.1.2. Esimerkkejä i-hetkistä .....	17
3.2. Pariskunta B: Veijo ja Maija .....	20
3.2.1. I-hetkien esiintyminen ja ominaisuudet.....	20
3.2.2. Esimerkkejä i-hetkistä .....	23
3.3. Tapausten vertailua.....	26
4. POHDINTA.....	29
5. LÄHTEET .....	34
6. LIITTEET.....	45
Liite 1.....	45
Liite 2.....	46

# 1. JOHDANTO

Tämä pro gradu –tutkielma on osa Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa -tutkimushanketta (DINADEP), jossa pyritään kehittämään pariterapiaa masennuksen hoitomuotona. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kahden pariterapiaprosessin innovatiivisia hetkiä (i-hetkiä) laadullisen ja narratiivisen lähestymistavan avulla. Johdannon aluksi käsittelen masennuksen ja parisuhteen yhteyksiä sekä pariterapiaa masennuksen hoitomuotona. Sitten käyn läpi narratiivista lähestymistapaa ja sen hyödyntämistä psykoterapian prosessitutkimuksessa. Lopuksi esittelen i-hetkien teoriaa ja määritän tutkimuskysymykset.

Masennuksen ymmärtämisessä ja hoidossa on alettu huomioida yhä enemmän masentuneen läheisiä ihmissuhteita (esim. Beach, 2001; Joiner & Coyne, 1999). Masennus on yhteydessä erilaisiin parisuhdeongelmiin, kuten parisuhde-tyytymättömyyteen (esim. Lemmens, Buysse, Heene, Eisler, & Demyttenaere, 2007; Whisman, 2001), toimimattomiin uskomuksiin parisuhteesta (esim. Uebelacker & Whisman, 2005), vähäisiin kiintymyksenosoituksiin (esim. Coyne, Thompson, & Palmer, 2002) sekä riitoihin (esim. O'Leary, Christian, & Mendell, 1994) ja niiden heikkoihin ja haitallisiin ratkaisukeinoihin (esim. Coyne, Thompson, & Palmer, 2002). Masennuksen ja erilaisten parisuhdevaikeuksien nähdään vastavuoroisesti synnyttävän ja ylläpitävän toisiaan (Davila, 2001; Davila, Karney, Hall, & Bradbury, 2003; Kouros, Papp, & Cummings, 2008; Kung, 2000; Mead, 2002; Whisman & Uebelacker, 2009). Tämä yhteys voi kenties olla erilaista miehillä ja naisilla, niin kausaaliselta suunnaltaan (Fincham, Beach, Harold, & Osborne, 1997), kuin yhteyteen vaikuttavilta tekijöiltään (Heene, Buysse, & van Oost, 2005; Mead, 2002). Lisäksi masennus voi vaikuttaa merkittävästi ei-masentuneeseen puolisoon (Benazon, 2000; Benazon & Coyne, 2000; Dudek ym., 2001). Toisaalta parisuhde on myös voimavara: sosiaalisen tuen voidaan nähdä ehkäisevän masennusoireiden syntymistä (Joiner, 2001), ja puolison tuki voi auttaa masennuksen aikana (Harris, Pistrang, & Barker, 2006) ja siitä toipumisessa (Goering, Lancee, & Freeman, 1992).

Masennuksen hoitoon keskittyvät pariterapian eri suuntaukset (ks. esim. Gupta & Beach, 2005; Kung, 2000) pyrkivät muokkaamaan negatiivisia vuorovaikutustapoja ja korostamaan suhteen tukea antavia puolia (Barbato & D'Avanzo, 2008). Tutkimusten perusteella pariterapia näyttäisi olevan yhtä tehokas masennuksen hoitomuoto kuin yksilöterapia (Barbato & D'Avanzo, 2008; Bodenmann ym., 2008; Denton, Golden, & Walsh, 2003). Pariterapiaa on perinteisesti käytetty masennuksen hoidossa silloin kun parisuhteessa on ongelmia (esim. Käypä hoito –suositus, 2009; Mead, 2002), ja sen onkin todettu parantavan parisuhteen laatua yksilöterapiaa enemmän (Barbato & D'Avanzo, 2008; Denton ym., 2003). Toisaalta puolison osallistuminen terapiaan on nähty tärkeänä, vaikkei parisuhdeongelmia olisikaan (Cordova & Gee, 2001; Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp, 1997). Onkin hyvä tarkemmin miettiä, missä tilanteessa pariterapia olisi erityisen hyödyllistä (Gupta & Beach, 2005) ja millaisia vaihtoehtoisia, parisuhdetta huomioivia työskentelytapoja voisi käyttää masennuksen hoidossa (Gupta, Coyne, & Beach, 2003). Kaiken kaikkiaan tarvitaan vielä lisätutkimuksia parisuhteen ja masennuksen monimutkaisista yhteyksistä ja masennuksen pariterapian tuloksellisuudesta (Barbato & D'Avanzo, 2008).

Narratiivia, jota käytetään usein synonyyminä tarinalle tai kertomukselle, hyödynnetään eri tieteenaloilla sekä tutkimuskohteena että -menetelmänä (Pinnegar & Daynes, 2007; Riessman, 2008). Psykologiassa ja sosiaalitieteissä kiinnostus narratiiveihin on kasvanut 1970-luvulta lähtien (McLeod, 2001).

Ihmistieteistä löytyy useita narratiivin ideaa hyödyntäviä tutkimusmetodeja (ks. esim. Riessman, 2008). Narratiivinen analyysi on kvalitatiivinen tutkimusmetodi, jolla kartoitetaan, kuinka rakennamme todellisuuttamme puheen ja kielenkäytön avulla (McLeod, 2001). Sen lähtökohtana on, että teemme ymmärrettäväksi kokemuksiamme ja jaamme niitä muiden kanssa tarinoiden muodossa. Narratiivi voidaankin nähdä keskeisenä tapanamme ajatella, tällöin puhutaan narratiivisen tietämisen muodosta (Bruner, 1986).

Narratiivin käsitettä hyödyntämällä on kyetty ymmärtämään esimerkiksi eri psykologisia prosessejamme ja kuinka nämä toiminnot ovat yhteydessä toisiinsa (Moreira, Beutler, & Gonçalves, 2008). Narratiivien avulla voimme rakentaa identiteettiämme ja elämäntarinaamme (esim. Baddeley & Jefferson, 2007; Bruner,

2004; Holstein & Gubrium, 2000; McAdams & Janis, 2004), sekä muodostaa kuvaa ihmissuhteistamme (Anderson, 2004). Pystymme myös käyttämään kulttuurissamme esillä olevia mallitarinoita oman elämämme jäsentämiseen (esim. Hänninen, 1999).

Masentuneiden on todettu käyttävän elämäntarinoissaan negatiivista kieltä ja liittävän kielteisiä merkityksiä niin menneisiin tapahtumiin kuin tulevaisuuttaan kohtaan (Robertson, Venter, & Botha, 2005). Myös yleisessä keskustelussa vallalla olevat tarinat koettiin alistavina. Sosiaalisten ja kulttuuristen odotusten vaikutus onkin toistunut masentuneiden tarinoissa niin naisilla kuin miehillä (Crowe, 2002; Emslie, Ridge, Ziebland, & Hunt, 2006; McLeod & Lynch, 2000; Rapmund & Moore, 2000). Masentuneiden henkilöiden narratiivien on myös huomattu olevan tunnesisällöltään yhteneviä ja eroavan muille psykologisille häiriöille tyypillisistä tunnenarratiiveista (Gonçalves & Machado, 2000). Masentuneen tarinat voivat sisältää myös alhaisen toimijuuden kuvausta (Vainikka, 2006). Tutkimuksen kohteena ovat olleet niin narratiivit masentuneiden käsityksistä sairautensa synnystä (Kangas, 2001), kuin siitä toipumisesta (Ridge & Ziebland, 2006).

Puolisoiden keskinäiset tarinat ovat olleet myös kiinnostuksen kohteena. Puolisoiden juuttuminen ongelmallisiin tarinoihin voidaan nähdä vaikuttavan parisuhdeongelmien muodostumiseen (Rosen & Lang, 2005; Sween, 2003; Zimmerman & Dickerson, 1993). Masennuksen pariterapiakeskusteluissa puolisoiden narratiivien on huomattu täydentävän, rikastuttavan tai olevan ristiriidassa keskenään (Rautiainen, 2003). Puolisot ovat myös käyttäneet tarinoissaan vaihtelevasti vahvaa, heikkoa ja toimijatonta toimijuuspuhetta (Koivula & Siivinen, 2007).

Viime vuosina narratiiveilla on ollut merkittävä vaikutus psykoterapiatutkimukseen (Angus & McLeod, 2004). Niiden avulla terapeutista muutosprosessia on tutkittu monin eri tavoin, niin merkityksien, kielen kuin narratiivisten prosessien näkökulmasta (Avdi & Georgaca, 2007). Tutkimuksissa on keskitytty usein yksilön narratiivien rakenteisiin, eli mikronarratiiveihin, mutta myös makronarratiivit, jotka korostavat tarinoiden syntymistä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, ovat olleet kiinnostuksen kohteena. Mikronarratiivien näkökulmasta tarinoiden yhtenäisyyttä ja johdonmukaisuutta pidetään terapian kannalta keskeisenä tavoitteena. Tutkimuksen kohteena ovat olleet niin narratiivien teemat (esim. Coulehan, Friedlander, &

Heatherington, 1998; Levitt, 2002), tyypittelyt (esim. Dimaggio & Semerari, 2001, 2004; Gonçalves & Machado, 2000), sisäinen dialogi (esim. Lysaker, Lancaster, & Lysaker, 2003) kuin prosessit (esim. Angus & Hardtke, 1994; Angus, Levitt, & Hardtke, 1999; Angus, Lewin, Bouffard, & Rotondi-Trevisan, 2004). Makronarratiiveja koskevat tutkimukset ovat käsitelleet tarinoita kokonaisuutena ja korostaneet puolestaan niiden erilaisuutta, muuttuvuutta ja monimutkaisuutta (esim. McLeod & Balamoutsou, 1996; McLeod & Lynch, 2000). Tämä tutkimus keskittyy lähinnä asiakkaiden mikronarratiivien prosesseihin.

Terapiasuuntauksista narratiiveja hyödyntävät esimerkiksi narratiivinen (Morgan, 2000; Payne, 2000; White & Epston, 1990) ja kognitiivis-narratiivinen terapia (Gonçalves, 1995; Gonçalves, Henriques, & Machado, 2004; Gonçalves & Machado, 1999). Toisaalta kaikkien terapioiden voidaan ajatella olevan narratiivisia: niissä asiakkaalla on mahdollisuus kertoa tarinoitaan, mutta myös muokata ja luoda uusia yhdessä terapeutin kanssa (McLeod, 1997). Narratiivien onkin todettu muuttuvan eri suuntausten onnistuneissa terapiaprosesseissa, vaikka nämä eri lähestymistavat painottavat eri psykologisia prosessejamme ja niissä kaikissa työskentely ei varsinaisesti kohdistu narratiivien muokkaamiseen (Moreira ym., 2008). Narratiivien avulla voidaan siis tuoda esiin kokonaisnäkemystä terapeutisesta muutoksesta.

Narratiivisessa terapiassa (White & Epston, 1990) pyritään muodostamaan vaihtoehtoisia tarinoita asiakkaiden hallitseville, *ongelmakyllästeisille tarinoille* (problem-saturated stories). Vaihtoehtoiset tarinat, jotka asiakkaat kokevat hallitsevia tarinoita tyydyttävimmiksi ja vähemmän rajoittavammiksi, syntyvät tunnistamalla, kartoittamalla ja lisäämällä *ainutkertaisia avautumia* (unique outcomes). Ainutkertaiset avautumat ovat asiakkaan ajatuksia, tunteita, tekoja ja elämäntapahtumia, jotka eivät sisälly ongelmakyllästeiseen tarinaan. Nämä poikkeukset tai ongelmakyllästeiselle tarinalle täysin vastakkaiset puolet asiakkaan kokemuksesta ovat todellisia ja läsnä, mutta jäävät pimentoon, koska ne eivät ole yhteneviä hallitsevan tarinan kanssa. Ne voivat olla niin asiakkaan menneestä, nykyisyydestä tai suuntautua tulevaan. Muutos tulee näkyvämmäksi, muokkautuu ja vahvistuu saadessaan uusia merkityksiä asiakkaalta itseltään ja muilta ihmisiltä. Uusien merkitysten rakentuessa asiakas voi esimerkiksi saavuttaa mieluisemman kuvan itsestään (White, 2000). Narratiivisen

terapian ajatuksia käytetään myös pariterapiassa (esim. Rosen & Lang, 2005; Zimmerman & Dickerson, 1993).

Myös Gonçalves, Matos ja Santos (2009b) esittävät teraputtisen muutoksen tapahtuvan ainutkertaisen avautumien avulla. Erona Whiten ja Epstonin (1990) ajatuksiin kaikkien poikkeusten ei kuitenkaan katsota olevan hyödyllisiä. Tietynlaiset poikkeukset voivat vain hetkellisesti helpottaa ongelmaa tai jopa estää muutoksen syntymistä. Gonçalves ym. nimittävät ainutkertaisia avautumia *innovatiivisiksi hetkiksi* (innovative moments/ i-moments/ IMs). Tässä tutkimuksessa niistä käytetään pääosin nimitystä *i-hetket*, mutta termillä ei ole vakiintunutta suomenkielistä vastinetta. Gonçalvesin ym. mukaan i-hetket ovat keskenään hyvin erilaisia ja ne jaetaankin viiteen eri luokkaan: toiminta- (action IM), ajatus- (reflection IM), protesti- (protest IM), uudelleenmäärittely- (reconceptualization IM) ja muutoshetkiin (performing change IM/ new experience IM). Tämän jaottelun pohjalta on kehitetty myös terapiaprosessien analyysimenetelmä Innovative Moments Coding System (IMCS) (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009a).

Seuraavaksi esittelen i-hetkiluokkia hieman tarkemmin (ks. myös liite 1). *Toimintahetket* ovat ongelmalliselle tarinalle vastakkaista toimintaa tai käyttäytymistä (Gonçalves ym., 2009a, 2009b). Tähän luokkaan voi kuulua esimerkiksi uusien coping - tyylien käyttämistä, sekä aktiivista ratkaisujen ja ongelmaan liittyvän tiedon etsintää. *Ajatushetket* viittaavat uusiin tai ongelmasta poikkeaviin ajatuksiin ja ymmärrykseen. Ajatushetket jaetaan kahteen alaluokkaan. 1.alaluokan ajatushetkissä luodaan etäisyyttä ongelmaan (esim. ongelman syiden ja seurauksien pohtiminen uudella tavalla), mutta 2.alaluokassa keskitytään muutokseen (esim. uusien identiteettiversioiden ilmaantuminen ongelmasta huolimatta). *Protestihetkinä* puhuja ilmaisee tai suunnittelee ongelmaa uhmaavia ajatuksia, tunteita tai toimintaa. Verrattuna ajatushetkiin protesti sisältää aina vastakkainasettelun yksilön ja ongelmaa edustavien tai ylläpitävien tekijöiden kanssa (esim. ongelmaa tukeva henkilö tai yleiset sosiaaliset vaatimukset). Protesti siis kohdistuu aina johonkin. Myös protestihetket jaetaan kahteen alaluokkaan: 1.alaluokan protestihetkissä ilmaistaan kritiikkiä ongelmaa kohtaan, mutta 2.alaluokassa ilmaantuu uusia positioita, kertoja esimerkiksi ilmaisee voimaantumista ja jämäkkyyttä suhteessa ongelmaan. *Uudelleenmäärittelyhetki* on muutosprosessin kuvausta metakognitiivisella tasolla. Kertoja ymmärtää muutoksen itsessään (minä ennen ja nyt)



ja osaa myös kuvata siihen johtanutta prosessia. Hän reflektoi muutosprosessia kyeten tarkastelemaan sitä vähemmän itsekeskeisesti. *Muutoshetki* pitää sisällään uusien kokemusten, tavoitteiden ja aktiviteettien toteuttamista tai suunnittelua. Se siis kuvaa muutosprosessin tuloksia. Ongelmalliset kokemukset voidaan esimerkiksi nähdä voimavarana tulevaan.

Gonçalves ym. (2009b) kuvaavat terapeutista muutosta monimuotoisena ja jaksottaisena prosessina. Monimuotoisuus viittaa siihen, että muutosprosessiin ajatellaan sisältyvän i-hetkiä eri luokista. Esimerkiksi vain yhden tietyn i-hetkiluokan avulla rakentuva uusi tarina olisi sisällöltään hyvin köyhä. Jaksottaisuus tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että eriluokkaisia i-hetkiä tulee käydä sykleittäin läpi yhä uudelleen ennen pysyvemmän muutoksen saavuttamista. Gonçalvesin ym. mallin mukaan muutos alkaa toiminta-, ajatus- ja/tai protestihetkistä. Nämä ovat merkkeinä yksilölle ja hänen läheisilleen, että muutosta on tapahtumassa. Seuraavaksi uudelleenmäärittelyhetket mahdollistavat etäisyyden ottamisen tilanteeseen ja näin yksilö voi pysähtyä analysoimaan hänessä tapahtuvaa muutosta. Niiden avulla myös muut i-hetket voivat laajentua. Viimeisenä ilmaantuvat muutoshetket, joiden myötä tarina voi laajentua tulevaisuuteen. I-hetkien esiintyminen mallissa esitetystä järjestyksestä poiketen on myös mahdollista. Yksilön läheiset ihmiset voivat tarkentaa ja vahvistaa muutossyklejä. Lopulta prosessi tuottaa uuden narratiivin syntymisen.

Uudelleenmäärittelyhetket nähdään pysyvän muutoksen ja uuden tarinan syntymisen kannalta ratkaisevina (Gonçalves ym., 2009b). Ajatus-, toiminta- ja protestihetket voivat tarjota väliaikaisen irtautumisen ongelmasta ja ovat parhaimmillaan voimakkaita muutoksen edistäjiä, mutta ne ovat keskenään riittämättömiä muutoksen tapahtumiselle. Ilman uudelleenmäärittelyhetkiä niillä voi olla jopa ongelmaa ylläpitävä vaikutus. Keskenään ne ovat vain ongelman vastustusta: vastakkainasettelusta ja ongelmasta ulkopuolisia merkityksiä ei pääse syntymään, koska näitä i-hetkiä ei voi määritellä ilman ongelmaa. Uudelleenmäärittelyhetki mahdollistaa siirtymisen pois tästä lukkiutuneesta vastakkainasettelusta, koska se pitää itse sisällään vastakkainasettelua - vanhan ja uuden minän välillä. Teoria sisältääkin vaikutteita myös dialogisesta näkökulmasta (esim. Hermans, 1996, 2003). Kaiken kaikkiaan i-hetkien teorialla on yhtymäkohtia muihin terapeutin muutoksen malleihin. Esimerkiksi uudelleenmäärittelyhetkillä on yhtäläisyyttä narratiivisten prosessien mallin (Angus &

Hardtke, 1994; Angus ym., 1999) refleksiivisten jaksojen kanssa. Lisäksi myös assimilaatiomallissa (APES) (Stiles, 2001; Stiles ym., 1990) korostuu oivaltavan ymmärryksen merkitys ja muutoksen prosessimaisuus (Gonçalves ym., 2009).

I-hetkien teoria ja analyysimenetelmä on soveltunut eri yksilöterapiasuuntausten ja erilaisiin ongelmiin keskittyvien terapiaprosessien kuvaamiseen (Gonçalves ym., 2009). Verrattuna epäonnistuneisiin terapiaprosesseihin onnistuneissa terapiaprosesseissa i-hetkiä on ollut enemmän ja niiden määrä on kasvanut terapian aikana (Gonçalves ym., 2009; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009). Epäonnistuneissa terapiaprosesseissa i-hetket ovat usein päättyneet ongelmasta puhumiseen (Gonçalves ym., 2009; Santos, Gonçalves, & Matos, 2008). Lisäksi i-hetkiä on tutkittu dialogisemmasta lähestymistavasta käsin (esim. Santos & Gonçalves, 2009).

Läheisten merkitys sekä i-hetkien rikastuttamisessa että vaikeuttamisessa ja estämisessä on tunnistettu (Gonçalves ym., 2009), mutta i-hetkien teoriaa ja analyysimenetelmää ei kuitenkaan ole aikaisemmin käytetty pariterapiakeskustelujen tutkimiseen. Pariterapiakeskustelut voisivat tarjota hyvän tilaisuuden tarkastella, miten i-hetket muodostuvat vuorovaikutuksessa läheisten kanssa. Olisi mielenkiintoista tietää, miten yksilö- ja pariterapian i-hetket eroavat toisistaan ja mitä yhtäläisyyksiä niillä kenties on. Narratiivisia teorioita ja koodausmenetelmiä on pystytty soveltamaan pariterapiaistuntojen analysointiin ja ne ovat antaneet monipuolista tietoa pariterapian prosesseista (ks. esim. Laitila, Aaltonen, Wahlström, & Angus, 2001).

Tutkimuskysymykset muotoutuivat seuraavanlaisiksi:

1. Millaisia innovatiivisia hetkiä on masennuksen pariterapiakeskusteluissa? Miten kahden terapiaprosessin i-hetket eroavat ja muistuttavat toisiaan?
2. Millä tavoin masentuneen puoliso osallistuu i-hetkien muodostamiseen istunnoissa?
3. Miten terapeuttien työskentely vaikuttaa i- hetkien rakentumiseen?
4. Miten yksilöterapiaistuntojen i-hetkien tutkimiseen kehitetty koodausmenetelmä (IMCS) soveltuu pariterapiakeskustelujen analysoimiseen?

## 2. AINEISTO JA MENETELMÄ

### 2.1. Tutkimusaineisto

Tämä pro gradu –tutkielma on osa Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa –tutkimusprojektia (DINADEP). Vuonna 2005 alkaneen hankkeen tarkoituksena on kehittää pariterapiaa masennuksen hoitomuotona keskittyen sen dialogisiin ja narratiivisiin prosesseihin (Seikkula, 2006). Terapiaprosessien lisäksi projektissa tutkitaan pariterapian tuloksellisuutta naturalistisessa tutkimusasetelmassa.

Tutkimushankkeen aineisto on kerätty kolmen suomalaisen sairaanhoitopiirin alueelta (Seikkula, 2006). Tutkimuspotilaat hakeutuivat masennuksen takia hoitoon omilla alueillaan, joissa heidät jaettiin satunnaisesti koe- ja kontrolliryhmään. Koehenkilöt osallistuivat puolisoineen pariterapiakeskusteluihin ja kontrolliryhmän potilaat saivat puolestaan yksilöterapiaa. Koeryhmässä vähintään toisella puolisoista oli pääasiallisena diagnoosina masennus (ICD-10). Pariterapioista vastaavat terapeutit työskentelivät pareittain ja heillä oli vähintään kolmivuotinen systeemisen perheterapian koulutus sekä psykoterapeutin pätevyys. Terapeutit hyödyntivät työskentelyssään myös dialogisia ja narratiivisia menetelmiä.

Tämän tutkimuksen aineistona oli kaksi masennuksen pariterapiaprosessia. Analysoin tarkemmin kuusi istuntoa: kolme istuntoa kummaltakin pariskunnalta. Pariskunnan A, Mikan ja Anun (nimet muutettu), pariterapia koostui 8 istunnosta, joista käsittelin 1., 5. ja 8.istunnon. Pariskunnan B, Veijon ja Maijan, 6 istuntoa sisältäneestä terapiasta analysoin puolestaan 1., 5. ja 6.istunnon. Käytin istuntoja terapioiden eri vaiheista, jotta saisin mahdollisimman hyvän kuvan koko terapiaprosesseista. Tutkittavaksi valittiin tapaukset, joiden hoitotulos oli erilainen, koska haluttiin muodostaa vertailuasetelmaa terapiaprosessien välille. Analyysivaiheessa en tosin tiennyt tapausten hoitotuloksia.

Istunnoista oli käytettävissä sekä kuvanauhataltioinnit että litteroidut tekstit. Pariskunnan A kolme istuntoa kestivät yhteensä 197 minuuttia ja niistä kertyi litteroitua

tekstiaineistoa 92 sivua rivivälillä 1. Pariskunnan B istunnot olivat pituudeltaan yhteensä 177 minuuttia ja litteroitua tekstiä oli 55 sivua. Istuntojen transkriboinnissa oli käytetty Jokisen ja Suonisen (2000) toimittaman teoksen litterointimerkkejä. Kaikissa istunnoissa oli paikalla sekä mies- että naisterapeutti. Lisäksi pariskunnan A 8.istunnossa, joka toimi myös tilannearviotapaamisena, oli mukana Mikan hoitava lääkäri samasta yksiköstä.

Pariskunnat A ja B olivat kumpikin lapsettomia aviopareja. Mika ja Anu olivat asuneet yhdessä pari vuotta, Veijo ja Maija kuusi vuotta ennen pariterapian alkua. Kumpikin pariskunta oli tullut terapiaan miehen masennuksen vuoksi. Mika oli kärsinyt masennuksesta noin vuoden, Veijo puolestaan noin 8 vuotta. Ainoastaan Mika oli ollut sairaalahoidossa masennuksen vuoksi, yhden lyhyen hoitjakson muutamia viikkoja ennen terapian alkua. Sekä Mikalla että Veijolla oli masennuslääkitystä terapian aikana. Mika oli terapiaan osallistuessaan sairaalomalalla. Ennen sairastumistaan Mika oli työskennellyt samassa työpaikassa useita vuosia, jonka jälkeen hänellä oli ollut muutama lyhyt työsuhde sekä kesken jäänyt koulutus. Terapian aikana Veijo oli sekä työttömänä että töissä työpaikassa, jossa oli työskennellyt viime vuosina epäsäännöllisissä työsuhteissa. Masentuneiden puoliset olivat kumpikin työelämässä pariterapian aikana. Mikan ja Anun terapia oli onnistunut masennusoireiden vähentymisen perusteella (BDI), Veijon ja Maijan epäonnistunut. Vuoden kuluttua terapian päättymisestä hoidon alussa mitattu BDI-arvo oli Mikalla laskenut 20:stä nolnaan, Veijon 22:sta 15:sta.

## **2.2. Tutkimusmenetelmä**

Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin Innovatiivisten hetkien koodausmenetelmää (IMCS) (Gonçalves ym., 2009a), joka on tarkoitettu laadullisten aineistojen, kuten terapiakeskustelujen ja haastattelujen, analysointiin. Aineisto voi olla kuvanauhalla ja/tai transkriboituna tekstinä. Menetelmän taustalla on narratiivinen näkemys terapeutisesta muutoksesta, teoria innovatiivisista hetkistä (Gonçalves ym., 2009b). Muutosprosessia kartoitetaan koodaamalla aineistosta viittä erilaista i-hetkeä ja niiden ominaisuuksia.

Kahden tutkijan suositellaan osallistuvan tutkimusmateriaalin käsittelyyn, kakkoskoodaajan analysoidessa vähintään 30 % aineistosta (Gonçalves ym., 2009a). Ennen varsinaisen koodauksen aloittamista tutkijat (1) tutustuvat aineistoon ja määrittävät yhdessä siinä keskustelunaiheena olevat ongelmat, joiden mukaan i-hetket myöhemmin määritetään. Seuraavaksi koodaajat (2) itsenäisesti tunnistavat aineistosta i-hetket (liittyen sillä hetkellä puheenaiheena olevaan ongelmaan) ja määrittävät niiden alun ja lopun. I-hetket voivat olla menneestä, nykyisyydestä ja/tai suuntautua tulevaisuuteen. Tämän jälkeen (3) koodataan tunnistettujen i-hetkien luokka (toiminta-, ajatus-, protesti-, uudelleenmäärittely- tai muutoshetki), (4) pituus (sekunteina tai sanamääränä) ja (5) ilmaantuminen. I-hetki voi ilmentyä keskusteluun kolmella tavalla: asiakas aloittaa itse puhumaan siitä, terapeutti tuo i-hetken esille ja asiakas hyväksyy sen tai terapeutti kysyy poikkeuksen ilmaantumista edesauttavan kysymyksen johon asiakas vastaa. Lopuksi koodaajat (6) määrittävät yhdessä i-hetkien mahdolliset alaluokat.

Innovatiivisten hetkien koodausmenetelmää ei ole aikaisemmin sovellettu pariterapiaistuntojen analysointiin. Tässä tutkimuksessa päädyin yksilöterapiaa laajempaan i-hetkien määrittelyyn: koodasin i-hetkiksi myös ne poikkeukset, jolloin asiakkaat puhuivat puolisonsa puolesta tai kun he kertoivat omista ajatuksistaan tai toiminnastaan joka suuntautui puolison ongelmaa vastaan. En myöskään keskittynyt vain masentuneen asiakkaan tai vain masennusta koskeviin i-hetkiin.

Käyttäessäni koodausmenetelmää ensimmäistä kertaa pariterapiaistunnon analysoimiseen, huomasin, ettei se riittävästi tuonut esiin pariterapiakeskustelun moninaisuutta. Se ei esimerkiksi huomionnut sitä, että asiakas saattoi puhua i-hetkestä myös puolisonsa näkökulmasta ja että poikkeuksia tuli niin omiin kuin yhteisiin ongelmiin. Päädyinkin koodaamaan IMCS:n lisäksi myös muutamia muita i-hetkien ominaisuuksia. Lisäkoodaukset määrittyivät i-hetkiin liittyvän kirjallisuuden ja harjoittelukoodauksesta saamieni havaintojen pohjalta. Lisäämäni koodauskategoriat eivät siis ole yksiselitteisiä, vaan toimivat apuna tutkimuskysymysten kartoittamisessa sekä kenties alustavat IMCS:n kehittämistä pariterapiaistuntojen analysointiin. Tutkimuksessa käyttämäni lisäkoodaukset ovat syntyneet yhteisymmärryksessä menetelmän kehittäjien kanssa.

Lisäkoodauksessa huomioin i-hetkistä seuraavia piirteitä: (1) ketkä osallistuivat i-hetken aikana keskusteluun, (2) millainen oli sen taustalla oleva ongelma, (3) kenelle se oli osoitettu, (4) jos se kohdistui toista puolisoa vastaan, (5) kenen näkökulmasta sen aikana puhuttiin ja (6) mihin se päättyi. Koodasin myös mahdollisen i-hetken (7) toistumisen saman istunnon aikana ja (8) sen katkonaisuuden.

Seuraavaksi käsitelen lisäkoodauskategorioita hieman tarkemmin. (1) Merkitessäni ne henkilöt, jotka osallistuivat keskusteluun i-hetken aikana, huomioin myös terapeutin aloitteen ja kommentoinnin i-hetken lopussa (näitä ei otettu huomioon mitattaessa i-hetken pituutta), sekä keskustelijoiden lyhyet äännähdykset. (2) Ongelmasta, johon i-hetki oli poikkeus, huomion aiheen ja tilan (vanha, nykyinen tai ratkeamassa). (3) I-hetki voitiin osoittaa itselle (oma ongelma), meille (yhteinen ongelma), toiselle (puolison ongelma koettu osittain omaksi) tai toisen puolesta (puolison ongelma). (5) Puhujan näkökulmaa koodasin seuraavasti: asiakkaat kertoivat i-hetkestä omasta ("minä"), puolison ("hän") tai yhteisestä ("me") näkökulmasta. Merkitsin myös, jos eri näkökulmia tuli esiin saman i-hetken aikana. (6) I-hetki päättyi neljällä eri tavalla: samasta aiheesta jatkettiin keskustelua neutraalisti, puheenaihe vaihtui, siirryttiin puhumaan ongelmasta tai käsiteltiin toista i-hetkeä. Huomioin myös sen, päättivätkö asiakkaat vai terapeutit poikkeuksen. (7) En koodannut i-hetken toistumiseksi kerrontaa, jossa asiasta puhuttiin toisella kerralla eri tavalla, esimerkiksi toisen puolison näkökulmasta. (8) Katkonaisuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, etteivät i-hetket aina olleet yhtenäisen hetki terapiakeskustelua, vaan ne saattoivat keskeytyä joksikin aikaa. Tauon aikana puhuttiin joko samasta aiheesta (esim. kartoitettiin i-hetkeen liittyviä epäoleellisia tietoja), i-hetken taustalla olevasta ongelmasta tai toista luokkaa olevasta i-hetkestä. Kaksi samaa teemaa olevaa poikkeusta yhdistettiin yhdeksi i-hetkeksi, mikäli ne olivat samaa luokkaa (ja alaluokkaa), lähellä toisiaan ja keskustelun aihe ei vaihtunut niiden välissä.

Tässä tutkimuksessa i-hetket koodattiin litteroidun tekstiaineiston ja Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla. Muodostamaani taulukkoon merkitsin riveittäin i-hetket ja niiden ominaisuuksia (ks. liite 2). Näin pystyin ohjelman avulla esimerkiksi laskemaan prosenttilukuja ja valitsemaan tietyn ominaisuuden sisältävät i-hetket erilleen tarkempaa tarkastelua varten.

### 2.3. Analyysin eteneminen

Katsoin ensin kuvanauhalta kummankin terapiaprosessin kaikki istunnot. Seuraavaksi litteroin pariskunnan B 5.istunnon. Muut käyttämäni istunnot oli jo valmiiksi transkriboitu. Tehdessäni aikaisemmin samassa projektissa kandidaatin tutkielmaa olin osallistunut pariskunnan A 1.istunnon litteroimiseen ja katsonut myös kyseisen terapian kaikki tapaamiset. Koska osa istunnoista oli siis minulle tutumpia, pyrin perehtymään muihin istuntoihin lukemalla niiden transkribointeja useammin.

Parantaakseni analyysin validiteettia toinen psykologian pääaineopiskelija samasta projektista toimi kakkoskoodaajana 33%:ssa istunnoista, kummankin pariskunnan ensimmäisessä istunnossa. Perehdyimme analyysimenetelmään kirjallisuuden, keskinäisten keskustelujen, ohjaajan sekä menetelmän kehittäjien avulla. Harjoittelimme i-hetkien luokkien tunnistamista (Gonçalves ym., 2007) ennen kuin teimme harjoituskoodauksen eräästä masennuksen pariterapiaistunnosta, joka ei ollut kummastakaan varsinaisessa analyysissa käytetystä terapiaprosessista. Näkemyseromme harjoitustehtävässä ja –koodauksessa olivat melko johdonmukaisia, joten harjoittelun päätteeksi pystyimme vielä tarkentamaan näkemystämme i-hetkistä ja koodauslinjasta.

Analysoimme ensimmäisenä pariskunnan A 1.istunnon. Kumpikin tai ainoastaan toinen koodaaja löysi istunnosta yhteensä 89 i-hetkeä. Näistä 72%:ssa olimme samaa mieltä, tosin niistä 28%:ssa oli epätarkkuutta i-hetken tarkan alkamiskohdan ja pituuden määrittämisessä. Keskustelun avulla saavutimme yksimielisyyden 92%:ssa niistä i-hetkistä, jotka vain toinen oli alun perin tunnistanut. Lopulta määritimme, että istunnosta oli löydettävissä yhteensä 83 i-hetkeä. Ykköskoodaajan itsenäisesti tekemä koodaus vastasi lopullista koodausta 94%:sti (i-hetkien tunnistaminen) ja kakkoskoodaajan 83%:sti. Niistä poikkeuksista, joista olimme alun alkaenkin samaa mieltä, olimme 80%:sti samaa mieltä myös niiden luokasta ja 97%:sti ilmaantumisesta. Lopulta olimme yksimielisiä kaikkien 83 i-hetken luokasta ja ilmaantumisesta. Koodausta tarkentaakseni tein lisäkoodauksen ja laskin kuvanauhan avulla i-hetkien osuuden koko istunnon ajasta. Määrittäessäni istunnon kestoja, en huomionnut sen aloitusta ja lopetusta, jolloin asiakkaat täyttivät tutkimukseen liittyviä

seurantalomakkeita ja tulevasta tapaamisesta sovittiin. Seuraavaksi analysoin yksin pariskunnan A 5. ja 8.istunnon.

Mikan ja Anun istuntojen jälkeen analysoimme yhdessä pariskunnan B 1.istunnon. Löysimme yhteensä 25 tekstipätkää, jotka tunnistimme i-hetkiksi. Näistä olimme yksimielisiä 52%:sti, tosin epätarkkuutta i-hetkien alun ja lopun määrittämisessä oli niistä 38%:ssa. 83%:sta epäselvistä tekstipätkistä pääsimme yhteisymmärrykseen päätyen lopulta 23 i-hetkeen. Niistä i-hetkistä, joista olimme alun perin samaa mieltä, olimme yhtä mieltä myös niiden luokasta ja ilmaantumisesta. Myös niiden i-hetkien kohdalla, joista emme aluksi olleet samaa mieltä, saavutimme yksimielisyyden luokasta ja ilmaantumisesta. Vaikka yhteneväisyysprosentti i-hetkien tunnistamisen osalta oli itsenäisen koodauksen jälkeen heikohko, päädyin käyttämään yhteisymmärryksessä muodostamiamme tuloksia, sillä se vastasi 91%:sti ykköskoodaajan alkuperäistä koodausta (i-hetkien tunnistus). Lopullinen koodaus vastasi kakkoskoodaajan itsenäisesti tekemää koodausta puolestaan 65%:sti. Heikompaa yhteneväisyysprosenttia tässä istunnossa selittänee se, että ykköskoodaajalla oli enemmän kokemusta koodaamisesta. Lopuksi koodasin itsenäisesti vielä pariskunnan B 5. ja 6. istunnon.



### **3. TULOKSET**

Esittelen ensin kahden masennuksen pariterapiaprosessin tulokset erikseen. Tuloksia havainnollistaakseni käytän myös taulukoita ja tekstiotteita. Tekstiotteiden tarkempi koodaus on nähtävissä liitteessä 2. Lopuksi vertailen Mikan ja Anun sekä Veijon ja Maijan terapiaprosesseja i-hetkien suhteen.

#### **3.1. Pariskunta A: Mika ja Anu**

##### **3.1.1. I-hetkien esiintyminen ja ominaisuudet**

Ongelmat, joista Mikan ja Anun kolmessa tarkemmin analysoimissani istunnoissa keskusteltiin, liittyivät kaikki Mikan masennukseen. Mikan omia keskeisiä ongelmia olivat vaikeus hyväksyä sairastuminen ja masennukseen liittyvät oireet, kuten ahdistuneisuus, aloitekyvyttömyys ja itsesyytökset. Huolta aiheuttivat myös hidas toipuminen ja vaikeus saada aikaa kulumaan sairauslomalla. Lisäksi uusien työtehtävien oppimisen vaikeudesta ja koulutuksen keskenjättämisestä Mika tunsu syyllisyyttä. Anun omat ongelmat liittyivät Mikan vointiin. Esimerkiksi Mikan itsetuhoajatukset ennen sairaalaan joutumista aiheuttivat huolta vielä Mikan voinnin tasaannuttua. Anu myös murehti töissä, miten Mika saa aikansa kotona kulumaan. Yhteisiä, jaettuja ongelmia olivat järkytys Mikan sairaalaan joutumisesta ja Mikan univaikeudet, jotka haittasivat myös Anun nukkumista. Lisäksi pariskunta koki, että Mikan voinnista puhuminen sukulaisille oli vaikeaa, koska he eivät halunneet huolestuttaa läheisiään. Melkein kaikki ongelmat, joista terapiaprosessin aikana keskusteltiin, tulivat esiin jo 1.istunnossa.

Lähes kaikkiin esiin tulleisiin ongelmiin ilmaantui poikkeuksia. Suurin osa i-hetkistä, kuten myös puheenaiheista, koski Mikan omia ongelmia ja niiden osuus myös kasvoi istuntojen aikana. Anun ongelmiin liittyvien i-hetkien määrä oli melko pieni kaikissa istunnoissa ja poikkeukset yhteisistä ongelmista puolestaan vähenivät terapian edetessä. Ensimmäisen istunnon alussa i-hetket koskivat jo ratkenneita, vanhoja ongelmia, kuten

Mikan pahaa oloa ennen sairaalaan joutumista ja epätietoisuutta sen aiheuttajasta. Terapian edetessä i-hetket liittyivät enenemissä määrin nykyisiin tai ratkeamassa oleviin ongelmiin: viimeisessä istunnossa suurin osa poikkeuksista koski väistymässä olevia ongelmia (78%).

Istunnoissa tuli esiin lukuisia i-hetkiä ja niiden määrä kasvoi terapian edetessä: 1.istunnossa i-hetkistä keskustelemiseen käytettiin 32%, viidennessä 38% ja 8.istunnossa 45% koko istunnon ajasta (ks. taulukko 1). M. M. Gonçalvesin mukaan i-hetkien määrä on suurempi mitä yksilöterapiaistunnoissa yleensä (henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2009), tosin tässä tutkimuksessa käytettiin laajempaa i-hetkien määritelmää. Toimintahetkiä oli kaikista i-hetkistä 9%. Ajatushetkiä oli eniten kaikista luokista (55%), ja 2.alaluokan osuus kasvoi viimeisessä istunnossa. Protestihetkiä oli hyvin vähän (1%). Uudelleenmäärittely- ja muutoshetkiä esiintyi teoriasta poiketen jo 1.istunnosta alkaen. Mika ja Anu kertoivat keskustelleensa paljon masennuksesta ennen terapian alkua, mikä voi selittää terapeuttisen muutoksen nopeaa käynnistymistä. Uudelleenmäärittelyhetkiä oli kaiken kaikkiaan 24% ja 5.istunnossa niitä oli eniten kaikista luokista. Muutoshetkien osuus kasvoi terapian edetessä, niitä oli 11% kaikista poikkeuksista. I-hetket kestivät keskimäärin noin 20 sekuntia, vaihteluväli oli sekunnista reiluun kolmeen minuuttiin.

TAULUKKO 1. Pariskunnan A i-hetkien esiintyminen ja luokat, osuus kokonaisajasta

	KOKO- NAIS- MÄÄRÄ	I-HETKILUOKKA						MUUTOS
		TOIMINTA	AJATUS		PROTESTI		UUD. MÄÄR.	
			1.	2.	1.	2.		
1.ISTUNTO	32 %	11 %	74 %		2 %		10 %	3 %
			59 %	15 %	2 %	0 %		
5.ISTUNTO	38 %	5 %	29 %		0 %		49 %	17 %
			21 %	8 %	0 %	0 %		
8.ISTUNTO	45 %	10 %	51 %		0 %		20 %	19 %
			14 %	37 %	0 %	0 %		
1., 5. & 8.ISTUNTO	37 %	9 %	55 %		1 %		24 %	11 %
			36 %	19 %	1 %	0 %		

Kolmesta istunnosta löytyi yhteensä 158 i-hetkeä. Asiakkaat (68%) toivat poikkeuksia keskusteluun terapeutteja aktiivisemmin. Mika (44%) aloitti i-hetkiä Anua

(24%) ahkerammin. Terapeutit esittivät i-hetken ilmaantumista edesauttavan kysymyksen (19%) useammin kuin toivat sen suoraan esiin (13%). I-hetkien ilmaantumisessa terapeutit olivat asiakkaita aktiivisempia vain viimeisessä istunnossa. Tässä istunnossa oli mukana lääkäri, joka teki terapeutteja useammin (suoria) aloitteita.

Mika oli eniten mukana keskustelussa 158 i-hetken aikana (87%), mutta Anu (59%) ja terapeutit (vähintään yksi) (76%) olivat myös aktiivisia. Mikan ja terapeuttien osallistuminen i-hetkikeskusteluun kasvoi terapian aikana, Anu osallistui eniten 1.istunnossa. Yleensä poikkeuksen aikana keskustelussa oli mukana kaksi tai kolme henkilöä. Erilaiset keskustelukokoonpanot vaihtelivat istuntojen aikana.

Useimmiten asiakkaat muodostivat *i-hetkiä itselle* (78%), eli puhuivat omalle ongelmalleen vastakkaisista poikkeuksista. Toiseksi eniten he tuottivat *i-hetkiä toiselle* (22%), jolloin he ottivat puolisonsa ongelman osittain omakseen. Anu esimerkiksi kertoi ajatuksistaan, jotka olivat poikkeusta Mikan ongelmalle. Esimerkiksi Mika koki, että uudet työtehtävät sujuivat häneltä heikosti, mutta Anu muistutti, että Mika sai positiivista palautetta työnantajaltaan. Istunnoissa tuli esiin myös i-hetkiä yhteisiä ongelmia vastaan, *i-hetkiä meille* (15%). Tosin niiden määrä väheni terapian aikana omaan ongelmaan kohdistuvien poikkeusten lisääntyessä. Myös *i-hetkiä toisen puolesta* (9%) tuli ilmi. Anu esimerkiksi kertoi siitä, mitä Mika tehnyt helpottaakseen omaa ongelmaansa. Kaiken kaikkiaan Anu tuotti suurimman osan i-hetkistä toiselle ja toisen puolesta, sillä suurin osa poikkeuksista liittyi Mikan omiin ongelmiin. Yhden i-hetken aikana puolisoiden suhde poikkeuksen taustalla olevaan ongelmaan saattoi olla erilainen: Mika esimerkiksi toi esiin omasta ongelmastaan poikkeavaa toimintaansa (i-hetki itselle), ja lisäksi Anu kertoi mitä oli itse tehnyt Mikan ongelmaa helpottaakseen (i-hetki toiselle) ja mitä muuta ongelmalle vastakkaista Mika oli tehnyt (i-hetki toisen puolesta).

Puolisot puhuivat i-hetkien aikana yleensä omasta näkökulmastaan: omista ajatuksista, tunteista ja toiminnasta. Mika toi omaa näkökulmaansa esiin 73%:ssa kaikista i-hetkistä, Anu 37%:ssa. Mikan oman näkökulman osuus kasvoi terapian edetessä, Anun puolestaan laski. Anu ilmaisi 11%:ssa i-hetkistä puolisonsa näkökulmaa, Mika ei juuri yhtään. Asiakkaat puhuivat melko vähän yhteisestä näkökulmasta

(kumpikin 3%). Noin viidesosassa kaikista 158 i-hetkestä tuli ilmi useampi kuin yksi näkökulma.

I-hetket toistuivat jonkin verran saman istunnon aikana: kaikista i-hetkistä 13%:a oli toistoa. Käytännössä toistoa tuli tätäkin enemmän, sillä idealtaan sama poikkeus voitiin toisella kerralla esimerkiksi kertoa hieman eri näkökulmasta. Toistoa oli myös istuntojen välillä: tietyt i-hetket saattoivat ilmaantua jokaisella kolmella tapaamisella. I-hetkissä oli myös katkonaisuutta (12%). Katkojen aikana keskusteltiin useimmiten samasta aiheesta tai ongelmasta.

I-hetki päättyi yleensä samaan aiheeseen (28%), ongelmaan (33%) tai toiseen i-hetkeen (35%). Vain harvemmin poikkeus loppui siihen, että puheenaihe vaihtui (4%). 1.istunnossa i-hetket päättyivät useimmiten ongelmasta puhumiseen (41%), mutta 5. ja 8.istunnossa toista luokkaa olevaan poikkeukseen (53%, 41%). Asiakkaat päättivät i-hetket terapeutteja useammin (71%), varsinkin jatkaessaan ongelmasta puhumista. Se puolisoista, joka puhui viimeisenä poikkeuksen aikana, useimmiten myös itse lopetti i-hetken.

### **3.1.2. Esimerkkejä i-hetkistä**

Tekstiote A (ks. seuraava sivu) on 1.istunnosta. I-hetket on merkitty laatikoihin. Aikaisemmin puheenaiheena on ollut Anun oma ongelma, huoli Mikasta. Otteen alussa Anu kertoo huomanneensa puolisonsa ahdistuneisuutta, ja sivuaa näin omasta näkökulmastaan Mikan ongelmaa. Hän jatkaa ajatushetken (2.alaluokka) todeten, että Mikan ajoittaisesta ahdistuksesta huolimatta huoli on alkanut väistymään (i-hetki itselle). Seuraavaksi Mika kertoo ahdistuneisuutensa vähenemisestä omasta näkökulmastaan (i-hetki itselle). Naisterapeutti kysyy muutokseen johtaneista syistä ja Mikan vastatessa tähän poikkeuksesta muodostuu uudelleenmäärittelyhetki. I-hetki päättyy Mikan mainitessa toisesta ongelmastaan, vaikeudesta sietää masennuksesta toipumisen hitautta. Pian hän siirtyy kuitenkin ajatushetken (1.alaluokka) kannustamalla itseään sietämään ongelmaa (i-hetki itselle). Tämä päättyy Anun palatessa kertomaan ongelmasta, tosin välissä hän tuo esille vielä toimintahetken Mikalle (i-hetki toiselle).

## TEKSTIOTE A. Pariskunta A/ 1.istunto/ rivit 726-756

An: siis siitä (.) että on niin pitkä aika niin [näkee että on semmonen (.) semmonen ahistus  
Am: niin kyllä- niin] **AJATUS 2 (ongelma: huoli Mikasta)**

An: mutta kyllä minä nyt niinku ymmärrän (2) ja oon alkanu luottaa siihen ku hän sanoo että .hhh  
että ei hänellä nyt nii paha oo että [tarvis mittään semmosia] kauheita ( )  
Am: mmm mmm]

**UUD.MÄÄR (ongelma: ahdistuneisuus)**

Am: niin kyllä mulla niinku edelleen on semmosta (.) ahdistusta mutta ei se nyt oo (.) voi verrata  
samana päivänäkkää siihen mitä nyt oli sillon että  
An: mmm  
Tn: mmm  
Am: jou- jouvun käyttämään kyllä jonku verran semmosia (.) rauhottavia lääkkeitä vieläki mutta  
(2) mutta tuota ei se nyt oo (1) se on vähän toisenlaista että se (.) ei ei se nyt oo semm- se oli  
ihan kaaottinen tilanne kyllä se (.) mikä sillon tuli että ku ei tienny (1) yhtää  
Tn: mmm (.) mikä sua on auttanu tai mi- mikä on (.) lievittäny sitä ahdistusta nyt jos aattelee niistä  
ihan pahimmista (1) vaiheista  
Am: noo ehkä se nyt on että (2) kyllä tästä nyt vielä niinku (.) tää on semmonen sairaus että tästä  
toipuu että [(2) toipuu vaik on on hoijjot ja lääkitykset ja ite uskoo siihen  
Tn: mmm]  
Am: että kyllä tää (.)

välillä tietysti tulee se semmonen että (.) mitenkä kauan siihen mennee mutta (.)

**AJATUS 1 (ongelma: hidas toipuminen)**

An: toisaalta minä oon aatellu sitte että no (.) menköö vaikka mitenkä kauan  
Am: mmm [mutta  
nii ei kannata] siitä ottaa [niinku justsiinsa

An: Mika on niinku] viimeinen joka se sen niinku (1) antaa itelleen  
myötä että siihen voi mennä kauan että **TOIMINTA (ongelma: hidas toipuminen)**

kaikki muut on yritetty .hhh minä ja (.) minun (.) perhe ja hänen vanhemmat ja kaikip  
niinku on yritetty sanoo että siihen mennee aikaa

Am: mut hän niinku ite oottaa liikoja että [se liian tai niinku et se [paljon nopeemmin tapahtus että  
mmm] mmm ]

---

Am=miesasiakas, An= naisasiakas, Tm=miesterapeutti, Tn= naisterapeutti

Tekstiotteen B (ks. seuraava sivu) alussa Anu sanoo miesterapeutin aloitteesta huomanneensa Mikan voinnin parantumista siinä, ettei tämän ole enää vaikea saada aikaansa kotona kulumaan. Anu tuottaa siis i-hetken Mikalle (i-hetki toiselle) kertoen omista ajatuksistaan. Ajatushetken (2.alaluokka) lopussa Mika myös vahvistaa Anun havainnot (i-hetki itselle). Seuraavaksi Anu ilmaisee i-hetken Mikan puolesta (i-hetki toisen puolesta) kertoen Mikan toiminnasta edellä mainittua ongelmaa vastaan. Tähän

liittyen Mika tuo vielä ilmi ajatushetken (2.alaluokka) kertoessaan myös toisen ongelman helpottumisesta (i-hetki itselle).

#### TEKSTIOTE B. Pariskunta A/ 8.istunto/ rivit 384-411

Tm: liittyys sulla Anu näihin (1) Mikan työ töihinlähtösuunnitelmiin minkälaisia ajatuksia

#### **AJATUS 2 (ongelma: vaikeus saada aikaa kulumaan)**

An:	no (3) hhh kyllä minun mielestä hän on ollu tosi virkee ja sillee innokas tekemään kaikkee että .hhh vois olla ihan [hyväksikin jos [ois töitä [että
Tm:	mmm] mmm] mmm]
Tn:	mmm
An:	että minusta hän on nyt muuttunu silleen että on niinkun (.) osannu naauttia nyt siitä vapaa-ajasta ja että se ei oo semmosta hirveetä tuskaa ja (.) että on vaikee olla mittään tekemättä vaan nyt hän on niinku saanu olla kesällä ja (.) lomaalla ja aatella sillä lailla et sitte (.) ois varmaan intoo lähteekki töihin (.) kuulostaa siltä
Tn:	((yskimistä))
Am:	jonkunlaista sisältöä kuitenkin olla (että ei se se kotona oleminenkin tiesti on mutta tuota (1) pittää sitä kuitenkin jottain tehdä [( ) minä en ossaa ihan vaan olla että)
L:	mmm]
L:	miten sulla päivät on menny (.) menny
Am:	kyyllä ne nyt on menny hyvästi täs tän viimesen kuukauen [( )

#### **TOIMINTA (ongelma: vaikeus saada aikaa kulumaan)**

An:	nii hirv]eesti urheillu jokaa päivä
L:	[(nyt) suunnilleen ja (3)
L:	joojoo]
Am:	mmm
An:	niinku koko ajan liikkeessä ja menossa että et oo kyllä kotona yhtään silleen (2) lorveksinu

#### **AJATUS 2 (ongelma: "rötkily")**

Am:	no e:i ei sellasta (nyt oo ennää niinku ollu mitä sillon talvella oli ja vielä kevväälläkin oli) ettei meinannu sängystä päästä ylös (semmosta ei oo kyllä ollu ennää että)
Tn:	m[mm
An:	[mmm

---

Am=miesasiakas, An= naisasiakas, Tm=miesterapeutti, Tn= naisterapeutti, L=lääkäri

Ennen tekstiotetta C (ks. seuraava sivu) on keskusteltu masennuksen helpottumisesta ja siihen johtaneista syistä (uudelleenmäärittelyhetki). Otteen alussa terapeutti pyrkii vielä kartoittamaan samaa teemaa tarkemmin, mutta Mika tuottaakin muutoshetken (i-hetki itselle) kertoen mitä on oppinut vaikeasta kokemuksestaan.

## TEKSTIOTE C. Pariskunta A/ 8.istunto/ rivit 652-663

Tn: onko vielä joitain semmosia asioita joita aattelet että on toisin kuin silloin kun (.) ennen kun sairastuit

Am: °mmm° ((miettiväisesti))

Tn: (et olis oma itsesi ni- niinku) niinku jossaki suhteessa

Am: °mmm tuota tuota° (1) ° no en nyt ossaa oikeen sannoo (.) tuohon kyllä että (2) oisko jottain (1) en ossaa oikeen sannoo ° (2)

**MUUTOS (ongelma: masennus)**

<p>on sitä nyt ehkä ainaki ehkä jonku verran viisaampi ((hymähtää))</p> <p>Tn: mmm</p> <p>Am: sen verran kova koettelemus että (1) ossaa ehkä arvostaa eri- erilailla niinku asioita mitä ei aikasemmin ( ) piti itestäänselevyytenä (.) .hhh nyt on sillee niinku vähä (1) että ei: (.) pää mittää itestäänselevyytenä °että°</p>
--

Tn: °mmm°

---

Am=miesasiakas, An= naisasiakas, Tm=miesterapeutti, Tn= naisterapeutti, L=lääkäri

## 3.2. Pariskunta B: Veijo ja Maija

### 3.2.1. I-hetkien esiintyminen ja ominaisuudet

Veijon ja Maijan kolmessa tarkemmin käsittelemissäni istunnoissa ongelmat liittyivät lähinnä Veijon alkoholinkäyttöön ja masennukseen sekä parisuhteen ongelmiin. Veijon oma keskeinen ongelma oli masennus, joka ilmeni muun muassa mielenkiinnon ja -hyvän vähäisyytenä. Maijan omia ongelmia olivat viimeisellä tapaamisella korostunut kokemus Veijon piiloaggressiivisuudesta häntä kohtaan sekä työuupumus. Istunnoissa keskusteltiin eniten pariskunnan yhteisistä ongelmista, joita olivat muun muassa Veijon alkoholinkäyttö sekä riidat kotitöistä ja Veijon lähtemisestä pariskunnan kesämökille. Yhteisten ongelmien määritelmistä ja syistä puoliset eivät usein kuitenkaan olleet samaa mieltä. Kumpikin esimerkiksi piti Veijon alkoholinkäyttöä ongelmana, mutta Maija koki sen vakavampana ja heidän parisuhteen jatkumista uhkaavana asiana, johon hän toivoi myös puolisoaan enemmän muutosta.

Lähes kaikkiin ongelmiin ilmaantui poikkeuksia. Suurin osa i-hetkistä liittyi parin yhteisiin ongelmiin (69%), suurimmillaan niiden määrä oli yli 90% istunnon kaikista i-hetkistä (5.istunto). Kaiken kaikkiaan Veijon ja Maijan omiin ongelmiin liittyviä

i-hetkiä tuli esille saman verran: Veijon korostuessa 1. istunnossa ja Maijan viimeisessä. Yleensä i-hetkien taustalla oli voimassa oleva ongelma (95%), poikkeuksia vanhoihin ongelmiin ei ilmennyt.

I-hetkistä keskustelemiseen käytettiin 13%:a kolmen istunnon kokonaisajasta, 5. ja 6. tapaamisella hieman ensimmäistä enemmän (ks. taulukko 2). Toimintahetkiä oli 1.istunnossa eniten (52%), mutta sen määrä väheni terapian aikana paljon. Huomattavasti eniten terapiaprosessin aikana ilmaantui ajatushetkiä (67%), ja niiden osuus kasvoi terapian edetessä. Sekä 1. että 2.alaluokan osuus kasvoi, 1.alaluokan määrän ollessa kuitenkin paljon suurempi. Protestihetkiä oli 10%, suurin osa niistä 1.alaluokkaa. Uudelleenmäärittelyhetkiä oli vain vähän viimeisessä istunnossa, muutoshetkiä ei ollenkaan. I-hetket kestivät keskimäärin noin 10 sekuntia, vaihteluvälin ollessa sekunnista vajaaseen kahteen minuuttiin.

TAULUKKO 2. Pariskunnan B i-hetkien esiintyminen ja luokat, osuus kokonaisajasta

	KOKO-NAIS-MÄÄRÄ	I-HETKILUOKKA						
		TOIMINTA	AJATUS		PROTESTI		UUD. MÄÄR.	MUUTOS
			1.	2.	1.	2.		
<b>1.ISTUNTO</b>	8 %	52 %	44 %		4 %		0 %	0 %
			44 %	0 %	4 %	0 %		
<b>5.ISTUNTO</b>	14 %	21 %	63 %		16 %		0 %	0 %
			58 %	5 %	12 %	4 %		
<b>6.ISTUNTO</b>	14 %	8 %	82 %		6 %		4 %	0 %
			74 %	8 %	6 %	0 %		
<b>1., 5. &amp; 6.ISTUNTO</b>	13 %	21 %	67 %		10 %		2 %	0 %
			62 %	5 %	8 %	2 %		

Istunnoista löytyi yhteensä 99 i-hetkeä. Asiakkaat (72%) toivat niitä terapeutteja aktiivisemmin keskusteluun. Asiakkaiden aloitteita oli kaikissa istunnoissa terapeutteja enemmän, puolisoiden osuuden hieman kasvaessa ja terapeuttien laskiessa terapian aikana. Veijon (26%) osuus aloitteista oli Maijaa (46%) pienempi, ja se väheni istuntojen edetessä toisin kuin Maijalla. Terapeutit esittivät i-hetkien ilmaantumista edesauttavan kysymyksen (18%) useammin kuin ottivat sen suoraan esille (10%).

99 i-hetken aikana Veijo (58%), Maija (65%) sekä terapeutit (vähintään toinen) (55%) osallistuivat suunnilleen yhtä usein keskusteluun. Yleensä i-hetken aikana



keskustelussa oli mukana yksi tai kaksi puhujaa, mutta kolmen henkilön keskustelujen määrä kasvoi terapian aikana. Eri keskustelukokoonpanoista tyypillisin oli i-hetki, jossa Maija puhui yksin.

I-hetket olivat useimmiten poikkeusta yhteisistä ongelmista, *i-hetkiä meille* (69%). Veijo ja Maija esimerkiksi miettivät, kuinka he saisivat riitojaan vähenemään. Tosin näistä 24 %:ssa i-hetki oli itse asiassa toista puolisoa vastaan: Maija esimerkiksi ilmaisi protestia Veijon juomista kohtaan. Puolisoa vastaan kohdistuvien i-hetkien osuus kaikista 99 poikkeuksesta oli 16%, mutta niiden määrä väheni viimeisellä istunnolla puoleen. Toiseksi eniten asiakkaat tuottivat *i-hetkiä itselle* (26%). Myös *i-hetkiä toiselle* (7%) ilmaantui. Veijo esimerkiksi kertoi mahdollisista syistä karskimmalle kielenkäytölleen, jonka Maija oli kokenut piiloaggressiivisena käyttäytymisenä itseään kohtaan. Näin toiselle osoitetut i-hetket olivat välillä puolustautumista puolison syytöksiltä. *I-hetkiä toisen puolesta* ei ilmaantunut lainkaan.

99 i-hetken aikana asiakkaat puhuivat useimmiten omasta näkökulmastaan, Veijo 48%:ssa ja Maija 60%:ssa. Muita näkökulmia ilmeni aika vähän: Veijo puhui Maijan näkökulmasta 3%:ssa ja yhteisestä 2%:ssa kaikista i-hetkistä. Maija puhui vain 1%:ssa Veijon näkökulmasta eikä ollenkaan yhteisestä näkökulmasta. 13%:ssa i-hetkistä tuli esille useampi kuin yksi näkökulma ja näiden moninäkökulmaisten poikkeusten osuus kasvoi terapian edetessä.

99 i-hetkestä 15% oli toistoa samassa istunnossa jo ilmaantuneista poikkeuksista, lisäksi toistoa oli hieman istuntojen välillä. Toisto saman istunnon sisällä kasvoi terapian edetessä. Katkonaisuutta oli 21%:ssa i-hetkistä, erityisesti viimeisessä istunnossa. Katkon aikana puhuttiin useimmiten samasta aiheesta tai ongelmasta.

I-hetket päättyivät yleensä samasta aiheesta keskusteluun (47%) tai ongelmaan (34%). Toista luokkaa olevasta i-hetkestä jatkettiin keskustelua 13%:ssa poikkeuksista ja puheenaihe vaihtui 6%:ssa. 1.istunnossa i-hetki loppui useimmiten ongelmasta puhumiseen, mutta muissa istunnoissa jatkettiin yleensä samasta aiheesta puhumista. Terapeutit ja asiakkaat päättivät i-hetken lähes yhtä usein. Terapeutit lopettivat i-hetken samasta aiheesta keskusteluun hieman useammin kuin asiakkaat ja vastasivat kaikista puheenaiheen vaihtumisista. Asiakkaat olivat aktiivisempia jatkamaan puhetta ongelmasta sekä hieman enemmän siirtyivät toiseen i-hetkiluokkaan. Useimmiten se

puoliso, joka puhui poikkeuksen lopussa, myös itse lopetti sen. Näin tapahtui varsinkin jatkettaessa i-hetken jälkeen ongelmapuheeseen.

### 3.2.2. Esimerkkejä i-hetkistä

Ennen tekstiotetta D (ks. alla) 5.istunnossa oli pitkään keskusteltu parin yhteisestä ongelmasta, riidoista. Naisterapeutti pyrkii kysymyksellään kartoittamaan parisuhteen hyviä puolia, mutta Maija ei keksi tähän mitään. Veijo tuottaa ajatushetken (1.alaluokka) (i-hetki meille) kertoen ongelmaa lievittävästä ajatuksista. Kumpikin terapeutti osallistuu i-hetken käsittelyyn Maijan pysytellessä hiljaa.

#### TEKSTIOTE D. Pariskunta B/ 5.istunto/ rivit 291-315

Tn: mut edelleenkin (.) mikä on sitä teidän yh- yhteistä vaikka tekemistä tai yhteistä (.) kun kumminkin ootta

An: =ei mikään (1)

Tn: ei mikään

An: no en minä tiää

Am: nii sitähan on tehty (.) se (8)

#### AJATUS 1 (ongelma: riidat)

	voishan se ajatella tietenkin sillä tavalla et nyt on semmoinen kausi (1) se on (.) huonompi (11) tällänen ((tekee kädellä aaltoliikettä)) sattuu tämmösiä aallonpohjia
Tn:	mmm (1)
Am:	tämä hetki että (3)
Tn:	no mitä sitten (2) miten se muuttuu sitte se aallonpohjalta niinku paremmaksi (1) mikä kohta se on (6)
Am:	mmm, (1) no (.) sitte niinku vähä niinku enempi ollaan (.) tekemisissä (.) touhutaan enempi yhdessä ja (2) <u>seurustellaan</u> ja (.) näin
Tn:	renkipojasta seurustelukaveriksi
Am:	mmm (17)
Tm:	onks se (.) onk se (.) tämmöstä (1) niinku (1) ollu nämä vuodet että (.) välillä on (1) tämmösiä hetkiä että tuntuu että niin ku
Am:	o:n se (.) minusta kyllä että
Tm:	=sitte on näin
Am:	=mmm, (6) eipä oo ollu aina (.) tylsää (.) siinä mielessä (1) mmm (3)
Tm:	aattelee et varmaankin niinku (.) kaikissa parisuhteissa välillä on että
Am:	=tapellaan
Tm:	=tapellaan ja (.) välillä on hyvemmin
Am:	=niii (2) (nimenomaan)

Tekstiotteessa E (ks. alla) käsitellään Maijan omaa ongelmaa: Maija kokee, että Veijo on muuttunut jotenkin röyhkeämmäksi ja piiloaggressiiviseksi häntä kohtaan. Maija on ollut epävarma siitä, miten asian esittäisi toisille ja onko se oikeastaan ongelma vai ei. Maija tuottaa ajatushetken (1.alaluokka) (i-hetki itselle) muotoillen ongelmaa toisin ja samalla lievittäen Veijoon kohdistuvaa kritiikkiä. I-hetken tauon aikana käsitellään sekä ongelmaa että samaa aihetta neutraalisti naisterapeutin ja Veijon osallistuessa keskusteluun. Veijo palaa i-hetkeen puhuen omasta näkökulmastaan (i-hetki toiselle) samalla ikään kuin puolustautuen Maijan syytöksiltä. I-hetki päättyy Maijan puhuessa jälleen ongelmasta.

#### TEKSTIOTE E. Pariskunta B/ 6.istunto/ rivit 273-293

An: ei mut siis en määhän (. ) määhän meinaan sitä että (. ) tai en mä tiedä onks se röyhkee nyt oikee sana mut mä keksi siihen nyt (. ) nyt tähän hätään muuta sanaa mut semmonen en mä sano et se huono asia on mut mutta mä oon vaan niin ,yllätty ny siitä

Am: ymm **AJATUS 1 (ongelma: Veijon piiloaggressiivisuus)**

An: toisaalta musta on ihan hyvä että susta nyt löytyy ees (. ) parempi seki että sää paat vastaan ku se että sä oot ihan (. ) et sano mittään (1) mun mielestä (. ) kun silloin ainakin reagoi (1) se määhän ainakin (mietin) näin

(3) kapinot ((hymyilee))

Am: hmh ((naurahdus))

An: en minä tiedä

Tn: ootsä ruvennu kapinoimaan

An: =niin

Am: hmh ((naurahdus)) omapäiseksi ruvennu (ettei oo aina niin)

An: tai se on vaan niinkö (. ) siis semmonen uus piirre

**JATKUU: AJATUS 1**

Am: eiks se oo vähän hyväks oo (ei oo enää)

An: oon

Am: (et löytyy omaaki tahtoo ei oo enää ) koko ajan kiltti poika että tuota tekee kaikki mitä toinen käskee (. ) mukisematta ((katsoo Maijaan päin))

An: ,no on (. )

en mä sitä niinkö (. ) mut tuota (1) musta tuntuu että mä oon vähän niinku tämmönen potut pottuina systeemi tässä

Am: e:ei [ollenkaan

An: en määhän tiiä (että)

---

Am=miesasiakas, An= naisasiakas, Tm=miesterapeutti, Tn= naisterapeutti

Tekstiotteessa F (ks. seuraava sivu) on paljon katkonaisuutta: ongelmapuhe, teeman neutraali käsittely ja eri luokkaa olevat i-hetket vaihtelevat tiuhaan. Alussa puhutaan

parin yhteisestä ongelmasta, kiistasta koskien Veijon lähtöä pariskunnan kesämökille. Kummankin mielestä riitoja vähentäisi se, että Veijo käyttäisi alkoholia vain mökillä, mutta lähtötilanne on usein hankala. Miesterapeutin aloitteesta Veijo alkaa puhua ongelman ratkaisemisesta ja kutsuu Maijan mukaan keskusteluun (i-hetki meille). Ajatushetken (1.alaluokka) välissä puhutaan sekä neutraalisti teemasta että ongelmasta. Maija ilmaisee katkon aikana myös protestihetken (1.alaluokka) Veijon juomista kohtaan. Tämä on i-hetki heille molemmille (i-hetki meille), koska ongelma on yhteinen, mutta toisaalta se kohdistuu Veijoa vastaan. Lopussa Maija tuottaa vielä protestia (1.alaluokka) heidän riitojaan kohtaan (i-hetki meille). Tämä protesti ei enää kohdistu hänen puolisoaan vastaan, vaan itse ongelmaan.

#### TEKSTIOTE F. Pariskunta B/ 6.istunto/ rivit 515-552

Am: ohan] siinä nyt sänky missä nukkua ja on (.) ja läm- lämmintä kyllä on (3) sillee niin vähän tulee semmonen turhautunu ja .hhh ööö hhh (1) että mitä sitä nyt tässä (1) ko ei täällä saa olla eikä sielläkään saa olla (3) että missä mä sitte (1) °oitäni nukun tässä sitte°

Tn: mmm

Tm: mitä sinä haluat

Am: ,häh

Tm: mitä sinä haluaisit

#### AJATUS 1 (ongelma: mökille lähtö)

Am: .hhh no (.) haluaisin (.) panna sen kond- kuntoon sen (.) mökin silleen ko se on ollu ennenki (.) ja ku sää sanoit silloin että se vois olla hyvä asia ((katsoo Maijaa))

An: musta se ois ihan (.) oikeesti hyvä asia

Am: no niin

An: siis (2) siis niinkö (.) tai s- (.) sillä tavalla just varsinki että (1) että tuo että sä et jois tuolla (1) ko siitä tulee niin paljon kaikkea

(2)

#### PROTESTI 1 (ongelma: Veijon juominen)

siihen on pakko tulla joku muutos

(9)

#### JATKUU: AJATUS 1

Am: ja varmaan sitten se että sulla on se paikka mihin (2) sillä tavalla (.) mennä jos riitaa [tulee niin] se ois ihan hyvä [ajatus se

Tn: niin että] te kumpiki tykkäätte että se ois hyvä ku te kävisittä yhdessä laittaa sen mökin semmoseen kuntoon että sä voit luottaa että sä et jätä heitteille (.) ja sää tiiät että (.) sulla on paikka

Am: mmm mmm .hhh

Tm: jatkaisittako te kuitenkin sitte niinku

Am: ,mmm

Tn: seurustelua

Am: juu (.) mmm

(jatkuu)

## TEKSTIOTE F. (jatkuu)

An: kum- (.) ainaki nytte (.) niinkö (3) ko

**JATKUU: PROTESTI 1**

mää en tuu sitä hyväksyyn sitä (1) juomista
---

niin (.) emmä nyt meina- siis semmosta että (.) tommosta päivätolkulla (4) juomista**JATKUU: AJATUS 1**

Tm: ja siks ois hyvä että ois se mökki kunnossa

Am: mmm

Tm: ja se on teän molempien toive (.) tai ajatus

An: niin (.)

mut mitenkä käytännössä

Tm: mut-

Am: mmm

Tm: mut että te kuitenkin olisitta yhdessä (.) [onks se myös sun

An: mmm] (.) on ei ei ei mulla mitään erojuttuja oo mutta (.) siis

ihan vaan se (.) se että siinä ois

**JATKUU: AJATUS 1**

sais sitte sitä (3) sitä etäisyyttä
-------------------------------------

että ko me (.) tuntuu että (2) että ko jostaki joku riita tulee niin tuntuu että sitä sitte (jatetaan) viikkotolkulla että (8) ja sitte jos (.) ja toi- toinen on se että ko (1) mää reagoin miten mää reagoin ja Veijo ei sitä kestä niin (.)

**PROTESTI 1(ongelma: riidat)**

pakkohan tässä nyt on jotaki (.) jos kum- sillä tavalla jos kumpiki (.) voi huonosti niin jonku näkönen
---

(4) koska et (.) et sää (1) minä olen äänekäs ihminen ja (.) ei musta varmaan hiljasta saa

---

 Am=miesasiakas, An= naisasiakas, Tm=miesterapeutti, Tn= naisterapeutti

### 3.3. Tapausten vertailua

Istunnoissa puheenaiheena olleet ongelmat, joihin ilmaantui i-hetkiä, olivat pariskunnilla erilaisia. Mikan ja Anun terapiaprosessissa keskityttiin masennukseen ja lähinnä Mikan omiin ongelmiin, Veijolla ja Maijalla enemmänkin yhteisiin ongelmiin: Veijon alkoholinkäyttöön ja vaikeuksiin parisuhteessa. Terapiaprosessin aikana Mika ja Anu siirtyivät puhumaan enenemissä määrin ratkeamassa olevien ongelmien i-hetkistä, Veijo ja Maija käsittelivät lähinnä vain nykyisiä ongelmia ja niiden i-hetkiä.

Eri luokkaa olevia i-hetkiä oli enemmän ja monipuolisemmin pariskunnalla A. Ajatushetkien osuus korostui kummallakin pariskunnalla, mutta sen 2.alaluokkaa oli Mikalla ja Anulla enemmän. Protestihetket osoittautuivat mielenkiintoiseksi

vertailukohdaksi. Mikan ja Anun istunnoissa niitä ei ollut juuri lainkaan, Veijolla ja Maijalla jonkin verran. Osa protestihetkistä pariskunnalla B kohdistui toiseen puolisoon. Pariskunnan A protestit suuntautuivat ongelmaa kohtaan, ja ne osoitettiin lähinnä puolisoa varten tai niistä kerrottiin puolison puolesta.

I-hetkien ilmaantuminen oli samankaltaista terapiaprosesseissa: asiakkaat olivat terapeutteja aktiivisempia ja terapeutit käyttivät työskentelyssään enemmän i-hetkiä edesauttavia kysymyksiä. M. M. Gonçalvesin mukaan yksilöterapiakeskusteluja koskevissa tutkimuksissa ei myöskään ole löytynyt viitteitä siitä, että i-hetkien ilmaantuminen asiakkaiden ja terapeuttien välillä olisi onnistuneissa ja epäonnistuneissa terapioiden erilaista (henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2009). Eroa löytyi tosin puolisoitten toiminnasta: pariskunnalla A masentunut asiakas teki aloitteen puolisoaan useammin, pariskunnalla B päinvastoin. Osallistuminen keskusteluun i-hetken aikana oli tapauksissa erilaista. Mika puhui i-hetkien aikana useammin kuin Anu, ero Veijon ja Maijan välillä ei ollut puolestaan suuri. Masentuneista Mika oli Veijoa aktiivisemmin äänessä i-hetkien aikana. Kummassakin terapiaprosessissa masentuneiden puoliso osallistui lähes yhtä usein. Pariskunnan A terapeutit olivat aktiivisempia i-hetkien aikana, vaikkakin he aloittivat ne yhtä usein kuin pariskunnan B terapeutit.

I-hetket toistuivat saman istunnon aikana yhtä paljon kummassakin terapiaprosessissa. Tosin Mikan ja Anun terapiassa ne toistuivat paljon myös istuntojen välillä. I-hetkien katkonaisuutta esiintyi enemmän Veijolla ja Maijalla, jota selittää puheenaiheiden ja –vuorojen suurempi vaihtelu. Kummassakin tapauksessa katkon aikana oli eniten keskustelua samasta aiheesta tai ongelmasta, tosin pariskunnalla B ongelmasta puhuttiin toista pariskuntaa useammin.

I-hetkiä kohdistettiin hieman eri tavoin. Mikan ja Anun terapiassa oli eniten *i-hetkiä itselle*, Veijolla ja Maijalla *i-hetkiä meille*, tosin ne olivat välillä toista puolisoa vastaan. Pariskunnalla A esiintyi enemmän *i-hetkiä toiselle* ja *toisen puolesta*. Veijon ja Maijan *i-hetket toiselle* olivat välillä puhujan puolustautumista toisen syytöksiltä.

Asiakkaiden näkökulma i-hetkien aikana oli useimmiten oma. Maija ja varsinkin Mika olivat puolisojaan aktiivisempia tuomaan omaa näkökulmaa esiin. Masentuneet kertoivat poikkeuksesta puolisoittensa tai heidän yhteisestä näkökulmasta melko harvoin. Anu oli Maijaa paljon aktiivisempi ilmaisemaan i-hetkiä puolisonsa tai

yhteisestä näkökulmasta, Maija ei tuonut näitä esille juuri lainkaan. Mikan ja Anun i-hetket olivat näkökulmiltaan rikkaampia: saman poikkeuksen aikana ilmeni useampia näkökulmia toista pariskuntaa enemmän.

Kummankin terapiaprosessin 1.istunnossa i-hetket päättyivät useimmiten ongelmaan, mutta muissa istunnoissa Mikan ja Anun poikkeukset loppuivat yleensä toista luokkaa olevaan i-hetkeen, Veijon ja Maijan samasta aiheesta keskusteluun. Se, että i-hetket päättyivät tapauksissa yhtä usein ongelmaan, ei tue aikaisempien tutkimusten löydöstä, että epäonnistuneissa terapiaprosesseissa i-hetket loppuvat onnistunutta terapiaa useammin ongelmaan (Gonçalves ym., 2009; Santos ym., 2008). Mika ja Anu päättivät i-hetket terapeuttejaan useammin, toisessa tapauksessa ero asiakkaiden ja terapeuttien välillä ei ollut suuri.

## 4. POHDINTA

Tässä pro gradu – tutkielmassa selvitettiin, millaisia innovatiivisia hetkiä, eli i-hetkiä, on kahdessa masennuksen pariterapiaprosessissa. Kiinnostuksen kohteena oli esimerkiksi se, miten masentuneiden puoliset ja terapeutit osallistuvat i-hetkien muodostamiseen. Lisäksi kartoitettiin, miten tutkimuksessa käytetty laadullinen tutkimusmenetelmä (IMCS), joka on kehitetty i-hetkien koodaamiseen yksilöterapiasta, soveltuu pariterapiaistuntojen analysoimiseen.

Vaikka aineistona oli juuri masennuksen hoitoon tarkoitetut pariterapiat, niistä löytyneet i-hetket eivät liittyneet pelkästään masennukseen, vaan myös esimerkiksi masentuneen alkoholinkäyttöön ja parisuhteen ongelmiin. Hoitotulokseltaan onnistuneen pariterapiaprosessin i-hetket vastasivat Gonçalvesin ym. (2009; 2009b) teoriaa terapeuttisesta muutoksesta: niitä oli paljon ja niiden määrä kasvoi terapian edetessä. Lisäksi erilaisia i-hetkiä esiintyi monipuolisesti vastaten melko tarkasti mallia. Muutos myös käynnistyi odotettua nopeammin. Tosin tässä tutkimuksessa ei analysoitu terapiaprosessien kaikkia istuntoja ja i-hetkien määritelmä oli yksilöterapiaa laajempi, joten tuloksia ei voi suoraan verrata aikaisempiin. I-hetket olivat myös sisällöltään monipuolisempia ja rakenteeltaan yhtenäisempiä epäonnistuneeseen terapiaprosessiin verrattuna. Tähän lienee vaikuttanut se, ettei puolisoilla ollut erimielisyyksiä poikkeusten taustalla olevien ongelmien määritelmästä ja syistä. Masentuneen puoliso keskittyi kumppaninsa ongelmiin ja toi i-hetkien aikana esille eri näkökulmia enemmän kuin toisen pariskunnan ei-masentunut puoliso. Hän myös tuotti useammin poikkeuksia puolisonsa puolesta ja puolisoaan varten. Epäonnistuneessa terapiaprosessissa i-hetkiä oli vähemmän ja ne eivät juuri lisääntyneet. Lisäksi teorian mukaan muutoksen kannalta oleellisia poikkeuksia esiintyi hyvin vähän. I-hetket eivät aina olleet hyödyllisiä: ne saattoivat kohdistua toista puolisoa vastaan tai toimia puolustuksena toisen syytöksille. Kummassakin terapiassa asiakkaat toivat poikkeuksia keskusteluun terapeutteja aktiivisemmin. Terapeutit esittivät i-hetkien ilmaantumista edesauttavia kysymyksiä useammin, kuin nostivat poikkeukset suoraan esille. I-hetkien aikana terapeutit kysyivät tarkentavia kysymyksiä, toivat uusia ajatuksia ilmi ja kutsuivat toista puolisoa mukaan keskusteluun. Pariskuntien terapeutit erosivat toisistaan lähinnä siinä, että onnistuneen



terapiaprosessin terapeutit osallistuivat enemmän keskusteluun i-hetkien aikana ja päättivät poikkeukset harvemmin.

Gonçalves ym. (2009b) näkevät i-hetkien tuottavan terapeuttisen muutoksen, kun niitä käsitellään monipuolisesti ja toistuvasti. Tutkimuksen perusteella pariterapia voi mahdollistaa tämän varsin hyvin. Parhaimmillaan asiakkaat ja terapeutit tuottivat lukuisia i-hetkiä ja tekivät niistä sisällöltään rikkaita. I-hetkiä esiintyi tasaisesti istuntojen eri vaiheissa. Ne kestivät sekunnista minuutteihin ja niiden ilmaantumisesta vastasivat niin asiakkaat kuin terapeutit. Poikkeusten aikana äänessä oli yksi tai useampi henkilö eri keskustelukokoonpanojen vaihdellessa. I-hetkiä löytyi lähes kaikkiin esiintulleisiin ongelmiin, niin vanhoihin, nykyisiin kuin melkein ratkenneisiin. Samaan ongelmaan liittyviä i-hetkiä ilmeni useita peräkkäin tai poikkeukset koskivat vaihtelevasti erilaisia teemoja. I-hetkiä osoitettiin niin itselle, meille, toisen puolesta kuin toiselle. Niissä puhuttiin omasta, puolison tai yhteisestä näkökulmasta. Näitä erilaisia kohdistuksia ja näkökulmia saattoi olla saman i-hetken aikana useita. Poikkeukset päättyivät myös eri tavoin, niin asiakkaiden kuin terapeuttien toimesta. Välillä ne olivat yhtenäinen pätkä keskustelua, toisinaan niissä oli katkonaisuutta. Lisäksi samat i-hetket saattoivat toistua istuntojen sisällä ja välillä.

Tutkimuksen perusteella pariterapiakeskustelu voi myös haitata tai jopa estää i-hetkien muodostumista. Kun pariskunnan vuorovaikutus oli riitaisaa ja ongelmista oltiin eri mieltä, i-hetkiä ilmaantui vähemmän ja ne olivat sekä lyhyempiä että katkonaisempia. Lisäksi i-hetki saattoi kohdistua toista vastaan, jolloin sama poikkeus oli toiselle hyödyllinen ja toiselle haitallinen. Tällaiset i-hetket jäivät usein köyhiksi, koska kritisoitu asiakas ei lähtenyt mukaan itseään väheksyvän i-hetken kartoittamiseen ja terapeutit pyrkivät olemaan puolueettomia. Puolisot saattoivat myös estää toisen i-hetken käsittelyä palauttamalla keskustelun takaisin ongelmaan. Joskus i-hetki oli itse asiassa syytetyn osapuolen yritys lievittää kritiikkiä tuomalla esiin eri näkökulmia, mikä vähensi toisinaan poikkeuksen uskottavuutta. I-hetket eivät myöskään olleet aina silloin uskottavia, kun kritisoiva puoliso käytti niitä ikään kuin syytöstensä lievittämiseen. Asiakkaiden poikkeukset pariterapiakeskusteluissa ovatkin todennäköisesti hyvin erilaisia kuin mitä he yksilöterapiassa kertoisivat. Kun oma puoliso on terapiaistunnossa paikalla, asiakkaat voivat ilmaista varovaisemmin i-hetkiä, jotka ovat puolisoa vastaan tai josta toinen on täysin eri mieltä. Riitaisa vuorovaikutus voi myös entisestään lisätä

näiden i-hetkien ilmaantumista tai ongelmaan palaamista. Toisaalta ristiriitaiset i-hetket saattavat parhaimmillaan tuoda uusia näkökulmia ja oivalluksia, ollen näin pohjana terapeuttisen muutoksen käynnistymiselle. Kaiken kaikkiaan pariterapia antaa siis monimutkaisemman kuvan i-hetkistä, ja niiden alkuperäinen määritelmä ja idea hämärtyy.

Pariterapia-aineistosta löydetyt i-hetket vahvistavat aikaisempaa oletusta, että yksilön läheiset ihmiset voivat sekä rikastuttaa että vaikeuttaa ja estää niiden muodostumista (Gonçalves ym., 2009). Tulokset tukevat myös ajatusta siitä, että pariterapia voi olla hyödyllinen masennuksen hoidossa, vaikkei parisuhdeongelmia esiinnykään (Cordova & Gee, 2001; Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp, 1997). I-hetkiä ilmenee kenties helpommin, kun puolisoiden vuorovaikutus on toimivaa ja heidän narratiivit eivät ole ristiriidassa keskenään. Puolisot voivat keskittyä vastavuoroisesti täydentämään ja tuottamaan toisilleen i-hetkiä, sekä muodostamaan yhteisiä poikkeuksia. He asettuvat siis yhdessä ongelmia vastaan. Ja mikäli puolisot keskustelevat paljon keskenään terapiaa ennen ja sen ulkopuolella, se voi mahdollistaa i-hetkien monipuolisemman käsittelyn istunnoissa ja nopeuttaa terapeuttisen muutoksen syntymistä.

Tämä tutkimus on ensimmäinen, jossa i-hetkiä ja IMCS- menetelmää on sovellettu pariterapiaistuntojen analysoimiseen. I-hetkien määritelmää ja analyysimenetelmää onkin tässä tutkimuksessa hieman muokattu vastaamaan paremmin pariterapia-aineiston vaatimuksia. Menetelmän soveltaminen pariterapiaistuntoon saattoi olla hankalaa jo ensimmäisestä vaiheesta lähtien: keskustelun aiheena olevien ongelmien tunnistaminen oli haastavaa, mikäli puolisot eivät olleet ongelmista tai niiden syistä samaa mieltä. Näin myös itse i-hetkien määrittäminen oli työlästä. Lisäksi koodaaminen oli vaikeaa silloin, kun puolisoiden kommunikointi oli riitaisaa puheenvuorojen, -aiheiden ja näkökulmien vaihtuessa tiheään. Kaiken kaikkiaan i-hetkien tunnistaminen istunnoista oli niiden ilmaantumista ja luokan määrittelyä haastavampaa. Tämän tutkimuksen perusteella i-hetkien teoria ja menetelmä kuitenkin soveltuu pariterapiaistuntojen analysoimiseen. Käyttämäni i-hetkien laajempi määritelmä ja menetelmän lisäkoodauskategoriat toivat mielestäni paremmin esille pariterapian erityispiirteitä, kuin alkuperäisen teorian ja menetelmän kurinalainen noudattaminen. Tulokset tukevat huomiota siitä, että pariterapiaan voidaan soveltaa narratiivisia tutkimusmenetelmiä ja että ne antavat rikasta tietoa (ks. esim. Laitila, Aaltonen, Wahlström, & Angus, 2001).

Pari- ja perheterapiaa koskevaa psykoterapiatutkimusta on kritisoitu siitä, ettei se riittävästi tarjoa sellaista tietoa, jota terapeutit voisivat hyödyntää käytännön työssään (Pinsof & Wynne, 2000). Esittelenkin seuraavaksi tulosten perusteella erilaisia keinoja, miten terapeutit voivat huomioida i-hetkiä työskennellessään pariskuntien kanssa. Mikäli parin vuorovaikutus on riittävä, hoidon alussa on hyvä pyrkiä löytämään yhteisiä määritelmiä ongelmille, jotta i-hetkiä olisi myöhemmin helpompi muodostaa. Vaikka terapia kohdistuisikin toisen asiakkaan hoitamiseen, on hyvä käsitellä myös ei-sairastuneen puolison i-hetkiä, koska ne liittyvät usein toisen tilanteeseen ja herättävät mahdollisesti keskustelua myös hänen poikkeuksista. Lisäksi poikkeuksia voi kartoittaa myös vanhoihin ongelmiin liittyen. Lisätäkseen i-hetkien määrää terapeutit voivat käyttää poikkeuksia edesauttavia kysymyksiä tai nostaa niitä suoraan esille. He voivat rikastuttaa i-hetkiä tekemällä keskustelun aikana tarkentavia kysymyksiä, tuomalla uusia näkökulmia esiin, kutsumalla toista puolisoa mukaan tai kartoittamalla teemaan liittyviä eri luokkaa olevia i-hetkiä. Näin on hyvä toimia myös silloin kun sama i-hetki toistuu useamman kerran istunnon aikana. Terapeutit voivat kiinnittää huomiota i-hetkien päättymiseenkin, etteivät esimerkiksi lopeta liian aikaisin hyödyllisen poikkeuksen käsittelyä. Haasteita tuottavat toista vastaan olevat, toisen puolison keskeyttämät sekä katkonaiset i-hetket. Näitä ongelmakohtia, sekä jo käsiteltyjä ja uusia i-hetkiä terapeutit voivat ottaa puheeksi vaikkapa keskinäisessä reflektoinnissaan.

Kvalitatiivisen tutkimuksen laatua voi parantaa käyttämällä useamman kuin yhden tutkijan osallistumista tutkimuksen tekoon, eli tutkijatriangulaatiota (Tindall, 1994). Näin ollen tämän tutkimuksen yhtenä puutteena voidaan pitää tutkijaparin puuttumista. Parantaakseni tutkimuksen laatua olen käyttänyt toista tutkijaa apuna i-hetkien teorian ja menetelmän omaksumisessa sekä kakkoskoodaajana osassa aineistoa. Keskustelut muiden pro gradu -opiskelijoiden ja ohjaajan kanssa koin myös hyödyllisiksi. Refleksiivisyyttä, jossa tutkija pyrkii tietoisesti arvioimaan tutkimusprosessia ja omaa vaikutustaan siihen, pidetään tärkeänä osana laadullista tutkimusta (McLeod, 2001; Tindall, 1994). Koska minulla on vain vähän kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä, olen pitänyt tutkimuspäiväkirjaa refleksiivisyyden parantamiseksi (Watt, 2007). Eräs tutkimuksen rajoite on myös menetelmän käyttö: menetelmää oli hyvin haastavaa soveltaa ensimmäistä kertaa pariterapiaistuntoihin, varsinkin vähäisellä tutkijakokemuksella ja menetelmän koulutuksen ollessa puutteellista. Koodaajien

yhteneväisyysprosentit i-hetkien tunnistamisessa olivatkin ajoittain heikohkot. Laadullisen tutkimuksen raportoinnissa on tärkeää olla perusteellinen, jotta lukijan on itse mahdollista arvioida tutkimusta ja halutessaan toistaa kyseinen tutkimusasetelma (Mäkelä, 1990). Olenkin pyrkinyt kuvaamaan tarkasti tutkimusaineiston, analyysin vaiheet ja tulokset. Koska aineistona oli vain muutama istunto kahdesta terapiaprosessista, ei tutkimuksen tuloksia voi suoraan yleistää muihin masennuksen pariterapiaprosesseihin. Laadullinen tutkimus pyrkii enemmänkin selittämään ja tekemään ymmärrettäväksi tutkimuskohdetta (Alasuutari, 1994). Yleistämisen sijasta voidaankin puhua tulosten suhteuttamisesta ja kuinka hyvin tutkija onnistuu lukijan siinä vakuuttamaan.

Koska kyseinen tutkimus oli alustava kartoitus pariterapian i-hetkistä, tarvetta jatkotutkimuksille, niin teorian kuin menetelmän osalta, löytyy. Mielestäni i-hetket tarjoavat mielenkiintoisen näkökulman pariterapiakeskustelujen tarkasteluun. Mahdollisia tutkimuskohteita olisivat pari-istuntojen i-hetkien mikrotason analyysi tapaustutkimuksena sekä dialoginen lähestymistapa. I-hetkien tarkempaa vertailua voitaisiin tehdä myös kvantitatiivisesti. Lisäksi olisi kiinnostavaa selvittää, millaisia aikaisemmin ilmaantuneita i-hetkiä terapeutit poimivat refleктоivaan keskusteluunsa ja millaisia uusia poikkeuksia siinä tuottavat. Entä saavatko tämän tutkimuksen havainnot tukea, kun kartoitetaan myös eri pariterapiasuuntauksia ja niiden käyttöä erilaisten ongelmien hoidossa?

## 5. LÄHTEET

Alasuutari, P. (1994). *Laadullinen tutkimus* (2.painos). Tampere: Vastapaino.

Anderson, T. (2004). ”To tell my story”. Configuring interpersonal relations within narrative process. Teoksessa L. E. Angus & J. McLeod (toim.), *The handbook of narrative and psychotherapy. Practice, theory and research*, (s.315-329). Thousand Oaks: Sage.

Angus, L., & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, 35, 190-203.

Angus, L., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The narrative processes coding system: research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270.

Angus, L. E., Lewin, J., Bouffard, B., & Rotondi-Trevisan, D. (2004). “What’s the story?” Working with narrative in experiential psychotherapy. Teoksessa L. E. Angus & J. McLeod (toim.), *The handbook of narrative and psychotherapy. Practice, theory and research*, (s.87-101). Thousand Oaks: Sage.

Angus, L. E., & McLeod, J. (toim.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy. Practice, theory and research*. Thousand Oaks: Sage.

Avdi, E., & Georgaca, E. (2007). Narrative research in psychotherapy: a critical review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 407-419.

Baddeley, J., & Jefferson, A. S. (2007). Charting the life story’s path. Narrative identity across the life span. Teoksessa D. J. Clandinin (toim.), *Handbook of narrative inquiry: mapping a methodology*, (s.177-202). Thousand Oaks: Sage.

Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: a meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79, 121-132.

Beach, S. R. H. (toim.) (2001). *Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC: APA.

Benazon, N. R. (2000). Predicting negative spousal attitudes toward depressed persons: a test of Coyne's interpersonal model. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 350-354.

Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, 71-79.

Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S. R. H., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N., Charvoz, L., Hautzinger, M., & Schramm, E. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 944-954.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruner, J. (2004). The narrative creation of self. Teoksessa L. E. Angus & J. McLeod (toim.), *The handbook of narrative and psychotherapy. Practice, theory and research*, (s.3-14). Thousand Oaks: Sage.

Cordova, J. V., & Gee, C. B. (2001). Couples therapy for depression: using healthy relationships to treat depression. Teoksessa S. R. H. Beach (toim.), *Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice*, (s.185-203). Washington, DC: APA.

Coulehan, R., Friedlander, M. L., & Heatherington, L. (1998). Transforming narratives: a change event in constructivist family therapy. *Family Process*, 37, 17-33.

Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16, 26-37.

Crowe, M. (2002). Reflexivity and detachment: a discursive approach to women's depression. *Nursing Inquiry*, 9, 126-132.

Davila, J. (2001). Paths to unhappiness: the overlapping courses of depression and romantic dysfunction. Teoksessa S. R. H. Beach (toim.), *Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice*, (s.71-87). Washington, DC: APA.

Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, 17, 557-570.

Denton, W. H., Golden, R. N., & Walsh, S. (2003). Depression, marital discord and couple therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 29-34.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 1-23.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2004). Disorganized narratives. The psychological condition and its treatment. Teoksessa L. E. Angus & J. McLeod (toim.), *The handbook of narrative and psychotherapy. Practice, theory and research*, (s. 263-282). Thousand Oaks: Sage.

Dudek, D., Zieba, A., Jawor, M., Szymaczek, M., Opila, J., & Dattilio, F. M. (2001). The impact of depressive illness on spouses of depressed patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 49-57.

Emanuel-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P. M. G. (1997). Spouse-aided therapy with depressed patients. *Behavior Modification*, 21, 62-77.

Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., & Hunt, K. (2006). Men's accounts of depression: reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine*, 62, 2246-2257.

Fincham, F. D., Beach, S. R. H., Harold, G. T., & Osborne, L. N. (1997). Marital satisfaction and depression: different causal relationships for men and women? *Psychological Science*, 8, 351-356.

Goering, P. N., Lancee, W. J., & Freeman, S. J. (1992). Marital support and recovery from depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 76-82.

Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009a). *Innovative moments coding system. Version 7.2*. Braga: University of Minho. Julkaisematon manuaali.

Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009b). Narrative therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23.

Gonçalves, M. M., Matos, M., Santos, A., Cruz, G., Mendes, I., Meira, L., Baptista, J., Cunha, C., Sotero, L., & Ribeiro, A. (2007). *Momentos de inovação. Treino de codificação II*. Braga: University of Minho. Julkaisematon koodausharjoitus.

Gonçalves, M. M., Santos, A., Matos, M., Mendes, I., Ribeiro, A., Cunha, C., Gonçalves, J., & Salgado, J. (2009). Innovations in psychotherapy: tracking the narrative construction of change. Teoksessa J. D. Raskin, S. K. Bridges & R. Neimeyer (toim.), *Studies in meaning 4: constructivist perspectives on theory, practice, and social justice*. New York: Pace University Press.

Gonçalves, Ó. F. (1995). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. Teoksessa M. J. Mahoney (toim.), *Cognitive and constructive psychotherapies. Theory, research and practice*, (s.139-162). New York: Springer.



Gonçalves, Ó. F., Henriques, M. R., & Machado, P. P. P (2004). Nurturing nature. Cognitive narrative strategies. Teoksessa L. E. Angus & J. McLeod (toim.), *The handbook of narrative and psychotherapy. Practice, theory and research*, (s.103-117). Thousand Oaks: Sage.

Gonçalves, Ó. F., & Machado, P. P. P (1999). Cognitive narrative psychotherapy: research foundations. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1179-1191.

Gonçalves, Ó. F., & Machado, P. P. P. (2000). Emotions, narrative and change. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 3, 349-360.

Gupta, M., & Beach, S. R. H. (2005). Understanding and treating depression in couples. *Journal of Family Psychotherapy*, 16, 69-83.

Gupta, M., Coyne, J. C., & Beach, S. R. H. (2003). Couples treatment for major depression: critique of the literature and suggestions for some different directions. *Journal of Family Therapy*, 25, 317-346.

Harris, T. J. R., Pistrang, N., & Barker, C. (2006). Couples' experiences of the support process in depression: a phenomenological analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 1-21.

Heene, E. L. D., Buysse, A., & van Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: the role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process*, 44, 413-440.

Hermans, H. J. M. (1996). Voicing the self: from information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.

Hermans, H. J. M. (2003). The construction and reconstruction of a dialogical self. *Journal of Constructivist Psychology*, 16, 89-130.

Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2000). *The self we live by. Narrative identity in a postmodern world*. New York: Oxford University Press.

Hänninen, V. (1999). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampereen yliopisto. Sosiaalipsykologian väitöskirja.

Joiner, Jr., T. E. (2001). Nodes of consilience between interpersonal-psychological theories of depression. Teoksessa S. R. H. Beach (toim.), *Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice*, (s.129-138). Washington, DC: APA.

Joiner, T., & Coyne, J. C. (toim.) (1999). *The interactional nature of depression: advances in interpersonal approaches*. Washington, DC: APA.

Jokinen, A., & Suoninen, E. (toim.) (2000). *Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta*. Tampere: Vastapaino.

Kangas, I. (2001). Making sense of depression: perceptions of melancholia in lay narratives. *Health*, 5, 76-92.

Koivula, P., & Siivinen, O. (2007). *Toimijuuden rakentuminen masennuksen pariterapiassa kerrotuissa tarinoissa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu - tutkielma.

Kouros, C. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2008). Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships. *Journal of Family Psychology*, 22, 667-677.

Kung, W. W. (2000). The intertwined relationship between depression and marital distress: elements of marital therapy conducive to effective treatment outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 51-63.

Käypä hoito –suositus (2009). *Depressio*. Duodecim. [viitattu 30.9.2009]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50023>.

Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J., & Angus, L. (2001). Narrative process coding system in marital and family therapy: an intensive case analysis of the formation of a therapeutic system. *Contemporary Family Therapy*, 23, 309-322.

Lemmens, G. M. D., Buysse, A., Heene, E., Eisler, I., & Demyttenaere, K. (2007). Marital satisfaction, conflict communication, attachment style and psychological distress in couples with a hospitalized depressed patient. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 109-117.

Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., & Lysaker, J. T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 285–299.

Levitt, H. M. (2002). The unsaid in the psychotherapy narrative: voicing the unvoiced. *Counselling Psychology Quarterly*, 15, 333–350.

Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19, 68-80.

McAdams, D. P., & Janis, L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. Teoksessa L. E. Angus & J. McLeod (toim.), *The handbook of narrative and psychotherapy. Practice, theory and research*, (s. 159-173). Thousand Oaks: Sage.

McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage.

McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.

McLeod, J., & Balamoutsou, S. (1996). Representing narrative process in therapy: Qualitative analysis of a single case. *Counselling Psychology Quarterly*, 9, 61-76.

McLeod, J., & Lynch, G. (2000). 'This is our life': strong evaluation in psychotherapy narrative. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 3, 389-406.

Mead, D. E. (2002). Marital distress, co-occurring depression, and marital therapy: a review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 299-314.

Moreira, P., Beutler, L. E., & Gonçalves, Ó. F. (2008). Narrative change in psychotherapy: differences between good and bad outcome cases in cognitive, narrative and prescriptive therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1181-1194.

Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide: Dulwich.

Mäkelä, K. (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.), *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*, (s.42-61). Helsinki: Gaudeamus.

O'Leary, K. D., Christian, J. L., & Mendell, N. R. (1994). A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 13, 33-41.

Payne, M. (2000). *Narrative therapy. An introduction for counsellors*. London: Sage.

Pinnegar, S., & Daynes, J. G. (2007). Locating narrative inquiry historically. Thematics in the turn to narrative. Teoksessa D. J. Clandinin (toim.), *Handbook of narrative inquiry: mapping a methodology*, (s.3-34). Thousand Oaks: Sage.

Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-18.

Rapmund, V., & Moore, C. (2000). Women's stories of depression: a constructivist approach. *South African Journal of Psychology*, 30, 20-30.

Rautiainen, E-L. (2003). *Narratives of depression in couple therapy*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian lisensiaatintutkimus.

Ridge, D., & Ziebland, S. (2006). "The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression. *Qualitative Health Research*, 16, 1038-1053.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks: Sage.

Robertson, A., Venter, C., & Botha, K. (2005). Narratives of depression. *South African Journal of Psychology*, 35, 331–345.

Rosen, L. V., & Lang, C. (2005). Narrative therapy with couples: promoting liberation from constraining influences. Teoksessa M. Harway (toim.), *Handbook of couples therapy*, (s.157-178). New Jersey: Wiley.

Santos, A., & Gonçalves, M. M. (2009). Innovative moments and change processes in psychotherapy: an exercise in new methodology. Teoksessa J. Valsiner, M. Lyra & P. Molenaar (toim.), *Handbook of dynamic process methodology in the social and developmental sciences*. New York: Springer.

Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2008). *Innovative moments and therapeutic failure in narrative therapy*. Julkaisematon käsikirjoitus.

Seikkula, J. (2006). *Research plan. Dialogical and narrative processes in couple therapy for depression (DINADEP)*. Julkaisematon tutkimussuunnitelma.

Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 462-465.

Stiles, W. B., Elliot, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 411-420.

Sween, E. (2003). Accessing the rest-of-the-story in couples therapy. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 11, 61-67.

Tindall, C. (1994). Issues of evaluation. Teoksessa P. Banister, E. Burman, I. Parker, M. Taylor & C. Tindall (toim.), *Qualitative methods in psychology: a research guide*, (s.142-158). Buckingham: Open University Press.

Uebelacker, L. A., & Whisman, M. A. (2005). Relationship beliefs, attributions, and partner behaviors among depressed married women. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 143-154.

Vainikka, V. (2006). *Tarinat ja toimijuus psykoterapiassa - narratiivinen tapaustutkimus masentuneen naisen viiden kuukauden terapiasta*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu -tutkielma.

Watt, D. (2007). On becoming a qualitative researcher: the value of reflexivity. *Qualitative Report*, 12, 82-101.

Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. Teoksessa S. R. H. Beach (toim.), *Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice*, (s.3-24). Washington, DC: APA.

Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24, 184-189.

White, M. (2000). *Reflections on narrative practice. Essays & interviews*. Adelaide: Dulwich.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Zimmerman, J. L., & Dickerson, V. C. (1993). Bringing forth the restraining influence of pattern in couples therapy. Teoksessa S. Gilligan & R. Price (toim.), *Therapeutic conversations*, (s.197-218). New York: Norton.

## 6. LIITTEET

### Liite 1. I-hetkiluokat (Gonçalves ym., 2009a) (muokattu versio)

Types of IM	Contents
<b>Action IM (A)</b> Actions or specific behaviours against the problem(s).	-New coping behaviours facing anticipated or existent obstacles -Effective resolution of unsolved problem(s) -Active exploration of solutions -Restoring autonomy and self-control -Searching for information about the problem(s)
<b>Reflection IM (R)</b> Thinking processes that indicate the understanding of something new that makes the problem(s) illegitimate (e.g., thoughts, intentions, interrogations, doubts).	<u><b>Subtype i: Creating distance from the problem(s)</b></u> -Comprehension – Reconsidering problem(s)’ causes and/or awareness of its effects -New problem(s) formulations -Adaptive self instructions and thoughts, -Intention to fight problem(s)’ demands, references of self worth and/or feelings of well-being
	<u><b>Subtype ii: Centered on the change</b></u> -Therapeutic Process – Reflecting about the therapeutic process -Change Process – Considering the process and strategies implemented to overcome the problem(s); references of self-worth and/or feelings of well-being(as consequences of change). -New positions – references to new/emergent identity versions in face of the problem(s).
<b>Protest IM (P)</b> Moments of critique, that involve some kind of confrontation (directed at others or versions of oneself); it could be planned or actual behaviours, thoughts, or/and feelings.	<u><b>Subtype i: Criticizing the problem(s)</b></u> -Position of critique in relation to the problem(s) or/and the others who support it. The other could be an internalized other or facet of oneself.
	<u><b>Subtype ii: Emergence of new positions</b></u> -Positions of assertiveness and empowerment -Repositioning oneself towards the problem(s)
<b>Reconceptualization IM(RC)</b> Process description, at a meta-cognitive level (the client not only manifests thoughts and behaviours out of the problem(s) dominated story, but also understands the processes that are involved in it).	RC always involve two dimensions: A. Description of the shift between two positions (past and present) and B. the process underlying this transformation.
<b>Performing Change IM (PC)</b> References to new aims, experiences, activities or projects, anticipated or in action, as consequence of change.	-Generalization into the future and other life dimensions of good outcomes -Problematic experience as a resource to new situations -Investment in new projects as a result of the process of change -Investment in new relationships as a result of the process of change -Performance of change: new skills -Re-emergence of neglected or forgotten self-versions



**Liite 2.** Tutkimuksessa käytetty koodaustaulukko sisältäen tekstiotteiden koodaukset

(osa 1/3)

OTE	RIVI-NRO	I-HETKILUOKKA							
		TOIMINTA	AJATUS		PROTESTI		UUD. MÄÄR.	MUUTOS	(UUD. MÄÄR./ MUUTOS)
			1.	2.	1.	2.			
A	728-731			1					
A	732-745						1		
A	746-749		1						
A	751-753	1							
B*	387-400			1					
B*	401-406	1							
B*	407-411			1					
C*	657-662							1	
D	296-315		1						
E	277-290		1						
F	522-548		1						
F	527-538					1			
F	550-551					1			

\*) lääkärin osallistuminen jätetty liitteestä pois

KESKUSTELUSSA MUKANA				AIKA			ILMAANTUMINEN							
AM	AN	TM	TN	MIN.	SEK.	MIN.	SEK.	SEK.	AM	AN	TM	TM?	TN	TN?
1	1			32:05	32:15		10			1				
1	1		1	32:15	32:59		44	1						
1	1			33:03	33:10		7	1						
	1			33:16	33:25		9		1					
1	1	1	1	15:59	16:54		55					1		
1	1			16:54	17:06		12		1					
1	1		1	17:06	17:16		10	1						
1			1	27:48	28:08		20							1
1		1	1	24:35	26:28		113	1						
1	1						27		1					
1	1	1	1				64					1		
	1						5		1					
	1			37:41	37:48		7		1					

(jatkuu)

**Liite 2.** (jatkuu) (osa 2/3)

ONGELMA				KENELLE				TOISTA VAS- TAAN
AIHE	TILA			IT- SEL- LE	MEIL- LE	TOI- SELLE	TOISEN PUO- LESTA	
	VANHA	NYKYI- NEN	RATKEA- MASSA					
AN huoli Mikasta		1		1				
AM ahdistuneisuus		1		1				
AM hidas toipuminen		1		1				
AM hidas toipuminen		1				1		
AM vaikeus saada aikaa kulumaan			1	1		1		
AM vaikeus saada aikaa kulumaan			1				1	
AM "rötkyily"			1	1				
AM masennus			1	1				
AM/AN riidat		1			1			
AN Veijon piiloaggressiivisuus		1		1		1		
AM/AN mökille lähtö		1			1			
AM/AN Veijon juominen		1			1			1
AM/AN riidat		1			1			

NÄKÖKULMA						
AM->AM	AM->AN	AM->AM&AN	AN->AN	AN->AM	AN->AM&AN	USEAMPI KUIN 1
			1			
1						
1						
			1			
1			1			1
				1		
1						
1						
1			1			1
1	1		1			1
			1			
			1			

(jatkuu)

**Liite 2.** (jatkuu) (osa 3/3)

PÄÄTTYMINEN																		
SAMA PUHEENAIHE				ERI PUHEENAIHE				ONGELMA				TOINEN I-HETKI						
ITSE	PLSO	TM	TN	ITSE	PLSO	TM	TN	ITSE	PLSO	TM	TN	ITSE	PLSO	TM	TM?	TN	TN?	
													1					
								1										
									1									
								1										
													1					
													1					
		1																
																1		
							1											
								1										
								1										
1																		
1																		

TOISTO	KATKONAI-SUUS	KATKON AIKANA			HUOMIOITAVAA
		SAMA AIHE	ONGELMA	TOINEN I-HETKI	
1					
					AM saa AN:lta idean omaan i-hetkeen
					toistoa 5.istunnosta
	1	1	1		
1	1	1	1	1	
1	1	1		1	
					huom. nyt ei toista vastaan