

**KAHDEN ERILAISEEN HOITOTULOKSEEN JOHTANEEN  
MASENNUKSEN PARITERAPIAPROSESSIN VERTAILUA**

**Terapeuttien toimintamallit, vuorovaikutus ja työskentelytavat  
tuloksellisuusnäkökulmasta**

**Hanna Markuksela  
Pro gradu -tutkielma  
Psykologian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Kesäkuu 2010**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

MARKUKSELA, HANNA: Kahden erilaiseen hoitotulokseen johtaneen masennuksen pariterapiaprosessin vertailua: Terapeuttien toimintamallit, vuorovaikutus ja työskentelytavat tuloksellisuusnäkökulmasta

Pro gradu –tutkielma, 46 sivua

Tekijä: Hanna Markuksela

Ohjaaja: Arno Laitila

Psykologia

Kesäkuu 2010

---

Tässä pro gradu –tutkielmassa tarkasteltiin terapeuttien työskentely- ja vuorovaikutustyylien eroja sekä näiden erojen vaikutuksia terapian kulkuun kahden erilaiseen tulokseen johtaneen masennuksen pariterapiaprosessin kohdalla. Tutkielma on osa Jyväskylän yliopiston Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINADEP) –tutkimusprojektia, jonka toteutus on tapahtunut yhdessä psykiatristen ja muiden terveydenhuollon yksiköiden kanssa. Projektin aineisto on kerätty kolmen eri sairaanhoitopiirin alueelta ja jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa yksikössä kahdesta terapeutista muodostunut työpari on hoitanut masentunutta asiakasta ja hänen puolisoaan pariterapian avulla.

Tässä tutkielmassa tarkastelun kohteeksi valikoidut terapiaprosessit edustavat masennuksen oiremittareiden perusteella aineiston kahta ääripäätä, sillä toinen prosesseista on luokiteltavissa hoidon lopputuloksen suhteen onnistuneeksi ja toinen heikkoon hoitotulokseen päättyneeksi. Tutkimuksen aikana terapiaprosesseja analysoitiin aineistolähtöisesti sekä hyödyntämällä terapiakeskusteluissa ilmenevien narratiivisten prosessityyppien luokittelujärjestelmää. Terapeuttiparien toiminnassa ilmeni paljon selkeitä eroja työskentelyn jäsenyisyyden, asiakkaita koskevien tulkintojen esittämisen, käytännön ratkaisujen etsimisen, muutospuheen myönteisyyden ja erityisesti terapian asiakaskeskeisyyden toteutumisen osalta. Kaikki edellämainitut tekijät vaikuttivat myös terapeuttisen allianssin rakentumiseen sekä ylläpitämiseen ja tätä kautta terapian etenemiseen. Tutkimuksen löydökset tarjoavat yksityiskohtaista tietoa, jota erityisesti masennusta hoitavien pariterapeuttien on mahdollista hyödyntää oman työskentelyotteensa havainnoinnin tukena. Masennuksen pariterapian onnistuneen toteuttamisen edistämiseksi tarvitaan edelleen lisää varsinkin vakioituilla lähtöasetelmilla toteutettuja vertailevia tapaustutkimuksia erilaisiin hoitotuloksiin päättyneistä terapiaprosesseista.

Avainsanat: masennus, pariterapia, terapeuttinen allianssi, asiakaskeskeisyys, narratiiviset prosessit

## SISÄLLYS

1.	JOHDANTO .....	1
1.1.	Depressio .....	1
1.2.	Parisuhteen ja depression yhteydet.....	2
1.3.	Masennuksen hoito pariterapian avulla.....	4
1.4.	Terapeutin vuorovaikutus- ja työskentelytyylin merkitys hoidon onnistumisen kannalta....	5
1.5.	Terapeuttinen allianssi.....	6
1.6.	Pariterapian tehokkuuden arviointi DINADEP–projektin aineistossa .....	7
2.	TUTKIMUKSEN ETENEMINEN .....	8
2.1.	Tutkittavat .....	8
2.2.	Aineiston analysointi.....	10
2.2.1.	Aineistolähtöinen analyysi.....	11
2.2.2.	Narratiiviset prosessit.....	13
3.	TULOKSET .....	15
3.1.	Kausaalisuhteet ja ongelmanmäärittely.....	15
3.2.	Suhde aikaan.....	20
3.3.	Syyllisyys .....	25
4.	POHDINTA .....	33
4.1.	Terapeuttien toimintamallien keskeiset erot prosessien välillä.....	33
4.2.	Pariterapian lähtökohtien haasteellisuuden pohdintaa .....	36
4.3.	Tutkimusasetelman ja -menetelmien arviointia .....	37
4.4.	Tulosten käytännön merkitys ja ehdotuksia jatkotutkimusta varten .....	39
5.	LÄHTEET:.....	42

# 1. JOHDANTO

Tämä Pro gradu -tutkielma on osa psykoterapiatutkimusprojektia Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINADEP), jonka toteutus on tapahtunut yhteistyössä psykiatristen sekä muiden terveydenhuollon yksiköiden ja tutkimuskeskusten kanssa. Jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa yksikössä kahdesta terapeutista muodostunut työpari on hoitanut masentunutta asiakasta ja hänen puolisoaan pariterapian avulla.

Tarkastelun kohteena tässä tutkimuksessa ovat terapeuttiparien työskentelytavat ja vuorovaikutus asiakkaidensa kanssa kahden erilaiseen tulokseen johtaneen pariterapiaprosessin kohdalla. Tarkoituksena on analysoida vuorovaikutusprosesseja, joita onnistuneeseen (productive) ja heikkoon (non-productive) hoitotulokseen päätyneiden terapiaprosessien aikana on ilmennyt sekä arvioida minkälaisia eroja terapeuttiparien toimintamalleissa on havaittavissa. Terapiaprosessit on valittu masennuksen oiremittareiden avulla edustamaan lopputuloksen osalta DINADEP-projektin tuottaman aineiston kahta äärilaitaa. Aineisto on analysoitu aineistolähtöisesti sekä hyödyntämällä terapiakeskusteluissa ilmenevien narratiivisten prosessityyppien luokittelujärjestelmää.

## 1.1. Depressio

Depressiivinen eli masentunut tunnetila on normaali, inhimillinen reaktio henkiseen pahoinvointiin esimerkiksi merkittävän psykososiaalisen menetyksen yhteydessä (Kaelber, Moul, & Farmer, 1995). Sen sijaan kliininen depressio eroaa depressiivisestä affektista oireiden vakavuuden, keston ja vaikutusten osalta (Achté & Tamminen, 1998). Nykykäsityksen mukaan depressio tarkoittaa psykosomaattista sairautta, joka on seurausta biologisista ja psykologisista tekijöistä. Depression kehittymiseen vaikuttaviin psykologisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa perhesuhteet, persoonallisuus, sosiaalinen verkosto sekä elämänmuutokset.

## 1.2. Parisuhteen ja depression yhteydet

Tässä tutkielmassa termillä parisuhde viitataan avio- ja avoparien suhteeseen, jonka parit itse määrittelevät parisuhteeksi. Käsiteltäessä muiden tutkimusten tuloksia käytetään tutkimusten toteuttajien omia termejä.

Halloran (2000) kirjoittaa, että avioliitossa ilmenevien vaikeuksien sekä depression välillä on todettu selkeä yhteys, mutta yhteyden kausaalisuutta ei ole voitu todentaa. Rautiainen (2003) kuvaa liseniaatintutkimuksessaan *Narratives of depression in couple therapy* parisuhdeongelmien ja depression yhteyttä kaksisuuntaiseksi nykyisen tutkimustiedon näkökulmasta. Depressio vaikuttaa voimakkaasti läheisiin ihmissuhteisiin, mutta myös vaikeudet näissä ihmissuhteissa voivat aiheuttaa depressiota. Tässä kohtaa on lisäksi havaittu sukupuolten välisiä eroja. Tarkastellessaan parisuhdeongelmien ja depression välisiä kausaalisuhteita Fincham, Beach, Harold ja Osborne (1997) ovat todenneet parisuhdetyytyväisyyden vaikuttavan naisilla merkittävästi depressioon. Sen sijaan miesten osalta vaikutussuhde on päinvastainen eli depressio vaikuttaa merkittävästi parisuhdetyytyväisyyteen. Tutkijoiden mukaan miehet saattavat reagoida depressioonsa vetäytymällä suhteesta ja miehen depressiosta seuraa todennäköisemmin parisuhdeongelmia.

Myös avioliitossa elämisen arvioidaan vaikuttavan depressioon sairastumisen alttiuteen (Prince & Jacobson, 1995). Useiden tutkimusten mukaan depressio on tilastollisesti yleisempää yksin elävillä kuin avioituneilla, joten avioliitolla saattaa olla suojaava vaikutus depressiota vastaan. Yhdeksi mahdolliseksi syyksi arvioidaan avioliiton tarjoaman läheisyyden stressiä puskuroivaa vaikutusta. Esimerkiksi Kessler & Essex (1982) ovat todenneet, että stressiä aiheuttavilla elämäntapahtumilla on merkittävästi lievempi haitallinen vaikutus avioliitossa eläviin verrattaessa heitä naimattomiin tutkittaviin.

Monet tutkijat ovat kuitenkin päätyneet toteamaan, että nimenomaan aviosuhteen laatu ennemmin, kuin itsessään avioliitossa eläminen toimii depressiota ennaltaehkäisevänä tekijänä (Prince & Jacobson, 1995). Avioliittoon kohdistuva tyytymättömyys on yhdistetty muun muassa ärtyneisyyteen, surullisuuteen, vähentyneeseen seksuaaliseen kiinnostuneisuuteen sekä lukuisiin muihin depressiivisiin oireisiin (Beach, Katz, Sooyeon, & Brody, 2003). Prince ja Jacobson (1995) viittaavat myös Brownin ja Harrisin (1978) tutkimustulokseen, jonka mukaan luottamuksellisuuden ja läheisyyden puuttuminen naisen ja hänen puolisonsa suhteesta toimi erittäin voimakkaana depressiolle altistavana tekijänä, jota muut läheiset ihmissuhteet eivät kompensoineet.

Pasco, Prager, Pita, Tamir ja Stephens (1992) vertailivat masennuspotilaita puolisoineen terveistä pareista koostuvaan verrokkiryhmään kommunikaation, läheisyyden sekä avioliittoon kohdistuvan tyytyväisyyden osalta. Sekä masentuneilla, että heidän puolisoillaan ilmeni heikompaan ongelmanratkaisukäyttäytymistä ja kommunikointia liittyen parisuhdeongelmiin sekä vaikeuksia läheisyyden vahvistamisessa ja ylläpitämisessä. Tutkijat olettavat, että edellämainitut puutteet voivat luoda pariskunnan välille jännittyneen ja lannistavan ilmapiirin. Tällainen ilmapiiri heikentää avioliiton stressiltä suojaavaa vaikutusta ja avioliitosta itsestään tulee stressin aiheuttaja. Suhteen laadun depressiota ennaltaehkäisevä tai depressiolle altistava vaikutus korostuu avioparien kohdalla, sillä monelle aviopuoliso on ensisijainen sosiaalisen tuen lähde (Prince & Jacobson, 1995). Lisäksi perheenjäsenet ovat toisistaan monella tapaa riippuvaisia ja perhesuhteille on yleensä ominaista intiimiys, emotionaalinen läheisyys sekä luottamus (Koivula, 2002). Tämän tutkimuksen kannalta merkittävin sosiaalisen tuen ulottuvuus on emotionaalinen tuki, jolla tarkoitetaan rakastamisen ja välittämisen osoittamista, kannustamista, luottamusta ja arvostamista.

Sosiaalinen tuki suojaa terveyttä vähentämällä stressiä ja suojaamalla sen vaikutuksilta (Koivula, 2002). Sosiaalisella tuella on olennainen merkitys myös masennuksen hoidon onnistumisen kannalta. Stressiä aiheuttavat elämänolosuhteet sekä sosiaalisten resurssien puute voivat heikentää masennuksen hoidon tulosta ja aiheuttaa masennusjaksojen toistumista (Cronkite & Moos, 1995). Tutkittaessa seurannan avulla depressiosta kärsivien naisten oireiden uusiutumista pariterapian jälkeen, todettiin aviomiehen vaimoon kohdistaman tuen (facilitative behavior) lisääntymisen olevan yhteydessä vaimon toipumiseen hoidon aikana (Jacobson, Fruzzetti, Dobson, Whisman, & Hops, 1993). Seurannan aikana ilmetessään tuki näytti ennustavan paranemista ja vähäisempää depressiota.

Tietyn häiriön ja parisuhdeongelmien yhteyksien tutkimus keskittyy usein jompaan kumpaan sukupuoleen ja esimerkiksi masennuksen ja parisuhteen yhteyksiä sekä masennuksen hoitoa pariterapian avulla on perinteisesti tutkittu lähinnä naisten kannalta (Whisman, 2007; Halloran, 2000). Asetelmaan vaikuttaa osaltaan se, että naisilla diagnosoidaan depressiota miehiä useammin (Halloran, 2000; Nolen-Hoeksema, 1987). Joidenkin näkemysten mukaan myös yhteys depression sekä avioliiton riittäisyyden välillä on naisten kohdalla erityisen voimakas ja avioliiton valtasuhteilla on tässä yhteydessä suuri merkitys (Halloran, 2000).

### 1.3. Masennuksen hoito pariterapian avulla

Pariterapian toimivuudesta depression hoidossa on saatu lupaavia, mutta myös ristiriitaisia tuloksia, joihin Gilliam ja Cottone (2005) viittaavat todetessaan, ettei pariterapian ole voitu osoittaa olevan kiistattomasti yksilöterapiata tehokkaampi masennuksen hoitomuoto. He huomauttavat myös, ettei tutkimusasetelmissä ole räätälöity pariterapiaa masennusspesifiksi ja arvioivat, että tällä saattaa olla vaikutuksia hoitotuloksiin.

Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling ja Salusky (1991) vertailivat kognitiivisen yksilöterapian ja käyttäytymisterapeuttisesti suuntautuneen pariterapian tehokkuutta masennuksen hoidossa. Tutkittavat joiden parisuhde oli kunnossa, näyttivät saavan kognitiivisesta yksilöterapiasta pariterapiaa tehokkaammin apua. Sen sijaan parisuhdeongelmista kärsivien tutkittavien masennukseen tehosivat molemmat hoitomuodot yhtä hyvin, mutta ainoastaan pariterapialla oli merkitsevästi positiivinen vaikutus parisuhdetyytyväisyyteen.

Jacobson ym. (1991) toteavat havaintojensa eroavan O'Learyn ja Beachin (1990) samantapaisella asetelmalla toteutetun tutkimuksen tuloksesta, jonka mukaan käyttäytymisterapeuttinen pariterapia oli selkeästi kognitiivista yksilöterapiata tehokkaampi menetelmä parisuhdeongelmien hoidossa. Erojen syynä saattoivat olla eroavaisuudet tutkittavien hoitoon hakeutumisen lähtökohdissa. Jacobsonin ym. tutkittavat olivat hakeutuneet hoitoon ensisijaisesti depression vuoksi, vaikka heillä olisi ollut samaan aikaan myös parisuhdeongelmia. Sen sijaan O'Learyn ja Beachin tutkittavat näkivät ongelmansa ensisijaisesti parisuhteeseen liittyvinä. Onkin todettu että masennuksen pariterapiaan tuleva pari saattaa tarvita voimakkaampaa keskittymistä joko masennuksen tai parisuhdeongelmien hoitamiseen (Jones & Asen, 2000), mistä johtuen terapian tavoitteista olisi hyvä keskustella alkuvaiheen lisäksi myös terapiaprosessin aikana (Rautiainen & Seikkula, 2009).

Rautiainen ja Aaltonen (2010) tarkastelivat DINADEP-projektiin kuuluvassa tutkimuksessaan pariskuntien tapoja muodostaa narratiiveja masennuksesta ja havaitsivat, että pariterapian kontekstissa kummankin puolison narratiivit täydensivät toisiaan interaktiivisesti. Kuuntelemalla puolisoaan masentunut sai uutta, myönteisempää näkökulmaa tilanteeseensa. Jonesin ja Asenin (2000) mukaan diagnosoimattoman puolison osallistuminen terapiaan voi auttaa myös terapeuttia hahmottamaan pariskunnan keskinäistä vuorovaikutusta sekä helpottaa diagnosoimatonta osapuolta puolisonsa masennuksen aiheuttamasta stressistä selviytymisessä.

Haastattelemalla 25 pariskuntaa systeemisen pariterapiaprosessin päättymisen jälkeen Rautiainen ja Seikkula (2009) selvittivät, kuinka masentuneet ja heidän puolisonsa arvioivat masennuksen pariterapiaa. Myös tämä tutkimus kuului DINADEP-projektin piiriin. Kysyttäessä miltä osin pariterapia ei ollut tehonnut ja mitä terapiassa olisi voitu tehdä toisin ilmaisi osa pariskunnista, ettei pariterapia ollut auttanut heitä parisuhdeongelman kohdalla. Osa taas katsoi, ettei pariterapia ollut toiminut masentuneen puolison masennuksen hoidossa. Jotkut asiakkaista olisivat halunneet myös yksilökäyntejä joko osana pariterapiaa tai sen sijasta. Selvitettäessä mistä oli ollut hyötyä kertoivat asiakkaat, että jo yksistään puhuminen oli auttanut ja se oli koettu toimintana, prosessina. Asiakkaille oli ollut tärkeää, että puhuminen tapahtui puolison läsnäollessa. Ohessa esiintyi toisaalta myös mainintoja siitä, että vaikka puolison osallistuminen terapiaan oli ollut avuksi, se oli myös estänyt puhumasta joistakin aiheista.

#### **1.4. Terapeutin vuorovaikutus- ja työskentelytyylin merkitys hoidon onnistumisen kannalta**

Terapeutin tekniikoita voimakkaammin näyttäisi terapian lopputulokseen vaikuttavan terapeutin ja asiakkaan välinen suhde, jonka rakentumisessa terapeutin henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on suuri merkitys (Bryant, 1995). Tarjoamalla asiakkaalleen suhteen, joka perustuu lämpöön, ystävällisyyteen ja aitoon välittämiseen edesauttaa terapeutti hoitoprosessin onnistumista merkittävästi. Empaattinen lähestymistapa johtaa kaiken kaikkiaan asiakkaan parempaan ymmärtämiseen sekä hyväksymiseen ilman ehtoja. On lisäksi tärkeää, että terapeutin tunnetila ja vuorovaikutustyyli olisivat myönteissävytteisiä.

Terapeutin suhdeominaisuuksien ohella myös hänen terapiasessioissa tekemillään siirroilla on vaikutusta terapian lopputulokseen (Bryant, 1995). Esimerkiksi tulkinta asiakkaaseen liittyvistä intrapsyykkisistä ja interpersoonallisista tekijöistä on hyödyksi, jos tulkinta ajoitetaan oikein vastaamaan nykyhetkeä, asiakkaan terapiasessiossa kokemaa. Tulkinnan ei pitäisi olla jatkuvasti käytettävä interventio, jotta sen tehokkuus säilyisi. Terapeutin työskentelytavan tulisi olla siis jäsentynyt ja tarkoituksenmukainen sekä auttaa asiakasta terapiaprosessin ymmärtämisessä. On myös todettu että yhteneväinen tai "puhdas terapia" eli terapia joka pysyttelee yhden teoreettisen mallin puitteissa johtaa todennäköisemmin onnistuneeseen lopputulokseen.



## 1.5. Terapeuttinen allianssi

Useiden erilaisten terapiaprosessiin sisältyvien tekijöiden, kuten terapeutin ominaisuuksien ja työskentelytapojen vaikutukset terapian lopputulokseen voivat olla joko suoria tai välittyä terapeuttisen allianssin kautta edesauttamalla tai heikentämällä sen ylläpitämistä (Bryant, 1995). Toimivalla terapeuttisella allianssilla on siis erittäin suuri merkitys terapian onnistumisen kannalta (Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004) ja esimerkiksi Hovath ja Symonds (1991) ovat havainneet 24 tutkimusta käsittelevässä meta-analysissään, että 26 prosenttia terapian onnistumisen eroista oli heidän aineistonsa perusteella yhteydessä terapeuttisen allianssin laatuun.

Terapeutin ja asiakkaan välisestä suhteesta puhuttaessa on kuitenkin hankala erotella toisistaan käsitteiden tasolla terapeuttista allianssia (terapeutin ja asiakkaan välisen yhteistyösuhteen laatu), terapeutin toiminnassa ilmeneviä muuttujia (vuorovaikutustyyli, terapeutin ominaisuudet) sekä auttavia olosuhteita (terapeutin tarjoama empatia, lämminhenkisyys ja yhdenmukaisuus). Kaikki edellä mainitut ilmiöt vaikuttavat toisiinsa ja niitä kuvaavissa käsitteissä on päällekkäisyyksiä (Lambert & Barley, 2001). Terapeuttinen allianssi on kuitenkin määritelmänä laajin, sillä se sisältää myös asiakkaan oman vaikutuksen terapiasuhteeseen.

Terapeuttisella allianssilla tarkoitetaan terapeutin ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, johon kuuluu yhteisymmärrys tavoitteista, tehtävän tai tehtävien määrittely sekä siteen muodostuminen (Hilsenroth ym., 2004). Tavoitteilla tarkoitetaan päämääriä, joihin sekä terapeutti että asiakas pyrkivät, tehtävistä koostuu terapiassa tapahtuva käytännön työ ja siteet merkitsevät terapeutin ja asiakkaan keskinäistä luottamusta sekä hyväksyntää (Lambert & Barley 2001).

Pari- ja perheterapiaan sisältyvällä allianssilla on yksilöterapiaan verrattuna muutamia erityispiirteitä, joiden takia sitä voidaan kuvailla monimutkaiseksi ja monikerroksiseksi ilmiöksi (Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2010). Tutkimusten mukaan siinä missä psykiatriset oireet eivät ole yhteydessä allianssin muodostumiseen, hyvä luottamus parisuhteeseen ja parisuhdeongelmien puuttuminen ennustavat toimivaa allianssia. Perhe- ja pariterapiassa allianssiin sisältyy myös enemmän ulottuvuuksia, joita ovat yksilön ja terapeutin välinen allianssi (self-with-therapist), toisen osapuolen ja terapeutin välinen allianssi (other-with-therapist) ja terapiaan osallistuvien muodostaman ryhmän ja terapeutin välinen allianssi (group-with-therapist).

Alliansseja on siis missä tahansa hoidon vaiheessa useita, ja ne ovat keskenään systeemisessä vuorovaikutuksessa (Friedlander ym. 2010). On esimerkiksi yleistä, että perheenjäsenten motiivit

osallistua hoitoon sekä yleinen hoitomotivaatiotaso eroavat toisistaan, mikä vaikuttaa allianssien rakentamiseen. Jokainen terapiaan osallistuva yksilö luo samanaikaisesti henkilökohtaista allianssia terapeutin kanssa ja jokainen tällainen allianssi vaikuttaa muiden alliansseihin positiivisesti tai negatiivisesti. Silloin kun allianssi on jakautunut tai epätasapainossa, ainakin yhdellä perheenjäsenellä on muihin verrattuna voimakkaampi side terapeutin kanssa. Tätä ilmenee sekä perhe- että pariterapiassa.

Terapeuttinen allianssi ei ole stabiili ominaisuus, vaan terapeutin ja asiakkaan täytyy jatkuvasti ikäänkuin palauttaa positiivinen allianssi, jotta terapiasuhte säilyy toimivana (Bryant, 1995). Allianssikatkokset ovat täten oletettavissa oleva osa terapiaprosessia ja niillä voidaan tarkoittaa joko vaihtelua asiakkaan ja terapeutin välisen suhteen laadussa tai jatkuvia vaikeuksia terapeuttisen allianssin saavuttamisessa. Katkoksesta saattavat kieliä esimerkiksi asiakkaan negatiiviset ajatukset liittyen terapiaan tai terapeuttiin, terapeuttisen tehtävän vältteleminen tai reagoimattomuus terapeutin interventioihin (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Allianssikatkokosten vaikutus hoitoprosessiin ja asiakkaan edistymiseen riippuu siitä kuinka katkoksia käsitellään. Erityisesti alkuvaiheessa ilmenevien suhdekonfliktien ratkaiseminen onnistuneesti auttaa vakauttamaan allianssin positiiviseen suuntaan ja saavuttamaan hyviä hoitotuloksia (Bryant, 1995). Allianssikatkokset voivat johtaa myös asiakkaan ihmissuhteissa esiintyvien toimintamallien kehittävään tarkasteluun ja terapiasuhteen syvenemiseen. Sitä vastoin ratkaisematta jääneet katkokset saattavat aiheuttaa pahimmillaan koko hoitoprosessin epäonnistumisen. Terapeutin on tämän vuoksi tärkeää havainnoida allianssin kehittymistä ja siinä tapahtuvia muutoksia (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

## **1.6. Pariterapian tehokkuuden arviointi DINADEP-projektin aineistossa**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa aineistolähtöisen analyysin ja narratiivisten prosessimoodien kautta terapeuttien ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen ja terapeuttien työskentelytapojen piirteitä kahdessa pariterapiaprosessissa. Prosessit edustavat masennuksen hoidon onnistumisen osalta tutkimusaineiston äärilaitoja. Onnistuneen hoitotuloksen terapiaprosessin aikana tutkittavan pariskunnan masentuneen osapuolen depressio lievittyi merkittävästi. Heikomman hoitotuloksen prosessin kuluessa masennuksen takia hoitoon

hakeutuneen osapuolen depressio ei sen sijaan lievittänyt lainkaan. Masentuneisuuden mittaus tapahtui Beckin depressiokyselyn (BDI eli The Beck Depression Inventory) ja Hamiltonin masennusasteikon (HDRS eli Hamilton Depression Rating Scale) avulla, joiden tuloksiin perustuu juuri näiden kahden prosessin valinta vertailun kohteeksi. BDI on asiakkaan itsearviointiin perustuva kyselymenetelmä, jota käytetään masennuksen vaikeusasteen ja siinä tapahtuvien muutosten arvioimiseen (Raitasalo, 2007). Myös HDRS-kyselyllä mitataan masennuksen voimakkuutta sekä depressio-oireiden esiintymistä. HDRS eroaa BDI:stä siltä osin, että hoitava henkilö täyttää kyselyn asiakkaan puolesta haastatteleamalla häntä sekä havainnoimalla hänen oireitaan (Hamilton, 1960, 1980).

## 2. TUTKIMUKSEN ETENEMINEN

### 2.1. Tutkittavat

Taulukko 1. Asiakkaiden perustiedot sekä masennuspistemäärien muutokset terapiaprosessin aikana ja seurantajaksolla. Asiakkaiden nimet on muutettu.

	prosessi A		prosessi B	
hoidon lopputulos	onnistunut		heikko	
hoidon kesto	8 sessiota		14 sessiota	
asiakkaat	Seija (masennuksen takia hoidossa)	Risto	Sari (masennuksen takia hoidossa)	Mika
Ikä vuosissa	(hoidon alussa 46) 47	43	30	28
Ammatti	toimihenkilö	toimihenkilö	toimihenkilö	toimihenkilö
1. mittaus	BDI 32  HDRS 25	BDI 1	BDI 29  HDRS 18	BDI 22
2. mittaus (6kk terapian alusta)	BDI 11	BDI 0	tiedot	tiedot puuttuvat

	HDRS 12		puuttuvat	
3. mittaus (1 vuosi terapian alusta)	BDI 3		BDI 32	
	HDSR 2	BDI 0	HDRS 21	tiedot puuttuvat
4. mittaus (1,5v)	BDI 2		BDI 36	
	HDRS 6	BDI 0	HDRS 17	BDI 9
5. mittaus (2v)	BDI puuttuu		BDI 30	
	HDRS 0	puuttuu	HDRS 23	BDI 5

BDI-pistemäärät: 0 – 9 (ei masennusta), 10 – 18 (lievä masennus), 19 – 29 (keskivaikea masennus), 30 – 63 (vaikea masennus) (Raitasalo, 2007).

HDRS-pistemäärät: 10 – 13 (lievä masennus), 14 – 17 (lievä tai keskivaikea masennus), >17 (keskivaikea tai vaikea masennus) (Hamilton, 1967, 1980).

Pariskunnan terapiasta vastasi kummassakin prosessissa kaksi laillistettua psykoterapeuttia, joilla oli DINADEP-projektin vaatimusten mukaisesti vähintään kolmen vuoden erityistason perheterapiakoulutus sekä kiinnostusta psykoterapian dialogisia ja narratiivisia prosesseja kohtaan. Annettua terapiaa voidaan kutsua myös systeemiseksi pariterapiaksi, koska terapiakeskustelujen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä pariskunnan tilanteesta sekä depression osuudesta pariskunnan elämässä. Terapeuttien koulutukseen oli myös kuulunut systeemisen perheterapian opiskelua. Jonesin ja Asenin (2000) mukaan systeemisessä pariterapiassa pyritään auttamaan pariskunnan kumpaakin osapuolta löytämään uusia näkökulmia ongelmiinsa, liittämään depressiiviseen käyttäytymiseen erilaisia merkityksiä ja kokeilemaan uusia tapoja suhtautua toisiinsa.

Onnistuneeseen hoitotulokseen päättyneessä prosessissa A pariskunnan masentunut osapuoli, 46-vuotias Seija kärsi terapian alkaessa vaikea-asteisesta masennuksesta, kun taas hänen 43-vuotias puolisonsa Risto oli BDI-mittauksen perusteella täysin oireeton. Terapeutteina toimivat mies ja nainen, joista kummallakin oli psykologin koulutus. Heikkoon hoitotulokseen päättyneessä prosessissa B masennuksen takia hoitoon hakeutuneen 30-vuotiaan Sarin masennus oli terapiaprosessin alussa luokiteltavissa keskivaikeaksi. Myös Sarin puolisollla, 28-vuotiaalla Mikalla oli BDI-mittauksen perusteella keskivaikea masennus. Pariskunnan terapeutit olivat kumpikin naispuolisia sairaanhoitajia. Terapiaprosessin kesto pyrittiin räätälöimään asiakkaiden

erityistarpeiden mukaan, joten prosessi jatkui niin kauan kuin katsottiin olevan tarpeen. Prosessissa A terapiaistuntoja oli kahdeksan kertaa. Prosessissa B yhteisiä istuntoja oli neljätoista ja niiden päätyttyä pariskunnan kummallekin osapuolelle järjestettiin vielä yksilötapaamisia.

Lopputuloksen osalta terapiaprosessit erosivat toisistaan merkittävästi. Prosessi A voidaan määritellä pariskunnan masentuneen osapuolen, Seijan BDI- ja HDRS -pisteissä tapahtuneiden muutosten perusteella onnistuneeksi, sillä Seijan vaikea-asteiseksi luokiteltu masennus lievittyi terapiaprosessin edetessä kokonaan. Seurantamittauksissa ei havaittu oireiden palaamista. Prosessi B johti sen sijaan samoilla mittareilla tarkasteltuna huomattavasti heikompaan hoitotulokseen. Masentuneen puolison Sarin masennus ei korjautunut terapian edetessä lainkaan, vaan oireissa tapahtui lievää pahenemista keskivaikean masennuksen muuttuessa masennusmittareiden perusteella vaikea-asteiseksi. Myöskään seurantajakson aikana ei ilmennyt masennuksen lievenemistä. Mikan BDI-pistemäärät sen sijaan muuttuivat terapian aikana parempaan suuntaan. Keskivaikeaksi luokiteltava masennus lievittyi kokonaan ja pysyi seurantamittausten perusteella edelleen poissa. Diagnostoitujen osapuolten Seijan ja Sarin depressiossa tapahtuneita muutoksia mitattiin BDI- ja HDRS -kaavakkeiden avulla puolen vuoden välein terapian alusta alkaen ja terapioiden tuloksellisuutta on tarkasteltu samalla tapaa koko DINADEP-projektissa.

## **2.2. Aineiston analysointi**

Tutkimusaineisto koostui kummankin terapiaprosessin videoiduista istunnoista, joiden joukosta valittiin litteroitavaksi ja tarkempaan analyysiin yksi sessio alusta, kaksi keskeltä ja yksi lopusta. Näin terapiassa tapahtuneen vuorovaikutuksen etenemisestä välittyi mahdollisimman kattava kuva. Terapeuttien toiminnan vaikutus terapian hoitotulokseen alkoi muotoutua heti tutkimusprosessin alkuvaiheessa ensisijaiseksi kiinnostuksen kohteeksi, minkä perusteella muotoiltiin seuraavanlaiset tutkimuskysymykset:

1. Millaiset työskentely- ja vuorovaikutustyyli olivat ominaisia heikkoon, millaiset onnistuneeseen hoitotulokseen päätyneen prosessin terapeuteille?
2. Kuinka erot terapeuttien toimintamalleissa vaikuttivat terapeuttiseen allianssiin ja terapiaprosessin kulkuun?
3. Kuinka narratiiviset prosessityypit ilmenivät analysoitavissa tapauksissa?

### 2.2.1. Aineistolähtöinen analyysi

Tutkimuksen ensisijaisena analyysimenetelmänä toimi aineistolähtöinen analyysi, jota Elliot, Slatick ja Urman (2001) kuvaavat erilaisten vaiheiden kautta etenevänä prosessina. Ensin aineiston transkriptit pilkotaan pienemmiksi, helpommin hallittaviksi elementeiksi, joita voidaan muodostaa tutkittavan omaa kokemusta kuvaavan käsitteen tai huomion eli merkitysyksikön (meaning unit) perusteella. Tämä vaihe toteutettiin katsomalla kaikki terapiaprosessien videoidut istunnot alusta loppuun ja tekemällä niiden herättämistä ajatuksista muistiinpanoja. Muistiinpanoihin kirjattiin ylös erilaisia terapiakeskusteluissa havaittuja merkitysyksiköitä, joiden perusteella voitiin alkaa muotoilla aineistoa kuvaavia elementtejä tutkimuskysymysten näkökulmasta.

Ennen varsinaisen analyysivaiheen aloittamista masennukseen ja pariterapiaan liittyvän kirjallisuuden lukeminen oli johdattanut gradun aihepiiriin, mutta nyt teoriatiedon ja muiden tutkimusten tuottamien tulosten omaksumisen ohella pyrittiin säilyttämään avoin näkökulma oman aineiston ainutlaatuisuutta kohtaan. Elliot ym. (2001) korostavat että aineistolähtöistä analyysia käytettäessä on erityisen tärkeää ylläpitää tasapainoa omien esitietojen ja aineiston tuottaman informaation välillä, joten esimerkiksi asiakkaiden kokemuksia terapiaprosessista on pyrittävä ymmärtämään ilman valmiita oletuksia vastauksista. Lähtökohdaksi on hyväksyttävä ei-tietäminen (not-knowing) ja vähitellen tarkastelemalla induktiivisesti tutkittavien kokemuksia tapahtuu siirtyminen kohti jäsentyneempää teoriaa.

Aineistolähtöisen analyysin seuraavassa vaiheessa merkitysyksiköt järjestellään ja nimetään sisältönsä perusteella omiksi kategorioikseen (Elliot ym., 2001). Tietty merkitysyksikkö voi kuulua useaan eri kategoriaan. Straussin ja Corbinin (1998) mukaan tutkijan havaitsemien ilmiöiden luokitteluun kategorioiden alle on tärkeää, koska se auttaa vähentämään työstettävien yksiköiden määrää. Suuri määrä tietoa saadaan siis koottua helpommin hallittaviin osioihin, minkä lisäksi kategorioilla on analyyttinen merkitys – niiden avulla tutkittavia ilmiöitä voidaan selittää.

Kategoriaa muodostettaessa käytetään samanaikaisesti kahta erilaista prosessia, joista ensimmäisessä tutkija pyrkii uppoutumaan tutkittavien maailmaan ja käymään aineiston kanssa dialogia (Elliot ym., 2001). Tässä vaiheessa, jota kutsutaan psykologiseksi reflektioksi (psychological reflection), tutkija keskittyy sekä analyysiyksiköiden eksplisiittisiin että implisiittisiin merkityksiin. Toinen prosessi eli jatkuvan vertailun menetelmä (constant comparative method) perustuu aineiston monimuotoisuuden ja vaihtelevuuden tutkimiseen huomioimalla

analyysin elementtien yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tämä prosessi jatkuu ihanteellisessa tapauksessa niin kauan, kunnes uusia kategorioita ei enää muodostu eli kategorioiden rakenne on tyydyttynyt (saturated).

Lukemalla ja luokittelemalla analysoitaviksi valittujen sessioiden litteraatioita terapian etenemisen, asiakkaille keskeisten aiheiden ja erityisesti terapeuttien toimintamallien ja vuorovaikutuksen näkökulmasta löytyi aineistosta hoitoprosessien etenemisen kannalta olennaisia kategorioita. Kategoriat kuvasivat terapiakeskustelujen sisällön osalta tärkeitä teemoja, joiden esiintymistä pyrittiin tarkastelemaan rinnakkain molempien prosessien aineistoissa. Tavoitteena oli löytää jotain prosesseille yhteistä, jota käsiteltiin kuitenkin terapeuttien taholta eri tavoin. Jos toisesta prosessista nousi esille tietty kategoria, pyrittiin myös toisen prosessin litteraatioita tarkastelemaan kyseisen kategorian näkökulmasta sekä pohtimaan millaisia yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia oli tavoissa, joilla terapeuttiparit kategorioihin sisältyviä teemoja käsittelivät. Tässä kohtaa taustalla vaikutti terapiaprosessien tuloksellisuusnäkökulma.

Analyysin edetessä suhteet eri kategorioiden välillä selkenevät ja kategorioiden välille muodostuu hierarkia (Elliot ym., 2001). Arvioitaessa millainen painoarvo kategorioilla on tutkimuksen yleisen rakenteen kannalta, voidaan joitakin kategorioita pudottaa pois tai yhdistää toisiinsa. Vähitellen aineistosta nousee esille myös ydinkategoria, joka on selkeimmin suhteessa muihin kategorioihin sekä vangitsee tutkittavasta ilmiöstä jotain kaikkein olennaisinta. Ydinkategoria on mahdollista valita jo olemassaolevien kategorioiden joukosta tai tutkija voi päätellä, että vaikka jokainen kategoria kertoo osan tarinasta, yksikään niistä ei vangitse sitä kokonaan. Tästä johtuen saatetaan tarvita uusi käsitteellinen idea, jonka alle kaikki kategoriat voidaan asettaa (Strauss & Corbin, 1998).

Tutkimusaineistosta hahmottui kolme terapeuttien toimintamallien, terapeuttisen allianssin ylläpitämisen sekä terapian etenemisen kannalta keskeistä kategoriaa, joita kaikkia tarkasteltiin hoitoprosessikohtaisesti. Kategoriat nimettiin seuraavasti: ”kausaalisuhteet ja ongelmanmäärittely”, ”suhde aikaan” ja ”syyllisyys”. Yksikään näistä kategorioista ei kuitenkaan kiteyttänyt tutkimuksen tärkeimpiä löydöksiä tarpeeksi laaja-alaisesti, joten niitä yhdistäväksi ydinkategoriaksi muotoutui ”asiakas/terapeuttilähtöisyys”. Voidaan katsoa että analyysissa toteutuivat Straussin (1987) määrittelemät ydinkategorian valitsemiskriteerit, sillä asiakas/terapeuttilähtöisyys esiintyi aineistossa toistuvasti jokaisen kategorian kohdalla terapiaprosessien erilaista etenemistä selittävänä tekijänä. Lisäksi sen hahmottaminen syvensi terapiaprosessien tarkastelun tuottamaa teoriaa ja lisäsi

teorian selitysvoimaa. Kaikkia kolmea keskeistä kategoriaa käsitellään yksitellen tulososiossa ja niiden ohessa kuvaillaan myös asiakas/terapeuttilähtöisyyden ydinkategorian ilmenemistä.

### 2.2.2. Narratiiviset prosessit

Aineistolähtöisen analyysin kautta rakennettuja kategorioita tarkasteltiin myös narratiivisten tutkimusmenetelmien piiriin kuuluvan narratiivisten prosessien koodausjärjestelmän eli NPCS:n avulla. NPCS:ää sovellettiin terapiatranskriptien jäsentyneempään lukemiseen hyödyntämällä menetelmään sisältyviä narratiivisia prosessityyppejä, jotka painottavat terapiasessiossa ilmenevästä puheesta seuraavia osa-alueita.

1. *Eksternaaliset narratiiviset jaksot* (external narrative sequences) ovat tapahtumaselostuksia, jotka koostuvat erilaisten koettujen, ulkoisten elämäntapahtumien kerronnallisista kuvauksista.
2. *Internaaliset narratiiviset jaksot* (internal narrative sequences) tulevat esille, kun asiakas kuvailee edellämainittuihin tapahtumiin liittyviä kokemuksiaan, käsityksiään ja tunteitaan. Tässä vaiheessa asiakas saattaa esimerkiksi artikuloida ensimmäistä kertaa tapahtumien aiheuttamia psyykkisiä tai fyysisiä tunteita.
3. *Refleksiiviset narratiiviset jaksot* (reflexive narrative sequences) ovat tapahtumiin ja kokemukseen liittyvää tulkintaa, arviointia ja jäsentämistä. Näiden kautta kokemuksesta rakentuu uusi ymmärrys, jonka asiakas ja terapeutti muodostavat yhdessä. Käsiteltävät tapahtumat voivat olla menneitä, nykyisiä tai tulevia (Angus, 1996; Laitila, Aaltonen, Wahlström, & Angus, 2001; Angus & Hardtke, 1994).

Alunperin NPCS kehitettiin yksilöterapian tutkimuksen tarpeisiin, mutta Laitila, ym. (2001) selvittivät menetelmän soveltuvuutta myös pari- ja perheterapiatutkimukseen analysoimalla pariterapiasessioita NPCS:n avulla. Huolimatta haasteista, joita perheterapiatilanteen vuorovaikutuksen monitahoisuus koodaukselle asettaa, tarjosi NPCS hyvän menetelmän tutkia tarkasti myös pariterapiakeskusteluja. NPCS:n avulla havaittiin, että onnistunutta terapeutista vuorovaikutusta ilmensivät katkelmat, joiden aikana esiintyi yhteisiä refleksiivisiä narratiivisia prosessijaksoja, joita sekä terapeutit että asiakkaat saattoivat tuoda keskusteluun. Näin ollen



terapian onnistuminen rakentui jokaisen terapian osapuolen yhteistyönä.

NPCS:n alkuperäisen menetelmän ensimmäisessä vaiheessa tutkimusaineistosta tulisi määrittellä aihealueet järjestelmällisesti terapiakeskustelujen verbaalisen sisällön ja vuorovaikutuksen mukaan ja koodata prosessimoodit niiden sisältä (Laitila, Gröönroos, & Partanen, 2006). Tämän tutkimuksen kohdalla aihealueiden määrittelyä ei kuitenkaan voitu toteuttaa perinteisellä menetelmällä, sillä informaatiota olisi kadonnut jos aihealueiden luokittelua olisi käytetty sellaisenaan. Keskeisiin aiheisiin liittyvä puhe sijaitsi pirstaleina aineistossa ja oli hahmotettavissa laajempina kokonaisuuksina vasta kun aihealueet rakennettiin pienemmistä paloista. Aineistoon sovellettiin siksi NPCS:n aihealueiden luokitteluvaiheen sijaan aineistolähtöistä analyysia ja prosessimooideja havainnoitiin eksplisiittisinä ilmauksina analyysin tuottamien kategorioiden sisällä. Tällä tavoin toteutettuna NPCS mahdollisti tutkimusaineiston keskustelujen tarkastelun mikroanalyttisesti. Seuraava esimerkki havainnollistaa aihealueen määrittelyn ja prosessimoodien koodauksen toteuttamista.

Terapiaprosessin B 14. istunnosta riviltä 168 löytyi kohta, jossa toinen terapeuteista teki yksittäisen puheenvuoronsa aikana voimakkaita aloitteita terapian aikatavoitteiden määrittelemiseksi. Terapeutin aikaa kuvaavia metaforia runsaasti sisältävä puhe välitti asiakkaille myös vaikutelman siitä millaisia odotuksia terapeuteilla oli terapian etenemiseen liittyen, joten puheenvuoro voitiin luokitella ”suhde aikaan” –kategoriaan kuuluvaksi. Keskustelun teema vaihtui tämän jälkeen nopeasti, mutta kyseisellä puheenvuorolla oli merkittävä vaikutus terapian ilmapiiriin.

B/14/168

168 T1: mut täs kuitenkin mä aattelen, et me voijaan vaikka lopun ikämme tätä totanoin terapiaa tässä pyörittää, mutta mitään ei tapahdu. jos mitään ei tapahdu eikä mitään (kyetä) muuttaa, niin tämä on vuoden päästä ihan sama keskustelu käynnissä. ja mä aattelin, et tonne juhannukseen mennessä, jos mä aattelen tämän jatkuvuutta, niin todennäköisesti joku juhannus on semmonen ihan niinku deadline. et meillon täs muutama kuukaus aikaa tehdä jotakin. et mitä tehdään, mihin...mitä aijotte, jos me muutaman kerran täs viel niinku tavataan? mitä nyt olis, maaliskuus kaks kertaa, huhtikuussa kerran, oon pitkällä lomalla, toukokuussa pari kertaa. viis kertaa. viis kertaa tässä näin, ni mitä sellasia masennusta niinkun vähentäviä toimenpiteitä voidaan tehdä? semmosia mitkä eivät ylläpidä masennusta, mitkä vois niinkun ratkasta teidän elämän (...)

Kun puheenvuoron ilmentämä keskeinen aihe oli luokiteltu, tarkasteltiin puhetta myös prosessimoodien näkökulmasta. Havaittiin että puheenvuoro alkoi pohdiskelevammalla refleksiivisellä puheella, mutta vaihtui hyvin nopeasti konkreettiseen eksternaaliseen puheeseen. Tämän perusteella voitiin edelleen tarkentaa analyysia ja pohtia terapeutin siirtoa konkreettisena

toimintana, joka näyttäytyi lopulta voimakkaan toimenpideorientoituneena eksternaalisen sisältönsä takia.

### **3. TULOKSET**

#### **3.1. Kausaalisuhteet ja ongelmanmäärittely**

Kummankin terapiaprosessin kohdalla esiintyi terapeuttien aloitteita masennuksen ja parisuhteen välisen yhteyden tarkastelemiseksi. Eroja ilmeni siltä osin, minkäsuuntainen yhteys eli kausaalisuhde nostettiin esille ja kuinka terapeuttilähtöisesti sitä tarkasteltiin. Muodostettuja oletuksia hyödynnettiin myös eri tavoin pariskunnan tilanteen edistämiseksi.

Kausaalisuhteiden tarkastelun ohella molempiin prosesseihin liittyi haaste säilyttää ongelmanmäärittelyn osalta avoin työote, sillä pariskuntien tilanteisiin sisältyi useita hoidon kannalta keskeisiä painopisteitä. Lisäksi pariterapian ollessa kyseessä tarjoutui käsiteltäväksi yksilöterapiaan verrattuna enemmän erilaisia näkökulmia, merkityksiä ja tulkintoja. Onnistuneen hoitotuloksen prosessissa A ongelmallisen tilanteen painopisteitä olivat Seijan masennus, alkoholiongelma ja fyysiset vaivat sekä näihin liittyvä työpaikkakiusaaminen. Heikomman hoitotuloksen prosessissa B painopisteinä näyttäytyivät Sarin masennuksen ohella fyysiset vaivat, Sarin tekemästä syrjähyypystä aiheutuneet seuraukset ja parisuhdeongelma. Tämän pariskunnan toisellakin osapuolella, Mikalla ilmeni masennusoireita. Terapeuttiparien suhtautuminen ongelmakentän monitahoisuuteen oli erilaista, minkä seurauksena terapioiden välillä ilmeni paljon eroa siinä, kuinka avoimena ongelmanmäärittely säilytettiin ja kuinka paljon eri painopisteisiin keskityttiin.

Prosessissa A terapeutit säilyttivät ongelmien määrittelyn luonteen avoimena, neuvottelevana ja asiakaslähtöisenä. Terapian alkuvaiheessa esitettiin terapeuttien aloitteesta vain muutamia valmiita oletuksia parisuhteen ja masennuksen välisestä kausaalisuhteesta. Pariskunta ei tuonut itse missään vaiheessa esille parisuhdeongelmaa, joka olisi vaikuttanut masentuneen puolison Seijan sairastumiseen eivätkä terapeutit ohjanneet keskustelua tällaisen vaihtoehdon pohtimiseen. Sen sijaan toinen terapeuteista esitti ensimmäisessä tapaamisessa oletuksen, jonka mukaan Seijan

masennuksella olisi vaikutuksia pariskunnan yhteiselämään ja perusteli tätä kautta pariterapian merkitystä masennuksen hoidossa.

Terapeutit tekivät myös aloitteita, joiden kautta vahvistettiin pariskunnan motivaatiota muutokseen hyödyntämällä ajatusta masennuksen ja parisuhteen välisestä kausaalisuhteesta. Pariskunta osallistui kausaalisuusoletusten rakentamiseen seuraamalla terapeuttien aloitteita ja ohjautui tätä kautta pohtimaan myös Seijan masennukseen liittyvän alkoholiongelman vaikutuksia parisuhteeseen. Prosessin edetessä Seija päätti vähentää alkoholinkäyttöään. Seuraavan näytteen kuvaamassa tilanteessa terapeutit motivoivat pariskuntaa pohtimaan raitistumisen mahdollisia positiivisia vaikutuksia parisuhteeseen. Parisuhdepuhe näyttäytyi tässä kohtaa positiivisesti muutosorientoituneena ja yhteistoiminnallisena.

[Keskustelunäytteissä kummankin prosessin terapeuteista käytetään lyhenteitä T1 ja T2]

A/4/375-384

- 375 T1: niin...no mitä te aattelette, että mitä tää...Seijan raitistuminen niinku sitte pitem pidemmällä tähtäyksellä teijän suhteeseen vaikuttaa tai mitenkä se teijän suhde muuttuu siitä?
- 376 Seija: (hiljaisella äänellä) auttashan se.
- 377 Risto: kyllä minusta ainaki se parantuu...paremmaks muuttuu (kääntää katseen kohti Seijaa) ainaki se...että varmasti harrastetaan yhdessä paljon enempi asioita...varmaan ens kesänä on meillä se kesämökki vielä vuokralla.
- 378 Seija: hm.
- 379 Risto: varmasti nautittaa vielä enempi siitä että...tehhään siellä en enempi yhteisiä il kun asioita...
- 380 T1: mm joo-o.
- 381 Risto: (hiljaa) että sillai...ainakin niin minä ainak aattelen.
- 382 Seija: niin ja varmaan semmosta niinku...sosiaalisempia...
- 383 Risto: niin.
- 384 Seija: ollaan vielä ja ehkä se saattaa se ystäväpiiriki...niinku muuttua sitte.

Prosessissa A kausaalisuhteet masennuksen, alkoholiongelman ja parisuhteen tilan välillä saivat oheensa muutoksen mahdollisuuksia sisältäviä merkityksiä. Terapeutit keskittyivät ohjaamaan puhetta refleksiivisesti siihen, kuinka positiivinen muutos alkoholinkäytössä ja Seijan masennustilassa vaikuttaisi positiivisesti myös parisuhteeseen. Tässä kohtaa terapeutit antoivat tasapuolisesti tilaa kahden eri painopisteen eli pariskunnan yhteiselämään vaikuttavan alkoholiongelman sekä masennuksen käsittelylle asettamatta niitä tärkeysjärjestykseen.

Prosessin B terapeutit aktivoivat pariskunnan nopeasti, ensimmäisen terapiaistunnon alussa

etsimään parisuhteen ja masennuksen välistä kausaalisuhdetta pyytämällä heitä kuvaamaan mikä oli johtanut nykyiseen tilanteeseen. Masentunut Sari kertoi oman syrjähyppynsä aiheuttaneen masennuksen oireita ja viittasi samalla myös parisuhdekriisiin, jota oli jo aikaisemmin yritetty hoitaa. Näin Sari tuotti useampia painopisteitä sisältävän kuvan siitä, kuinka hän koki tilanteensa – kuvauksessa olivat läsnä sekä parisuhdeongelma että masennusoireet.

Myös Mika koki ongelmien alkusyynä Sarin syrjähyppyn ja parisuhteen vaikeudet, mutta hänen oli hankalaa linkittää pariskunnan yhteistä tilannetta Sarin masennukseen. Mika ilmaisi lähteneensä terapiaan lähinnä saadakseen apua parisuhteen kriisiin eli toisin kuin Sari, antoi hän omasta tilanteestaan ainoastaan parisuhdeongelmaan keskittyvän kuvauksen. Sarin masennus ei koskettanut häntä suoraan.

B/1/24-25

24 T2: miten sää Mika näät...

25 Mika: niin no...tavallaan se Sarin masennus on kyllä tavallaan mun ulkopuolinen tai siis jotenki niinku se ei oo tavallaan kosketa suoraan mua. Että mä oon lähinnä niinkun täällä ja apua hakemassa ja kriisissä just sen takia, että meidän parisuhde niinkun ei toimi ja että Sari teki mitä teki ja niitä asioita edelleenkin me edelleenkin (käsitellään), että Sarin masennus on se on siellä joo...ja ehkä mä vasta oon oikeestaan ymmärtäny että se on oikeesti masentunu, mut jotenkin mulle ei riitä tavallaan oma energia ihan sen asian käsittelyyn.

Pariskunnan ensimmäisistä ongelmanmäärittelyistä kävi esille eriäviä motiiveja osallistua terapiaan. Sari oli hakemassa apua masennukseensa, Mika parisuhteen kriisiin. Sari ilmaisi masennuksen aiheutuneen hänen omista virheistään, kun taas Mikalle Sarin masennus oli jotain itselle ulkopuolista. Mikan kuvaukselle siitä, kuinka hän ymmärsi Sarin masennuksen jäi hyvin vähän tilaa terapeuttien keskittyessä painottamaan Sarin kuvausta tilanteeseen johtaneista syistä.

B/1/26-29

26 T2: miten sinä ymmärrät sen (Sarin masennuksen)?

27 Mika: no siis kyllähän mä ymmärrän, että et ymmärrän voi...voi...voi olla masentunu mut että nii...

28 T2: niinku hän sano että jotenki, että niinku omien töppäilyjen takia tai jotenki et ne ois vaikuttamassa siihen, että on masentunut.

29 Mika: kyllä varmasti.

Terapeutti esitti tässä kohtaa refleksiivisen kysymyksen, jolla hän avasi keskustelua Mikan näkökulmasta, mutta heti seuraavassa lisäyksessä näkyi terapeuttien taholta välittyvää, ongelmakenttää rajaavaa valikointia sen osalta millaisten syy-seuraussuhteiden avulla tilannetta

lähdettiin työstämään. Näkemystä jonka mukaan Sarin syrjähyypyn aiheuttama parisuhdekriisi oli vaikuttanut hänen masentumiseensa, alettiin nostaa keskeiselle sijalle hoidossa. Ongelmanmäärittely tapahtui siis terapeuttilähtöisesti ja ainoastaan yhteen painopisteeseen keskittyen sen sijaan, että pariskunnan tuottamille erilaisille näkökulmille ja merkityksille olisi annettu sijaa ja kuljetettu niitä mukana keskusteluissa.

B/1/309-311

- 309 Sari: (kyselylomakkeen täytettyään) mä voisin vielä kysyä tästä, kun niinkun kokee ku että tota samaan aikaan pitäis hoitaa niinkun mun masennusta että tätä niinku meidän parisuhdetta. et mikä täs niinkun on se...ei nyt tietenkään voida mitään suhdelukuja sinänsä antaa, mut että mullon vähän jääny epäselväksi että tavallaan, että kun silloin te esittelitte mulle tän jutun, et onks tässä niinkun et jompaa tai niinkun tarkoitus vain hoitaa tätä masennusta vai onks tässä niinkun tämmöseen pariterapiaan niinkun.
- 310 T2: ilman muuta se tässä ajatellaan, että näillä tämmösillä parisuhdekeskusteluilla on vaikutusta siihen sun masennukseen.
- 311 Sari: joo joo (T2: et se on se...) joo (T2: ...idea).

Terapeutti toteutti dialogisuutta liittymällä Sarin pohdintaan, mutta lisäsi samalla mukaan oman näkökulmansa lupaamalla pariterapialle tuloksellisuutta. Jäi kuitenkin epäselväksi tarkoittiko terapeutti ”parisuhdekeskusteluilla” pariterapian työskentelytapoja vai keskustelujen keskittämistä pariskunnan suhteen tilasta puhumiseen. Terapiaprosessin edetessä työskentely painottui yhä enemmän lähinnä parisuhdeongelman käsittelemiseen, mikä positioidi terapeutit hoitamaan pariskuntaa Mikan esittämän tarpeen mukaan. Sarin toivomus kahden ongelman yhtäaikaisesta käsittelystä eli vähintään kaksi painopistettä sisältävästä terapiasta jäi syrjään. Viimeisessä yhteisessä tapaamisessa ilmeni puolin ja toisin turhautumista siihen, ettei toteutettu lähestymistapa ollut tuottanut tulosta.

B/14/168-173

- 168 T1: tää levy on kauheesti pyöriny se on niinkun semmonen niinku masennusta ylläpitävä tekijä. ja se on tyydyttämätön parisuhde esimerkiks tässä, te ootte tyytymättömiä teidän parisuhteeseen. arki menee, arkena voi elää jonku, voi olla jonkun kaverin kanssa, mutta tota kuitenkin niinkun toiveita romanttisesta rakkaudesta ja niinkun tyydytystä tuottavasta parisuhteesta, missä on niinkun seksielämää myöskin, eroottista elämää et se oli ainakin jossakin vaiheessa semmosena niinkun tavoitteena alkusyksystä ainakin muistan kun keskusteltiin siitä, et mikä on niinkun tavote. et tavote ei voi olla et me pyöritetään tätä ihan ihan samaa levyä vai onko niin, et kumpikin tarttee niinkun tai ainakin Sari tarttet yksilöterapian, et se ei ookaan pari...tämmösillä tuota parikäynneillä niinkun mitenkään hoidettavissakaan sun niinkun tämä masennus.
- 169 Sari: niin no...mä jouduin luopumaan siitä tän takia. se luki säännöissä.
- 170 T2: mitä sä nyt ajattelit niinkun?
- 171 Sari: no nyt tällä hetkel mä ajattelen, et me voitais lopettaa nää istunnot ihan tähän paikkaan, että ei...(T1 minkä takia?) ei tässä...mun mielestä asenne kääntyny ihan perseelleen täs hommas että tota, että...

172 T2: no kerrotsä vähän mitä sä tarkoitat?

173 Sari: no em...emmä niinkun koe sen kummemmin, että täällä yritettäs munkaa masennusta niinku parantaa millään niinkun näillä keskusteluilla, että tota kyl mä kokisin että mä olisin tuolla jonkun semmosen terapeutin kanssa juttelemassa millä yritettäs mun masennusta parantaa paremmaks.

Toinen terapeuteista käytti kahteen otteeseen metaforaa ”levyn pyörittäminen” kuvatessaan terapiaprosessia ja asiakkaiden parisuhteen tilaa, mikä antoi prosessin etenemisestä terapeuttien näkökulmasta tarkasteltuna ongelmallisen kuvan. Tavoitteita ei ollut saavutettu eikä terapeuttien odottamaa muutosta ollut tapahtunut - terapia oli jumitilassa. Terapeutti pohti myös, ettei Sarin masennus olisi ”mitenkään” hoidettavissa pariterapian avulla. Toteamus näyttäytyi sisällöllisesti ristiriitaisena suhteutettuna terapeuttien ensimmäisessä tapaamisessa esittämään oletukseen: ”ilman muuta se tässä ajatellaan, että näillä tämmösillä parisuhdekeskusteluilla on vaikutusta siihen sun masennukseen”. Terapeutit eivät kertoneet tarkempia perusteluja sille miksi paritapaamiset eivät enää auttaisi Sarin masennukseen, mutta korostivat, ettei terapia voisi olla samojen asioiden pyörittämistä, vaan jotain täytyisi tapahtua.

Terapiasessiossa esille tullut turhautuminen oli jaettua ja näkyi terapeuttien osalta internaalisissa metaforissa, kuten ”levyn pyörittäminen” ja Sarin kielenkäytössä ”asenne kääntynyt ihan perseelleen”. Jostain syystä turhautumista ja sen ilmenemistä ei kuitenkaan otettu keskusteluun tai hyödynnetty mahdollisuutta korjata tilannetta hallitseva allianssikatkos ja saavuttaa hedelmällinen keskustelu terapiasuhteen ongelmista. Sari mainitsi terapiaprosessiin kohdistuvan pettymyksensä ohella yksilötapaamisista, joita hänellä oli ollut ennen pariterapiaprosessin aloittamista ja totesi: ”Jouduin luopumaan niistä tän takia.” Tästä syntyi vaikutelma, jonka mukaan Sari koki menettäneensä yksilötapaamiset ja joutuneensa tilanteeseen, jossa hänelle ei oltu annettu vaihtoehtoja. Sarin oma toimijuuden tunne näyttäytyi heikkona ja valintatilanne yksilö- ja pariterapian välillä sai negatiivisen merkityksen.

Sari toi myös esille, ettei terapiassa oltu keskitytty hoitamaan hänen masennustaan, mutta toinen terapeuteista korosti edelleen parisuhteen ja masennuksen välisen kausaalisuhteen merkitystä hoidon kannalta. Terapeutti toisti tässä kohtaa jo ensimmäisessä istunnossa syntynyttä näkökulmaansa, jonka mukaan epätydyttävä parisuhde ylläpiti Sarin masennusta. Tällä tavoin toimimalla terapeutti rakensi itselleen arvovalta-asemaa pariskunnan tilannetta kuvaavien hypoteesien rakentajana.

176 T1: mä oon sanonu, että mikä on esimerkiks ylläpitävä, masennusta ylläpitävä. jos kävisit mun luona yksilöterapiassa, niin se olis varmaan sitä samaa, et mikä pitää yllä sun masennusta. semmonen parisuhde joka ei tyydytä kuitenkaan kaikilta osin, tuntuu että sä oot hyvin kiinnittyny, soot sidoksissa, jotenkin niinkun niin tiukasti Mikaan, että sä et nää edes mitään muuta vaihtoehtoa. mä en tarkota, et tartteis erota, mut miten se niinkun hhh, et jotenkin, jotenkin se et jotakin pitäis niinku tapahtua. terapiahan tähtää aina et jotakin tapah... joku muutos tapahtuu

Masennuksen ja parisuhteen väliseen yksisuuntaiseen kausaalisuhteeseen keskittyminen toimi terapiaprosessia ohjaavana käytäntönä, josta terapeutit pitivät kiinni siinäkin vaiheessa, kun kaikki osapuolet olivat todenneet, ettei terapia ollut tuottanut haluttua tulosta. Ensimmäisessä istunnossa oli rakentunut oletus, joka suuntasi terapian etenemistä ja josta oli vaikea luopua, vaikka olisi ollut mahdollista tarkastella tilannetta myös muista näkökulmista. Lisäksi toisin kuin prosessissa A, käsiteltiin tässä terapiassa parisuhteen ja masennuksen välisiä syy-seuraussuhteita painottaen niiden kielteisiä merkityksiä. Parisuhteeseen liittyvä muutospuhe kohdistui lähinnä siihen, kuinka parisuhdeongelma oli kehittynyt ja alkanut ylläpitää Sarin masennusta.

### **3.2. Suhde aikaan**

Ongelmanmäärittelyn ja kausaalisuhteiden hahmottelun ohella terapeuttiparien toiminnan keskeiset erot näkyivät tavassa suhtautua aikaulottuvuuksiin. Erot korostuivat varsinkin puheessa, joka liittyi parisuhteen tilaan sekä terapian edistymiseen ja tavoitteisiin. Suhtautuminen aikaan vaikutti lisäksi niin terapiassa käytävän keskustelun yleiseen tempoon kuin merkityksenantoprosessien sävyyn.

Puhuttaessa pariskunnan menneisyydestä käyttivät prosessin A terapeutit voimavarakeskeisiä ja myönteistä muutosta korostavia ilmauksia. Tämä ohjasi pariskuntaa havainnoimaan menneisyytensä vaikeitakin tapahtumia siten, että nykyhetken mahdollisuudet ja myönteiset tekijät painoutuivat. Prosessissa B suhtautuminen aikaan ja ratkaisujen hakemiseen oli nopeatempoisempaa. Terapeuttien tekemien aloitteiden ohella asiakkaiden parisuhteen ongelmista aiheutuneen turhautumisen takia kehittyi aikapaineita, jotka häiritsivät työskentelyä.

A-prosessin pariskunnalla oli ollut vuosien ajan taloudellisia vaikeuksia, minkä lisäksi he olivat kärsineet muistakin vaikeista ongelmista. Seija arvioi näiden asioiden vaikuttaneen masentumiseensa sekä pariskunnan nykyiseen elämään. Terapeutti käänsi kuitenkin myönteisen

refleksiivisen kommentin avulla keskustelun fokuksen nopeasti pariskunnan voimavaroihin, joiden ansiosta pariskunta oli vaikeuksista huolimatta selviytynyt ja edelleen yhdessä. Tämä rakensi kuvaa lujasta ja toimivasta parisuhteesta sekä pariskunnan sinnikyydestä ja selviytymistä edistävästä voimavaroista.

A/1/1073-1086

1073 T1: nii että kyllähän sekin varmaan niinku just...näähä velkajärjestelyasiat ja tämmöset on aika...ne on raskaita hoitaa ja niinku niitten kanssa eläminenkin

[rivejä poistettu]

1082 T1: että tota...että se kyllä vaatii niinku ihmisiltä voimia et sillä tavalla niinku aattelee että kyllähän te ootte niinku hirveen...rankkoja asioita käyny läpi ja tietysti se sitä jotenkin ajattelen että se kyllä varmaan jotenki kuvastaa teidän suhteen luonnetta että te ootte yhdessä vielä.

1083 Seija: niinpä.

1084 Risto: mhh h...koska...

1085 T1: (päälle) koska (naurahtaa)

1086 Risto: moni moni voi lähtee (näyttää kädellä).

Terapeuttien toiminta nykyhetken ongelmien ratkaisemisen suhteen oli sekin pariskunnan omaa pystyvyyttä korostavaa sekä tahdiltaan rauhallista. Esimerkiksi Seijan alkoholinkäyttö oli vaikuttanut pariskunnan seksielämään, jonka kuntoon saamiseksi terapeutit asettuivat asiakkaiden asemaan ja ratkaisujen hakeminen tapahtui asiakaslähtöisesti ja verkkaisesti. Paineita aikarajojen suhteen ei ilmennyt. Pariskunnan omiin ratkaisuihin luotettiin ja heidän määrittelemänsä tahdin katsottiin riittävän tilanteen korjaamiseksi, mikä edesauttoi asioiden edistymistä omalla painollaan. Tätä korosti sekä terapeuttien että asiakkaiden puheenvuorojen yhdenmukaisuus eli pysyminen eksternaalisessa prosessimoodissa. Asiakkaiden antamat vastaukset ikään kuin kelpasivat terapeuteille, mikä loi toiveikkuutta tulevaisuuden suhteen.

A/4/496-525

496 T1: yks asia mejän aiemmissa keskusteluissa on sillee jotenki sivuttu...niinku tän alkoholin käytön yhteydessä niin oli tää teidän seksisuhde.

497 Seija: hmm.

498 T2: et mit mitä te nyt niinku siitä aattelette sitte nyt tässä tilanteessa.

499 Seija: no se varmaan o

500 Risto: eiköhän se se

501 Seija: alk

502 Risto: alkaa alusta



- 503 Seija: (päälle) parantua  
504 Risto: (naurahtaa)  
505 Seija: (päälle) alkaa alusta (naurahtaa)  
506 Risto: (naurahtaa) kuhan nyt tervehyt  
507 Seija: kuhan saapi haavan kiinni.  
508 T2: hmm.  
509 T1: hmm...niin et siin o  
510 Seija: (päälle) tai saadaa  
511 Risto: niin  
512 T1: tek teknisiä ongelmia  
513 Seija: (päälle) (naurahtaa) teknisiä ongelmia  
514 Risto: (päälle) niin...(katsoo Seijaa) kunnolla parantuu ensin  
515 Seija: (katsoo Ristoa) hmm  
516 Risto: eiköhän se siitä sitte  
517 Seija: hmm  
518 T1: joo  
519 T2: hmm  
520 T1: niin että ajattelitte että tää tää niinku riittää sen...asian etteenpäin viemiseen.  
521 Risto: hmm  
522 T1: niinku  
523 Risto: toinen on niinku  
524 Seija: hmm  
525 Risto: ei oo hirveessä humalassa niin sillee nii se on ihan erilaista sitten.

Toinen terapeuteista varmisti tämän hetkisten toimenpiteiden olevan asiakkaiden mielestä toistaiseksi riittäviä tilanteen korjaamiseksi: ”Niin että ajattelitte että tää tää niinku riittää sen...asian etteenpäin viemiseen.” Tällä tapaa toimimalla terapeutti osoitti kunnioittavansa asiakkaiden rajoja, jotka näkyivät vaitonaisuutena seksiasiasta keskustelemisen kohdalla. Tässä vaiheessa asiakkaat eivät olleet valmiita käsittelemään ja työstämään asiaa enempää, minkä terapeutit tunnistivat ja hyväksyivät.

Kuten prosessissa A, myös prosessin B pariskunnalla oli seksielämän ongelmia. Pariskunnan seksuaalinen kanssakäyminen oli ollut jo pitkään lamaustilassa ja Mika koki, ettei jaksaisi enää kauaa odottaa tilanteen ratkeamista. Tästä seurasi Sarille syyllisyydentunteita ja paineita. Mika kuvasi tilannetta hyvin hankalana, mutta yritti samalla avata keskustelua, jota terapeutit kuitenkin kapeuttivat jo ensimmäisessä istunnossa jättämällä Mikan puheenvuoron muut osat huomiotta ja

tarttumalla vain siihen, kuinka paljon aikaa hän voisi antaa Sarille tilanteen ratkaisemiseksi. Samalla terapeutit vahvistivat myös Sarin paineita.

B/1/86-88

- 86 Mika: noo kyllähän mä siitä aika kauan oon valittanu. että...sanotaan että silloin, ku mejän oma seksielämä alko niinkun hiipumaan, niin sit sitä ei ollu ja sit näin jälkikäteen, kun mä kuulen, et Sarilla oli samaan aikaan suhde toiseen mieheen, niin se oli aika suuri loukkaus ja järkytys, koska jotenki mä sitten alistuin siihen tilanteeseen, et okei meil ei nyt oo seksii, mut kyl Sari vielä joskus haluaa. mut et mä todella niinkun luulin, et Sari ei vaan kykene silloin, mut kyllähän se sit jonkun toisen kaa kykeni, mut ei niinkun mun kaa ja se on hyvin iso kynnsasia mulle. et se niinkun hylkäs mut ja otti jonkun toisen tilalle. ja nyt tällä hetkellä jotenki tuntuu, että jossei se seksielämä jossain vaiheessa tuu takasi, niin ei tässä jaksa hakata päätä enää seinään. et emmä niinku haluu kuuskymppiseks asti elää parisuhteessa missä ei oo seksiä ja se vaan niinku on näin. et mä en niinku loputtomiin jaksa odottaa. et mä ymmärrän, et Sari on masentunu ja mä ymmärrän, et se on vaikeeta, mut jossain vaiheessa asian niinku pitää ratketa ja mä en niinku jaksa odottaa niinku kymmentä vuotta.
- 87 T2: miten kauan sä voit antaa Sarille aikaa?
- 88 Mika: emmä tiiä, mut jotenki tää ongelma on ollu jo niin kauan olemassa että, et niinku mun mielestä mä oon jo yrittäny kaikki keinot. emmä tiiä, mä en niinku osaa sanoa, että marraskuuhun, joulukuuhun...emmä tommosta osaa sanoa että kyllä mä ny tietenkin yritän itse olla kärsivällinen (mut et)

Narratiivisten prosessimoodien osalta Mikan puheenvuoro oli refleksiivistä pohdintaa, johon sisältyi paljon hänen pettymyksensä sekä turhautumisen tunteitaan kuvaavia aikaorientoituneita metaforia. Tilanteen epämääräisyyden osalta Mika käytti ilmaisuja ”kuuskymppiseks asti”, ”loputtomiin”, ”enää”, ”jossain vaiheessa” ja ”en niinku jaksa odottaa kymmentä vuotta”. Mikan metaforisen puheen tunnesisällön sivuuttaen terapeutti tarttui kuitenkin ainoastaan konkreettiseen aikaulottuvuuteen ja vastasi Mikan vertauskuviin eskternaalisesti esittämällä kysymyksen: ”Miten kauan sä voit antaa Sarille aikaa?”

Terapeutti käsitteli siis aihetta eri prosessimoodissa kuin Mika, minkä seurauksena keskustelun tunnesisältö rajautui pois. Terapeutin kysymys vahvisti myös tilanteen sisältämiä aikapaineita antamalla viestin, jonka mukaan pariskunnan seksielämässä olisi tapahduttava edistystä tietyssä määräajassa ja Sarin tulisi toimia ennen, kuin on liian myöhäistä. Mikan yritykset käsitellä pettymystään sen suhteen, että Sari oli kuitenkin kyennyt harrastamaan seksiä toisen miehen kanssa, tulivat sivuutetuiksi samoin kuin Mikan pyrkimys tuoda esille kärsivällisyyttään sekä ymmärtämystään tilanteen etenemisen osalta. Terapeuttien toiminnassa näkyi pyrkimys hakea nopeita ja konkreettisia ratkaisuja sekä vaikeus sietää tilanteen epämääräisyyttä.

Ratkaisukeskeisyys ja terapiaan kohdistuvat paineet aikataulun osalta kiteytyivät myös lukuisiin metaforiin, joita terapeutit käyttivät kuvatessaan näkemyksiään pariskunnan tilanteesta

sekä terapiaprosessin etenemisestä. Usein jo yhteen puheenvuoroon sisältyi monta erilaista tulevaisuuteen viittaavaa ilmausta.

B/14/168

168 T1: mut täs kuitenkin mä aattelen, et me voijaan vaikka lopun ikämme tätä totanoin terapiaa tässä pyörittää, mutta mitään ei tapahdu. jos mitään ei tapahdu eikä mitään (kyetä) muuttaa, niin tämä on vuoden päästä ihan sama keskustelu käynnissä. ja mä aattelin, et tonne juhannukseen mennessä, jos mä aattelen tämän jatkuvuutta, niin todennäköisesti joku juhannus on semmonen ihan niinku deadline. et meillon täs muutama kuukaus aikaa tehdä jotakin. et mitä tehdään, mihin...mitä aijotte, jos me muutaman kerran täs viel niinku tavataan? mitä nyt olis, maaliskuu kaks kertaa, huhtikuussa kerran, oon pitkällä lomalla, toukokuussa pari kertaa. viis kertaa. viis kertaa tässä näin, ni mitä sellasia masennusta niinkun vähentäviä toimenpiteitä voidaan tehdä? semmosia mitkä eivät ylläpidä masennusta, mitkä vois niinkun ratkasta teidän elämän (...)

Terapeuttien valitsemien aikametaforien kautta välittyi vaikutelma pysähtyneestä tilanteesta, johon myös terapeutit olivat kyllästyneet ja pettyneet. Ilmaukset ”voijaan vaikka lopun ikämme tätä totanoin terapiaa tässä pyörittää” sekä ”jos mitään ei tapahdu...” muodostivat kuvausta terapiasta, johon sisältyneet tapaamiset olivat olleet terapeuttien näkemyksen mukaan toistaiseksi tuloksettomia. Tämän seurauksena jäljellä oleville tapaamisille kasautui tavoitteita, joiden saavuttaminen olisi kiinni siitä löydetäisiinkö vihdoinkin ”toimenpiteitä”, jotka voisivat ”ratkaista” pariskunnan elämän. Puhe elämän ratkaisemisesta oli hyvin voimakasta ja laaja-alaista ilmaisua ja sen kohtalokasta sävyä voimisti termin ”deadline” valitseminen terapian päättymisajankohtaa kuvaamaan.

Prosessimoodien näkökulmasta tarkasteltuna terapeutin puheenvuoro alkoi pohdiskelevammalla refleksiivisellä puheella, mutta vaihtui hyvin nopeasti konkreettiseen eksternaaliseen puheeseen. Puheenvuoron loppuosa oli hyvin toimenpideoitunut. Terapian jatkon suunnitteleminen tapahtui terapeuttilähtöisesti ja tilanteessa oli läsnä terapeutin omaa ammatillista turhautumista. Tämän seurauksena huomio siirtyi asiakkaiden tarpeista terapeuttien omiin toivomuksiin ja asiakkaiden ongelmiin kohdistuva hyväksyvä ymmärtäminen jäi taka-alalle.

Vaikka tähän mennessä yhdessäkään istunnossa ei ollut keskusteltu hoidon kokonaisuudesta, määrittäi terapeutti nyt itse hoidolle aikarajan. Tässä näyttäytyi terapeuttien pyrkimys tarkkaan ongelmanrajaamiseen sekä tavoiteorientoituneeseen työskentelyyn, josta kuitenkin puuttui systemaattisuus ja jota ohjasivat vahvasti terapeuttien omat tulkinnat pariskunnan tilanteesta.

### 3.3. Syyllisyys

Molemmissa prosesseissa pariskunnan masentunut osapuoli ilmaisi useaan otteeseen sekä eksplisiittisesti että implisiittisesti tuntevansa syyllisyyttä ongelmiansa ja niihin liittyvän toimintansa takia. Syyllisyyden taustoissa sekä terapeuttien tavoissa käsitellä aihetta oli kuitenkin suuria eroja, millä näytti olevan hyvin merkittävä vaikutus terapian etenemisen ja terapeutin allianssin toimivuuden ja tasapainoisuuden kannalta. Prosessissa A Seijan puhe sisälsi syyllisyyttä, joka kietoutui vahvasti itsesyytöksiin ja johon liittyi ulkoahjautuvuutta sekä heikkoa toimijuutta. Syyllisyyden lähtökohtia olivat Seijan alkoholi-ongelman vaikutukset pariskunnan arkielämään ja Seijan työkykyä verottaneet terveysongelmat. Prosessissa B Sarin syyllisyys liittyi uskottomuuteen ja sen pitkäaikaisiin seurauksiin, kuten seksielämän ongelmiin. Sarin oma toimijuus oli voimakkaampaa kuin prosessin A Seijalla ja hän käsitteli tilannettaan integriteettinsä säilyttäen.

Erot terapeuttien toiminnan osalta näyttäytyivät siten, että prosessissa A Seijan syyllisyyttä käsiteltiin neutraalin asiakaslähtöisesti eikä syyllisyydentunteita ja niiden aiheellisuutta vahvistettu terapeuttien taholta. Painopiste säilyi Seijan oman toimijuuden hienovaraisessa aktivoinnissa ja hänen itseohjautuvuutensa voimistamisessa. Lisäksi keskustelun sävy oli myötätuntoinen. Prosessissa B terapeutit taas toivat esille perusteita Sarin syyllisyydentunteille ja vahvistivat niitä entisestään vedotessaan Sarin velvollisuudentuntoon hänen syrjähypystä aiheutuneita seurauksia käsiteltäessä. Terapeuttien omat näkemykset ja moraalikäsitelmät olivat voimakkaasti läsnä ja alkoivat lopulta ohjata keskustelua sekä aiheuttaa allianssikatkoksia. Yritykset löytää tilanteeseen vaikuttavia käytännön toimenpiteitä olivat myös keskeisellä sijalla terapeuttien tekemissä aloitteissa.

Seuraavassa ensimmäiseen terapiaistuntoon sijoittuvassa keskustelussa välittyi Seijan kuvaus tilanteesta, jossa hän ei pystynyt huolehtimaan arkielämän rutiineista kotona siten kuin olisi halunnut ja koki tuottavansa töistä palaavalle Ristolle pettymyksen olemalla päihtyneenä kotioiloissa.

A/1/729-749

729 Seija: mutta se että...ja on me puhuttu että...Risto sanoo että ei se nyt kauheen kivalle tunnu ku hän tulee töistä...niin toinen on siellä...ottanu jo ja...

730 T2: hmm.

731 Seija: ja ja...et kyllähän mä morkkista tunnen sitten siitä.

732 T1: (nyökyttelee) hmm.

- 733 Seija: ja Risto on sanonu et sä oot aikuinen ihminen että...et et...et kyllä su pitää osata ite tehdä päätöksiä.
- 734 T2: hmm.
- 735 Seija: ja omasta itestä se on niinku lähettävä.
- 736 T1: (nyökyttelee) hmm...niin.
- 737 Seija: (päälle) että...että...mun mä sanon että hän on kiltti...että...en mä tiedä sitten että vahvempaa otetta vai...mut hän on sanonu että kun...ei hän voi mua muuttaa.
- [rivejä poistettu]
- 743 Seija: mut...loukkaantuu ja...tietysti mulla on paha mieli siitä ja...et kyllä minä syyllisyyttä tunnen siitä.
- 744 T1: (nyökyttelee) hmm...no no
- 745 T2: (puheesta ei saa selvää)
- 746 T1: mikä sun oma kokemus on siitä...sitten...siitä että et onko sun mahdollista niinku jotenki rajata sitä tai lopettaa se alkoholin käyttö että...kun tossa juteltiin...jotenkin niinkun ymmärsin että vähän niinkun olit ikään kuin toivomassa että Risto sun puolesta sitä rajoittais (hymähtää).
- 747 Seija: en mä nyt sitä tarkota että hänen pitäis niinku sitä...rajottaa että kyllähän se nyt pitää ite se päätös tehdä ja
- 748 T1: hmm ja niin ja kun sen nyt voi ihan sanoo että se ei oo kyllä mahdollista...että sitä
- 749 Seija: niin että toinen.

Seijan ulkoohjautuvuus näkyi hänen pohtiessaan kaipaisiko hän puolisoiltaan ehkä ”vahvempaa otetta”. Terapeutti tarttui tähän ja esitti kysymyksen, joka suuntasi Seijaa tarkastelemaan omaa pystyvyyttään alkoholinkäytön rajoittamisen suhteen: ”Ymmärsin että vähän niinkun olit ikään kuin toivomassa että Risto sun puolesta sitä rajoittais.” Tämä siirto sai Seijan ajattelemaan omaa vastuutaan tilanteesta sekä painottamaan, että päätös alkoholinkäytön vähentämisestä lähtee hänestä itsestään. Seijalta ei kuitenkaan odotettu selkeää, suljettua ongelmanmäärittelyä, vaan hän sai kuvata rauhassa sisäistä konfliktiaan itsenäisyyden ja riippuvuuden välillä. Hänellä oli mahdollisuus käsitellä avoimesti tuntemusta, että olisi helpompaa jos joku toinen ohjaisi hänen toimintaansa.

Terapeuttien tyyli ottaa asioita käsittelyyn pohjautui erilaisten vaihtoehtojen ja uusien näkökulmien avaamiseen yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Seijan alkoholinkäytöstä ja sen vaikutuksista keskusteltiin avoimen realistisesti Seijan omaa näkemystä kuunnellen, mutta samalla hänen esille tuomiinsa näkökulmiin pureuduttiin valikoiden. Itsesyytöksiin suhtauduttiin neutraalisti ja niihin tarttumisen sijaan terapeutit keskittyivät poimimaan Seijan puheesta hänen minäpystyvyyttään aktivoivia positiivisia merkityksiä.

Valmiiden ja ehdottomien tulkintojen esittämisen sijaan terapeutit varmistivat asiakkailta itseltään kuinka he hahmottivat tilanteensa sekä tarkistivat ajoittain olivatko ymmärtäneet oikein asiakkaiden näkemyksiä. Neljännessä tapaamisessa Seija kertoi useaan otteeseen kärsivänsä edelleen syyllisyydestä, sillä hän arvioi aiheuttaneensa liiallisella alkoholinkäytöllä itselleen

fyysisiä vaurioita. Terapeutit ohjasivat keskustelua pois syyllisyydestä, mutta ohessa kommentoivat Seijan omaa ilmaisua osoittaen myötätuntoa sen tunnesisältöä kohtaan. Tällä tapaa toimimalla syyllisyydentuntoja ei vahvistettu tai niille etsitty aiheellisuutta, mutta tuntemukset kuultiin ja niihin reagoitiin neutraalin reflektion kautta.

A/4/418-452

418 T2: niinku olik se viimekerralla vai toissakerralla tais olla mietittiin sitä tai mietit sitä että...että muuttamalla omaa käyttäytymistä voisit vaikuttaa parisuhteeseenki.

419 Seija: hmm

420 T2: joo

421 Seija: on se vaan meni niinku pahemmaksi nyt sitte vielä kun mä olin sairaslomalla sitte...niinku kesällä ja ei tarvinnu niinku ajatella sitä töihin mennoo sitte ja...et kyllä tällä on joku tarkoitus ollu niinku tällä...tällä tapahtuneella.

422 T1: hmm

423 Seija: jotenki ja ja vielä minä sitä...(huokaa)...niinku ajattelen sitä ku se tuli se (puhuu omasta vakavasta päihteiden käyttöön liittyvästä sairaudestaan) niin minä...vaikka mulle on sanottu et se aikasempi ej oo vaikuttanu...niin minä on si ite mietin että se on...kuitenki saattanu edesauttaa että siihen että se tuli se (sairaus).

[rivejä poistettu]

434 Seija: mut että kyllähän mulla niinku semmonen vahva syyllisyys on siitä.

435 T2: sillä tavalla niinku tunneasia on eri kun tää järkiselitys.

436 Seija: hmm

437 T2: tai miten sä koet?

438 Seija: (päälle) niin

439 T2: (puheesta ei saa selvää)

440 Seija: hmm...että tota...et kyllä tässä sen (liikuttuu)...mut mä e en tiä mikä se on sitte että...eh ei lääkärit ei tiijä tarkalleen minun alkoholin käyttöä eikä kukkaan muu kun minä ite vaan että...

441 T2: mmh

442 Seija: minkä verran mä oon käyttäny ja ja minä tiijän että se on ollu riskirajoilla...että oon mä näitä testejä tehny sen verran

[rivejä poistettu]

450 T1: niin että arvelet että sulla se on sitä luokkaa olluki se

451 Seija: arvelen ja tiedän.

452 T1: joo

Terapeutti suuntasi välittömästi huomion Seijan omaan toimintaan tilanteen korjaamiseksi muistelemalla tämän todenneen voivansa vaikuttaa itse omaan käyttäytymiseensä: ”(...) mietittiin sitä tai mietit sitä että...että muuttamalla omaa käyttäytymistä voisit vaikuttaa parisuhteeseenki.”

Terapeutti korjasi myös kesken lauseen sanavalintansa: ”mietittiin sitä tai mietit sitä”, millä hän korosti entisestään Seijan itseohjautuvuutta.

Seijan fyysiset vaivat, masennus ja siihen yhteydessä oleva alkoholiongelma olivat vaikuttaneet myös hänen työkykynsä ja aiheuttaneet vaikeita tilanteita työpaikalla. Useiden poissaolojen sekä alkoholinkäyttöepäilyn takia Seija oli joutunut esimiehensä taholta epäoikeudenmukaisesti kohdelluksi ja päättänyt ilmoittamaan tilanteesta eteenpäin. Tähän liittyen Seija oli kärsinyt ”vahvasta syyllisyydestä” ja epäillyt ajoittain oman näkemyksensä realistisuutta. Terapeutit antoivat Seijalle paljon tukea tilanteen selvittämiseen ja hänen syyllisyyttään hälvennettiin hyvin aktiivisesti.

A/6/651-671

- 651 T2: nii ja ei kannata pehmitellä tuollaista käyttäytymistä että jotenki niinku pyydellä anteeksi toisaalta siis vaikka se onki
- 652 Seija: (päälle) joo
- 653 T2: vaikea tilanne ja  
[rivejä poistettu]
- 658 Seija: oma tietysti että onko minun käytös nyt sitte
- 659 T2: hmm mh
- 660 Seija: mut ku mä oon kuitenkin ollu hänelle omasta mielestäni rehellinen ja suora et et en oo peitelty asioita mutta enhän minä mene esimiehelle sanomaan että minun alkoholinkäyttö on lisääntynyt
- 661 T1: nih (naurahtaa)...niin eihän se nyt
- 662 Seija: (päälle) sen mä oon pettäny
- 663 Risto: (naurahtaa)
- 664 T1: eikä se nyt kuulukaan että
- 665 T2: (naurahtaa)
- 666 Seija: ja siitähän huolimatta mulla ei oo poissaoloja ollu ja mä oon tehny työn sielä [tekstiä poistettu]  
[rivejä poistettu]
- 669 T2: (päälle) ja tuo minusta on just tällstä ahdistelua ja työpaikkakiusaamista
- 670 Risto: (päälle) hmm
- 671 T2: tuo esimiehen toiminta

Prosessissa B Sarin kokemus omasta vaikutuksestaan syyllisyyttä aiheuttavaan tilanteeseen oli alussa voimakkaampi, kuin prosessin A Seijalla ja hän käsitteli tilannetta itseohjautuvuutensa säilyttäen. Sari kertoi kokevansa seksuaalisten ongelmien vuoksi paineita, kyvyttömyyden- ja syyllisyydentunteita, mutta pohti kaiken olevan ”omasta pääkopasta kiinni”. Sarin positio

syllisyydentuntoisena puolisona säilyi lähes koko prosessin ajan muuttumattomana, kuten myös terapeuttien vuorovaikutustyyli syrjähyypyn seurauksista keskusteltaessa. Keskusteluissa tapahtui kärjistymistä ja vuorovaikutuksen kapeutumista, mikä aiheutti turhautumista niin terapeuteissa kuin asiakkaissakin.

B/14/106-111

- 106 T1: onko se mikä pyörittää tai pitää lukossa tätä teidän suhdetta, et sä et edes rohkene pyytää tai sä oot pyytäny anteeks, mut sä et edes rohkene toivoo, että saisit. onko ne semmosia ylläpitää tätä sun masennusta ja tätä olotilaa, tätä jumitilaa ylläpitäviä...yks ylläpitävä asia tai jotenki...liittyys se siihen
- 107 Sari: mahdollisesti, mahdollisesti mutta tota
- 108 T1: kun (sehän nyt) kauheeta, jos pyytelee anteeks jos ei saa. et uskalla toivoo tai (yhtäkkiä) oo edes ansainnu toisen anteeksantoo tai näin että, et sitä sun syntiä ei vois mitenkään sovittaa. se on aika hirvee tilanne
- 109 Sari: no...en ehkä Mikan kanssa pystys...niinkun, koska mä koen Mikan kohdalla tehneeni kaikkein eniten vääryyttä. seuraavaks tulee mun oma [puhuu itselleen tärkeästä läheisestä] ja ei muita semmosia ihmisiä ookaan maailmas ken...kenelle mä koen tehneeni niinku vääryyttä sillä tavalla
- 110 T1: On se [tekstiä poistettu tunnistettavuuden takia, terapeutti puhuu syrjähyypyn seurauksista] tietysti tässä se... (ulkopuolinen työntekijä tulee huoneeseen hakemaan jotain.) Meillon täällä istunto kesken. [tekstiä poistettu] ...josta te ootte kuitenkin yhdessä vastuussa, että on tässä aika monta ihmistä kuitenkin siinä samassa sopassa, vaikka se ilmeisesti oo pärjännykkään se niinku se...ettei se yksin oo viallinen sekään siihen se mieskään (M mmm) teon seuraukseen (Sari: niin niin) [tekstiä poistettu]
- 111 Sari: joo

Terapeutti välitti kannanotoillaan kahtalaisia näkemyksiä. Ensin hän tähdensi, että Sarin syyllisyydestä olisi päästävä eroon, sillä se näytti pitävän pariskunnan tilannetta jumissa. Heti perään terapeutti kuitenkin ilmaisi, että Sari oli tilanteessa yhtä ”viallinen”, kuin mies jonka kanssa hän oli Mikaa pettänyt ja muistutti Saria syrjähyypystä aiheutuneista seurauksista. Terapeutin näkökulmaan sisältyi viesti, jonka mukaan Sari ei ollut ottanut tarpeeksi vastuuta muille osapuolille aiheuttamastaan vahingosta. Sari itse painotti kokevansa tehneensä vääryyttä ainoastaan Mikaa ja toista tärkeää läheistään kohtaan. Terapeuttien arvio nousi keskeiseksi tilannetta määriteltäessä ja asetti Sarille lisää syitä tuntea syyllisyyttä. Uusien merkitysten rakentuminen tapahtui negatiivissävyysesti.

Terapeuttien tapa tuoda esille omia näkemyksiään teki keskustelusta myös niin arvolutautunutta, että uusien näkökulmien avaamiselle sekä Sarin oman kokemuksen ja pariskunnan tilanteen neutraalimmalle erittelylle jäi vain vähän tilaa. Tästä aiheutui paljon allianssikatkoksia. Viimeisellä tapaamiskerralla terapeuttien omat arvot ja ihanteet välittyivät asiakkaille yhä intensiivisemmin.



- 139 T1: mut jos sä haluaisit, jos sä jotenkin voisit tulla sinuks sun oman elämäs kanssa (Sari: mmm) näin. on Mika, Jari (mies jonka kanssa Sari on pettänyt Mikaa) ja [tekstiä poistettu] ja ja Mika on sun tätä elämää, kun sä voisit pitää niinkun hyvän suhteen, jos sä jotakin vähän tekisit sen eteen. Jari on ex, sitä ei tartte kauheesti ajatella eikä miettiä ei hyvänä eikä pahana, se on ollut ja mennyttä, sitten ton...kauas siiton aikaa, kun sä oot viimeks sen nähny. aika kauan ilmeisesti.
- 140 Sari: mmm silloin (puheesta ei saa selvää)
- 141 T2: [tekstiä poistettu]...sullon monta roolii niinkun ihmisillä yleensä on, mutkun sä kiellät jonkun roolin, jonkun todellisuuden sun omasta elämästä niin mä luulen, et se on yks tämmönen ihan suoraan sanottuna sun masennusta ylläpitävä asia. et et...en tiedä pelkäätsä niin paljon, että tota että Mika jättää sut, jos sä oisitkin ihan oikeesti oma ittes ja ja näissä rooleissa toimitis niinkun edellytetään, et miten aikuinen nainen toimii todellisuudessa. mä luulen, että jos sä oisit niin rohkee, että sä esimerkiks et okei mä oon myöskin [tekstiä poistettu] ja mun täytyy hoitaa ne velvollisuudet, vaikka mä en halunnukaan [tekstiä poistettu], se on asia ihan erikseen, mutkun tuli tämmönen tilanne, niin sä hoidat oman leiviskäsi niin kuin se pitää hoitaa. sano siihen Mika mitä hyvänsä. mä luulen, et ennen pitkää voisit saaha Mikan kunnioituksen sillä. [tekstiä poistettu]
- 142 Sari: no mullon, mä luulen vaan mä uskon itseni, että vaikka mä saisin kuinka Mikan hyväksymään sen, mä uskon että mä taistelisin tämän hetken mun periaatteitani niin voimakkaasti vastaan.
- 143 T1: mikä on se mitä vastaan sä taistelisit mikä on se taistelu?
- 144 Mika: mä en halua olla sinne päin missään tekemisissä
- 145 T1: no oo olematta, mutta se että sä oot kuitenkin todellisuudessa, sä oot [tekstiä poistettu]. se on yks sun todellisuutta
- 146 Sari: valitettavasti mä tiedän sen
- 147 T1: mmm, mut sä taistelet sitä vastaan
- 148 Sari: emmä, emmä sitä vastaan, kyl mun järki sen sanoo, et emmä sitä vastaan voi mitenkään taistella [tekstiä poistettu]  
[rivejä poistettu]
- 151 T1: [tekstiä poistettu] sä oot aikuinen ihminen, silloin sä tiesit mitä siitä seuraa. että nää on niitä todellisuuksia, mitä on ehkä vähän vaikee hyväksyä. niin siinä vaan käy, niin voi käydä kun [tekstiä poistettu] elikkä nää on niitä elämän realiteetteja ja todellisuuksia ja pystyykö joka nurkkaa huoneessa kattomaan. niin se on sitten semmonen asia, että miten tota

Terapeutit pyrkivät hyödyntämään Sarin syyllisyyttä ja velvollisuudentuntoa hänen motivoimiseensa. Tämä tapahtui käyttämällä runsaasti ilmauksia, jotka viittasivat siihen, ettei Sari ollut toistaiseksi yrittänyt tarpeeksi ja toiminut, kuten aikuisen ihmisen oletetaan toimivan: ”kun sä voisit pitää niinkun hyvän suhteen, jos sä jotakin vähän tekisit sen eteen”, ”jos sä oisitkin ihan oikeesti oma ittes ja ja näissä rooleissa toimitis niinkun edellytetään, et miten aikuinen nainen toimii todellisuudessa”, ”jos sä oisit niin rohkee”, ”niin sä hoidat oman leiviskäsi niin kuin se pitää hoitaa.”

Terapeuttien puheessa ilmeni paljon joko tai -asettelua ja useiden erilaisten ja hyväksyttävien toimintamallien sijaan terapeutit ehdottivat vain yhtä ratkaisua, joka oli täysin ristiriidassa Sarin

omien periaatteiden kanssa. Sarin ilmaistessa tämän hyvin selkeästi: ”mä en halua olla sinne päin missään tekemisissä”, mitätöi toinen terapeuteista hänen näkemyksensä merkityksen vastaamalla: ”no oo olematta.” Puheessa oli myös valistava sävy, joka asetti Sarin asemaan, jossa hänen olisi nöyryyttävä ja korjattava toimintaansa terapeuttien oletusten mukaiseksi ansaitakseen kunnioituksen. Kunnioituksen aikuisena ihmisenä, joka toimii virheen tehtyään niinkuin pitää: ”...sä oot aikuinen ihminen, silloin sä tiesit mitä siitä seuraa.” Toimivaan terapeuttiseen allianssiin sisältyvän keskinäisen kunnioituksen ylläpitäminen jäi keskustelun arvolatautuneen sävyn peittoon ja vaikeutti Sarin syyllisyydentunteiden rakentavaa käsittelemistä.

Seuraavaan taulukkoon on koostettu vielä yhteenvedoksi prosessien A ja B edellä läpikäytyjen kolmen keskeisen kategorian ja niihin liittyvän ydinkategorian kautta hahmottuneita eroja, jotka liittyvät pariskuntien lähtökohtiin, terapeuttien ominaisuuksiin, toimintamalleihin ja vuorovaikutustyyliin.

Taulukko 2. Keskeiset erot prosessien A ja B välillä

	Prosessi A (onnistunut hoitotulos)	Prosessi B (heikko hoitotulos)
Ongelman painopisteet	Seijan masennus, alkoholiongelma ja fyysiset vaivat sekä Seijaan kohdistunut työpaikkakiusaaminen	Sarin masennus, fyysiset vaivat ja Sarin tekemän syrjähyypyn seuraukset, parisuhdeongelma, Mikan väsymys ja masennus
Asiakkaiden parisuhteen tila	Ei parisuhdeongelmaa, luottamus parisuhteeseen vakaa.	Parisuhteessa ongelmia. Luottamus parisuhteeseen epävakaa.
Ongelmanmäärittelyn avoimuus	Ongelmanmäärittely avointa, neuvottelevaa ja asiakaslähtöistä.	Ongelmanmäärittely kapea-alaista, ongelmakenttää rajaavaa ja terapeuttilähtöistä.
Ongelman eri painopisteisiin keskittyminen	Tasapuolista, ei terapeuttien taholta määriteltyä tärkeysjärjestystä.	Yhteen painopisteeseen keskittyvää, ongelmien tärkeysjärjestys määritelty terapeuttien taholta.
Muutospuhe	Myönteistä, positiiviseen muutokseen keskittyvää.	Kielteistä, parisuhdeongelman kehittymiseen keskittyvää.
Pariskunnan osapuolten hoitomotivaatio ja –myöntövyys	Hoitomomyöntövyys terapiaprosessin alusta loppuun hyvä, joskin alkuvaiheessa hoitoa Seijalla myös passiivisuutta ja uhriksi asettautumista. Puolisoiden motiivit	Katkoksia hoitomyöntövyudessa, erityisesti Sarin kohdalla. Myös yksilöterapiasta luopumiseen liittyvää ambivalenssia. Puolisoiden välillä selkeitä eroja hoitoon osallistumisen

	osallistua hoitoon yhteneväiset.	motiiveissa.
Terapeuttien vuorovaikutustyyli	Vuorovaikutus myönteissävytteistä, myötätuntoista, kunnioittavaa. Keskittyminen asiakkaiden puheeseen.	Vuorovaikutus ajoittain negatiivista, reaktiivista, tyyliään psykoedukatiivista. Toisella terapeuteista runsaasti pitkiä, omiin näkemyksiin perustuvia puheenvuoroja.
Auttavat olosuhteet (terapeuttien välittämä empatia, lämminhenkisyys ja yhdenmukaisuus)	Empaattinen, lämminhenkinen ja yhdenmukainen sävy keskusteluissa.	Keskusteluissa ajoittain empatiaa, lämminhenkisyttä ja yhdenmukaisuutta, mutta näiden osoittaminen jakautunut epätasaisesti puolisoitten kesken Mikan hyväksi.
1. Allianssin osa-alue: yhteisymmärrys tavoitteista	Neuvottelu tavoitteista avointa, monipuolista, asiakkaiden tarpeita painottavaa ja selkeää	Tavoitteet epäselviä asiakkaille ja tavoitteiden suuntaaminen terapeuttilähtöistä, kapea-alaista.
2. Allianssin osa-alue: tehtävien määrittely	Asiakaslähtöistä, mutta terapeuttien tukemaa. Tehtävien välillä ei tärkeysjärjestystä.	Terapeuttilähtöistä, kapea-alaista ja ongelmakenttää rajaavaa.
3. Allianssin osa-alue: siteen muodostaminen ja ylläpitäminen	Siteen muodostaminen sekä ylläpitäminen luontevaa ja tasaista.	Alussa siteen muodostaminen onnistuu. Jatkossa paljon allianssikatkoksia erityisesti suhteessa Sariin. Katkokset jäävät korjaamatta ja käsittelemättä perusteellisesti.
Allianssin tasapainoisuus	Tasapainoinen allianssi.	Epätasapainoinen, jakautunut allianssi. Sarin ja terapeuttien välinen allianssi ajoittain heikompi, kuin Mikan vastaava.
Terapeuttien lähestymistavan jäsentyneisyys ja tarkoituksenmukaisuus	Työskentely tasaista, selkeästi jäsentynyttä, tarkoituksenmukaista ja varmaa.	Työskentely ajoittain epäjärjestelmällistä, ailahtelevaa ja tarkoitukseltaan epäselvää.
Terapian puhtaus eli keskittyminen tiettyyn suuntaukseen	Linjaus selkeä ja systemaattinen.	Paljon erilaisten taktiikoiden kokeilua, nopeaa ja äkkinäistä vaihtelua menetelmien käytön osalta.
Terapeuteista lähtevien tulkintojen käyttäminen keskusteluissa	Tulkinnat avoimia ja asiakkaiden kautta rakentuneita. Käyttö säästeliästä.	Paljon terapeuttilähtöisiä, ehdottomia tulkintoja. Käyttö runsasta.

Asiakkaiden edistymisestä saatavan palautteen hyödyntäminen	Palaute positiivista ja edistymistä viestivää. Terapeutit jatkavat samalla työskentelytavalla terapiaprosessin alusta loppuun.	Paljon sekä positiivista että negatiivista palautetta. Jälkimmäistä ei hyödynnetä.
Narratiivisten prosessityyppien ilmeneminen	Paljon yhteisiä refleksiivisiä prosessijaksoja, joiden sisältö myönteinen.	Paljon yhteisiä refleksiivisiä prosessijaksoja, mutta terapeuteilla myös äkkinäistä refleksiivisestä eksternaaliseen prosessityyppiin siirtymistä kesken asiakkaan pohdinnan. Terapeuttien puheessa runsaasti kielteissävytteisiä refleksiivisiä jaksoja.

## 4. POHDINTA

Tämän pro gradu -tutkielman keskeisenä päämääränä oli tarkastella minkälaiset työskentely- ja vuorovaikutustyyli olivat ominaisia onnistuneeseen ja minkälaiset heikkoon hoitotulokseen johtaneen masennuksen pariterapiaprosessin terapeuteille. Havainnoinnin kohteena olivat myös edellämainittujen tekijöiden vaikutukset terapeutin allianssiin ja terapiaprosessin kulkuun. Vuorovaikutuksen arviointi tapahtui aineistolähtöisen analyysin sekä narratiivisten prosessimoodien näkökulmasta.

### 4.1. Terapeuttien toimintamallien keskeiset erot prosessien välillä

On todettu että terapeutin vuorovaikutus- ja työskentelytyyli voivat vaikuttaa terapian lopputulokseen merkittävästi juuri terapeutin allianssin kautta (Bryant 1995; Hilsenroth, Peters & Ackerman 2004), joten tässä tutkimuksessa keskeisenä tarkastelun kohteena oli terapeutin toiminnan linkittyminen terapeutin allianssiin rakentumiseen ja ylläpitämiseen. Aineistolähtöisen analyysin avulla kummastakin terapiaprosessista löytyi kolme keskeistä kategoriaa: ”kausaalisuhteet ja ongelmanmäärittely”, ”suhde aikaan” ja ”syyllisyys”, joihin syventyminen

paljasti terapeuttiparien toimintamalleissa olennaisia eroja. Näillä eroilla voidaan katsoa olevan yhteyksiä terapiaprosessien etenemiseen ja terapeuttisen allianssin ylläpitämiseen. Seuraavassa kummankin terapiaprosessin toteutumista on arvioitu suhteessa edellämainittuihin kolmeen kategoriaan sekä asiakas/terapeuttilähtöisyyteen, joka osoittautui analyysin edetessä terapiaprosesseissa havaittuja keskeisiä ilmiöitä yhdistäväksi ja prosessien erilaista toteutumista selittäväksi ydinkategoriaksi.

Onnistuneen terapiaprosessin A terapeuttien työskentelytapa oli hyvin jäsentynyt, empaattinen ja kohtelias. Suhde aikaan oli rauhallinen ja terapiaistunnoissa vallisti kiireetön tunnelma. Keskustelujen fokus oli muutokseen liittyvien myönteisten merkitysten rakentamisessa, nykyhetken mahdollisuuksien huomaamisessa ja masentuneen Seijan oman toimijuuden hienovaraisessa aktivoimisessa. Mikäli pariskunta ei ollut valmis käsittelemään jotain aihetta, havaitsivat terapeutit tämän herkästi ja kunnioittivat asiakkaidensa rajoja. Myös uusien näkökulmien avaaminen tapahtui yhteistyössä asiakkaiden kanssa heidän oman pohdintansa kautta. Lukkoonlyötyjä, terapeuttilähtöisiä tulkintoja ongelmista tai niiden välisistä kausaalisuhteista ei esitetty, joskin Seijan kuvaillessa syyllisyydentunteitaan ja niihin liittyviä arkielämän tilanteita toimivat terapeutit aktiivisemmin korostamalla tekijöitä, joiden valossa Seija voisi arvioida uudelleen oliko syyllisyyteen aihetta. Terapeuttien toiminnalle oli myös ominaista, että he välttivät itse pitkiä puheenvuoroja ja keskittyivät asiakkaidensa kuuntelemiseen. Kumpaakin parisuhteen osapuolta huomioitiin tasapuolisesti, terapeuttinen allianssi oli tasapainossa eikä allianssikatkoksia juurikaan ilmennyt.

Heikkoon hoitotulokseen johtaneen prosessin B terapeutit työskentelivät erilaisia menetelmiä ja taktiikoita vaihdellen, mikä antoi terapeuttien toiminnasta ajoittain epäjärjestelmällisen vaikutelman ja aiheutti asiakkaissa hämmennystä. Terapeuttien puheen sävy oli paikoitellen psykoedukatiivinen ja pariskunnan ongelmiin haettiin nopeita käytännön ratkaisuja niihin liittyvien tunnesisältöjen käsittelemisen jäädessä vähemmälle. Parisuhteen ja masennuksen välisiä syy-seuraussuhteita hahmoteltiin myös lähinnä niiden kielteisiä merkityksiä painottaen. Muutospuhe oli negatiivissävyistä, terapeutit keskittyivät kartoittamaan kuinka ongelmat olivat kehittyneet ja mikä niitä piti edelleen yllä. Ongelmakentän rajaaminen tapahtui siis terapeuttilähtöisesti ja yhteen painopisteeseen eli parisuhdeongelmaan keskittyen siitäkin huolimatta, että pariskunta esitti useita erilaisia tulkintoja tilanteestaan.

Terapeuteilla esiintyi runsaasti pitkiä puheenvuoroja sekä voimakkaita mielipiteitä, jotka veivät huomiota asiakkaiden omilta näkemyksiltä. Vuorovaikutus oli hetkittäin reaktiivista ja

lukuisia korjaamatta jääneitä allianssikatkoksia oli havaittavissa. Esimerkiksi Sarin kokemaa syyllisyydentunnetta ei onnistuttu käsittelemään ilman konfliktitilanteita, joihin johtivat terapeuttien suorasanaiset tulkinnat syyllisyyttä aiheuttaneista tapahtumista. Allianssi oli myös epätasapainossa, sillä terapeuttien tarjoaman empatian määrä jakautui epätasaisesti puolisoiden välillä Mikan eduksi. Loppua kohden Sari ilmaisi enenevässä määrin tyytymättömyyttä terapeuttien toimintaa ja terapian etenemistä kohtaan.

Jokaisen tutkimusaineistosta nousseen kategorian kohdalla ilmeni siis paljon prosessien välisiä eroja siinä, kuinka asiakaslähtöisesti terapian päämääriä, tehtäviä ja asiakkaiden tilannetta käsiteltiin sekä näihin liittyviä tulkintoja rakennettiin. Teemoja yhdistäväksi ja terapeuttiparien toiminnan keskeisiä eroja kuvaavaksi ydinkategoriaksi valikoitui tästä johtuen asiakas/terapeuttilähtöisyys, jonka toteutuminen osoittautui terapiaprosessien edistymisen ja terapeutin allianssin kannalta olennaiseksi tekijäksi. Prosessissa A terapeuttien asiakaslähtöisyyttä painottava toiminta edesauttoi Seijan itseohjautuvuuden aktivoimista, asiakkaista lähtevien muutosten ja uusien merkitysten rakentumista sekä mahdollisti terapian jokaiselle osallistujalle yhteisten terapeuttien päämäärien muotoutumisen. Prosessissa B terapeutin työskentely tapahtui sen sijaan hyvin terapeuttilähtöisesti, mikä häiritsi toimivan ja tasapainoisen allianssin ylläpitämistä ja asiakkaiden oman merkitystyön sekä yhdessä neuvoteltujen päämäärien rakentumista.

Erityisesti terapeuttien tapa ohjata syyllisyydentunteiden ja niitä aiheuttaneiden syiden käsittelemistä heijastui terapeutin allianssiin keskinäisen luottamuksen ja hyväksynnän (Lambert ja Barley 2001) toteutumisen kautta. Prosessin A Seijalle syyllisyyttä aiheuttaneeseen alkoholiongelmaan liittyvät kommentit olivat terapeuttien taholta neutraaleja ja mahdollistivat keskittymisen myönteiseen muutosorientaatioon. Prosessin B terapeuttien esittämät arvolatauksia sisältävät näkemykset Sarin syrjähyypyn seurauksista taas johtivat terapiakeskustelun usein tilanteeseen, joka täytti allianssikatkoksen tunnusmerkit.

Allianssikatkokset ovat luonnollinen osa terapiaprosessia (Ackerman & Hilsenroth 2001), joten toimivan terapiasuhteen säilyttämiseksi terapeutin ja asiakkaan täytyy jatkuvasti ylläpitää ja palauttaa terapeutista allianssia (Bryant 1995). Selkeiden allianssikatkokosten esiintyessä prosessin B terapeuteille oli kuitenkin ominaista, että he vetosivat pariskunnan tilanteen haasteellisuuteen tai kehottivat Saria ottamaan itse vastuuta toimintansa seurauksista, jolloin terapiasuhteen tilan, terapeutin oman toiminnan ja allianssikatkokosten rakentava tarkasteleminen jäi pintapuoliseksi. Ackerman ja Hilsenroth (2001) esittävät, että ratkaisematta jääneet katkokset saattavat aiheuttaa

pahimmillaan jopa koko hoitoprosessin epäonnistumisen.

Terapeuttiparien vuorovaikutustyyleistä löytyi eroja myös kartoitettaessa narratiivisten prosessityyppien esiintymistä terapiakeskusteluissa. Laitila, Aaltonen, Wahlström ja Angus (2001) ovat havainneet, että onnistunutta terapeutista vuorovaikutusta ilmentävät keskustelukatkelmat, joiden aikana esiintyy yhteisiä refleksiivisiä prosessijaksoja, joita sekä terapeutit, että asiakkaat voivat tuoda keskusteluun. Sekä prosessin A että prosessin B keskusteluista löytyi runsaasti refleksiivisiä puheenvuoroja, joiden aikana käsiteltiin yhteistoiminnallisesti asiakkaiden tilannetta ja etenemistä terapiassa. Prosessin B istunnoissa esiintyi kuitenkin myös runsaasti sellaisia puhekatkelmia, joissa terapeutit ja asiakkaat käsitelivät keskustelunaiheita eri prosessimooeissa tai terapeutti vaihtoi puhuessaan yhtäkkiä refleksiivisestä moodista eksternaaliseen. Tällainen toimintatyyli aiheutti katkoksia keskustelun luontevaan etenemiseen ja haittasi asiakaslähtöisyyden toteutumista. Syntyi vaikutelma, että prosessimoodien äkkinäisestä vaihdoksesta aiheutuvien katkosten ilmaantuessa asiakkaiden oman tunnekokemuksen tai tilanteeseen liittyvän tulkinnan käsitteleminen jäi kesken.

Eroja oli havaittavissa myös siltä osin millainen sävy terapeuttien esittämiin refleksiivisiin puheenvuoroihin sisältyi. Prosessin A terapeuttien refleksiiviset toteamukset ja kysymykset suuntasivat keskustelua pariskunnan voimavaroihin ja onnistumisiin, kun taas prosessin B terapeuttien tulkinnoista välittyi kielteisempää suhtautumista pariskunnan tilanteeseen, jolloin myönteiden merkitystyö jäi vähemmälle. Keskustelu painottui terapian edetessä yhä enemmän refleksiivisiin tulkintoihin, joilla haettiin selitystä sille mikä asiakkaiden elämässä tai toiminnassa oli johtanut parisuhteen kriisiytymiseen ja mikä edelleen heikensi parisuhteen tilaa.

## **4.2. Pariterapian lähtökohtien haasteellisuuden pohdintaa**

Vaikeudet läheisissä ihmissuhteissa voivat ylläpitää depressiota ja heikentää hoidon tulosta (Halloran, 2000; Cronkite & Moos, 1995), mikä saattoi heijastua esimerkiksi Sarin masennuspistemäärien kehitykseen. Friedlanderin ym. (2010) mukaan parisuhdeongelmat vaikuttavat myös terapeutin allianssin rakentamiseen, sillä esimerkiksi pariskunnan heikentynyt luottamus parisuhteeseensa sekä parisuhteessa ilmenevät vaikeudet voivat ennustaa toimimattomampaa allianssia. Prosessin A pariskunnalla ei esiintynyt parisuhdeongelmaa tai

epäluottamusta parisuhteen kestävyteen, mikä loi hyvät edellytykset tasapainoisen allianssin kehittymiselle. Parisuhdeongelman puuttuminen mahdollisti myös hoidon painottamisen Seijan masennuksen käsittelemiseen.

Hoidon alkuvaiheen jälkeenkin olisi hyvä neuvotella pariskunnan kanssa terapian tavoitteista (Rautiainen & Seikkula, 2009), sillä masennuksen pariterapiaan tuleva pari saattaa tarvita voimakkaampaa keskittymistä joko masennuksen tai parisuhteen ongelmien hoitamiseen (Jones & Asen, 2000). Prosessissa B tämä ei toteutunut ja osapuolten välillä ilmeni jatkuvia epäselvyyksiä sen suhteen olisiko terapian tarkoituksena hoitaa parisuhdeongelmaa vai Sarin masennusta. Pariskunnan luottamus parisuhteensa tulevaisuuteen oli myös hyvin epävakaa pohjalla, mistä aiheutuneilla jännitteillä saattoi olla negatiivisia vaikutuksia terapian yhteisten päämäärien neuvottelemiseen ja tasapainoisen, toimivan allianssin ylläpitämiseen.

Pariterapia voi olla terapeutin allianssin osalta haasteellista myös siksi, että missä tahansa hoidon vaiheessa alliansseja on terapiaan osallistuvien määrästä johtuen useampia kuin yksilöterapiassa, allianssit ovat keskenään systeemisessä vuorovaikutuksessa ja allianssien välillä saattaa ilmetä epätasapainoa (Friedlander ym., 2010). Prosessissa B Sarin ja terapeutin välinen allianssi oli terapian loppua kohti heikompi, kuin Mikan ja terapeutin välinen eikä siinä ilmenneitä säröjä oltu saatu korjattua. Tämän valossa on huomionarvoista että Mikan masennus, joka oli hoidon alussa keskivaikea (BDI 22), lievittyi hoidon aikana kokonaan. Lisäksi hänen antamansa palaute oli terapian lopussa erittäin positiivista. Terapiaprosessi ei siis ollut epäonnistunut tästä näkökulmasta arvioituna, vaikka se ei täyttänytäkään alkuperäistä tarkoitustaan eli Sarin masennuksen hoitamista.

### **4.3. Tutkimusasetelman ja -menetelmien arviointia**

Asiakkaiden masennuspistemääriin suoraan vaikuttaneiden tekijöiden esittelemisen sijaan tämän tutkimuksen keskeisimmät tulokset havainnollistavat onnistuneeseen ja heikkoon hoitotulokseen päätyneiden pariterapiaprosessien terapeutin toimintamalleissa ilmenneitä tekijöitä ja niiden vaikutuksia terapeutin allianssin ylläpitämiseen. Tekijöiden välisten suhteiden ja erityisesti niiden terapian etenemiseen kohdistuneiden vaikutusten hahmottaminen osoittautui tutkimuksen alkuvaiheessa erittäin haasteelliseksi, sillä kuten Stiles (1993) toteaa, ihmisten kokemukseen ja



käyttäytymiseen liittyvien ilmiöiden sisältämät kausaalisuhteet eivät ole lineaarisia, vaan niitä voisi luonnehtia kaoottisiksi. Istuntoihin osallistui kummassakin terapiaprosessissa neljä ihmistä, minkä takia terapiakeskustelut olivat yksilöterapiaa monitahoisempia ja niihin sisältyi enemmän muuttujia. Terapeuttien tekemien verbaalisten siirtojen, asiakkaiden tunneilmausten ja puolisoiden tilanteen välillä vallitsi monimutkainen vuorovaikutusten kehä ja keskeisten aiheiden käsittely sijaitsi aineistossa pirstaleisesti.

Pyrkimystä löytää aineistosta jäsentyneempiä teorioita tuki aineistolähtöisen analyysin malli muodostaa pienistä merkitysyksiköistä laajempia kategorioita (Elliot ym., 2001). Kategorioiden muodostamisen myötä toteutui myös laadullisen tutkimuksen keskeinen periaate, jonka mukaan laadullisen tutkimuksen avulla ei pyritä muodostamaan lainomaisia yleistyksiä, vaan teorioita jotka auttavat ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä siinä kontekstissa, jossa sitä on havainnoitu (Siles, 1993). Kategorioiden avulla tutkittavat tekijät ankkuroituivat hyvin juuri käsillä olevan aineiston ainutlaatuisen ympäristöön, niistä alkoi muodostua loogisia kokonaisuuksina, suhteet niiden välillä selkenivät ja niiden tarkastelu psykoterapiaan liittyvien käsitteiden näkökulmasta helpottui.

Tutkimusmenetelmänä hyödynnettiin aineistolähtöisen analyysin lisäksi myös NPCS:ää, jonka käyttö tuntui aluksi hyvin haastavalta, sillä se ei alkuperäisessä muodossaan toteutettuna toiminut aineiston jäsentelyssä optimaalisesti. Vaikutti siltä että NPCS:n ensimmäiseen vaiheeseen kuuluva aihealueiden määrittely yhtenäisten puhekatkelmien sisällä (Laitila ym., 2006) hävittäisi liikaa informaatiota terapiaprosessien keskeisistä teemoista, jotka ilmentyivät aineistossa paikoitellen pienempinä osina. Vasta otettaessa käyttöön ainoastaan narratiivisten prosessimoodien käsitteet ja jäseneltäessä niillä keskustelunäytteitä aineistolähtöisen analyysin tuottamien kategorioiden sisällä, osoittautui NPCS:n soveltaminen tarkoituksenmukaiseksi ratkaisuksi. Varsinkin terapeuttien ja asiakkaiden väliseen vuorovaikutukseen sisältyneiden sävyjen ja pienten olennaisten siirtojen analysoiminen tarkentui huomattavasti.

Tutkimusdatan redusointi ja keskeisten tulosten havainnollistaminen tapahtuu laadullisessa tutkimuksessa tyypillisesti yhteenvetojen ja tekstinäytteiden avulla (Stiles, 1993). Tämän tutkielman tulosten osoittamiseksi oli tärkeää valikoida näytteet sen perusteella, kuinka hyvin ne ilmentäisivät terapiassa tapahtuvaa vuorovaikutusta eritoten terapeuttien toiminnan suhteen. Prosessin B tuottama aineisto oli tältä osin hyvin monipuolista ja runsasta, minkä ansiosta tutkimuslöydöksiä selkeästi kuvaavien näytteiden löytäminen oli helppoa. Prosessin A kohdalla tilanne oli päinvastainen, sillä terapeuttien keskustelutapa oli maltillinen ja verkkainen. Terapeuttien toiminnan yleiset linjat hahmottuivat vasta pidemmällä aikavälillä, joten oli hankala löytää ytimekkäitä keskustelunäytteitä,

jotka kiteyttäisivät tutkittavista ilmiöistä jotain olennaista ja valottaisivat sitä myös muille. Tähän vaiheeseen liittyi myös suurin tutkimuseettinen ongelma – kuinka antaa rajallisella määrällä lyhyitä tekstinäytteitä oikea kuva terapiaprosessista, joka sisälsi niin paljon muutakin kuin tarkastelun kohteena olleita terapeuttien toiminnan epäkohtia tai onnistumisia? Vaikka esimerkiksi prosessin B tuottamasta aineistosta poimitut näytteet ilmentävät selkeästi terapeuttien vuorovaikutuksen luonnetta tutkimuskysymysten osalta, antavat ne prosessista kokonaisuutena yksipuolisen kuvan.

Tutkimuksen päätarkoituksena oli kuitenkin pureutua terapeuttien toiminnan eroihin tuloksellisuuskulmasta, joten saavutetut löydökset tarjoavat hyödyllistä tietoa terapeuttien työskentelytapojen välittömistä vaikutuksista terapiaistunnon kulkuun ja terapiaprosessin edistymiseen. Tulokset tukevat myös psykoterapian tuloksellisuustutkimusten tuottamaa näkemystä, jonka mukaan terapiaprosessin onnistumisen edistämiseksi terapeutin kannattaa vakiinnuttaa toimiva terapeutin allianssi, huolehtia työskentelynsä jäsentyneisyydestä ja tarkoituksenmukaisuudesta sekä rakentaa lämpöön, ystävällisyyteen, ymmärtämiseen ja hyväksyntään perustuva terapiasuhde (Bryant, 1995). Tutkimusasetelma voidaan nähdä siltä osin epätasapainoisena, että tutkituista pareista vain toisella oli ongelmia parisuhteessaan. Toisaalta se että tämän pariskunnan terapia päättyi heikkoon hoitulokseen todentaa muiden pariterapiatutkimusten havaintoja, joiden mukaan parisuhdeongelma näyttäisi asettavan erityisiä haasteita tasapainoisen allianssin ylläpitämiselle ja pariterapian onnistumiselle (Friedlander ym., 2010).

#### **4.4. Tulosten käytännön merkitys ja ehdotuksia jatkotutkimusta varten**

Pari- ja perheterapian piirissä työskentelevien terapeuttien mielipiteitä kartoitettaessa on selvinnyt, että terapeutit kaipaavat enemmän tutkimuskatsauksia tietynlaisista ongelmista ja ihmisryhmistä, sekä siitä mikä terapiatyössä ”toimii ja mikä ei toimi” (Sandberg, Johnson, Robila, & Miller, 2002). Lisäksi terapeuttien mielestä tutkimusten tuottama tieto olisi paremmin sovellettavissa kliiniseen työhön, jos se heijastaisi sitä mitä kentällä todella tapahtuu. Tämän pro gradu -tutkielman tuottamat tapausesimerkit sekä niihin liittyvät havainnot tarjoavat toivottavasti pariterapiatyötä tekeville tällaista käytännönläheistä hyödynnettävissä olevaa tietoa, joka auttaa tarkastelemaan omaa työskentelyotetta erityisesti terapeutin allianssin sekä masennuksen pariterapiaan liittyvien erityispiirteiden näkökulmasta. Seuraavat kymmenen tutkimuksen tuloksiin pohjautuvaa suositusta

voivat myös osaltaan tukea terapeutin tarkoituksenmukaisen toiminnan suuntaviivojen hahmottelemista.

1. Tarkkaile terapeuttisen allianssin laatua ja tasapainoisuutta:
  - Onko kaikilla osapuolilla yhteinen konsensus terapian päämääristä?
  - Ovatko asiakkaat sitoutuneet terapian tehtäviin?
  - Osoitatko pariskunnan kummallekin osapuolelle kunnioitusta ja luottamusta?
2. Käsittele allianssikatkokset ajoissa ja hyödynnä katkoksia terapiasuhteen syventämisessä keskustelemalla niistä avoimesti ja rakentavasti.
3. Pyri huomioimaan asiakkaidesi ongelmatilanne kokonaisuudessaan sellaisena, kuin he itse sitä kuvailevat. Anna tilanteen erilaisten painopisteiden kulkea mukana keskusteluissa.
4. Mikäli rakennat asiakkaidesi ongelmatilanteesta selitysmallin, pyri muotoilemaan se voimavarakeskeisesti. Pidä minäpystyvyyttä aktivoivat teoriat tärkeässä roolissa.
5. Tehdessäsi asiakkaita koskevia tulkintoja pyri tuomaan ne keskusteluun heidän oman pohdintansa kautta. Pidä tulkinnat avoimina asiakkaiden näkemyksille.
6. Säilytä keskusteluotteessasi myötätuntoinen ja kunnioittava sävy. Kuuntele asiakkaitasi keskittyneesti ja vältä itse mahdollisuuksien mukaan pitkien puheenvuorojen käyttämistä.
7. Siirry keskustelun aikana eksternaalisten kysymysten tai toimenpide-ehtotusten suuntaan rauhallisesti, jos asiakas puhuu refleksiivisessä tai internaalisessa moodissa. Liity ensin asiakkaan pohdintaan, jotta hänen ilmaisemansa tunnekokemus tulee huomioiduksi.
8. Pyri luomaan terapiaan kiireetön ilmapiiri asiakkaiden vaikeista ja paineita aiheuttavista ongelmista huolimatta.
9. Työskentele jäsentyneesti. Käytä tarkoituksenmukaisia toimenpiteitä ja pyri selventämään toimenpiteiden tarkoitus myös asiakkaillesi.
10. Käsiteltäessä arkaluontoisia tai asiakkaille syyllisyydentunteita aiheuttavia aiheita vältä voimakkaiden moraalisesti latautuneiden mielipiteiden ilmaisemista. Keskity enemmän siirtoihin, jotka aktivoivat hienovaraisesti kohti myönteistä muutosta.

Tämänkaltaisten tapaustutkimusten merkitys voidaan nähdä tärkeänä varsinkin psykoterapiaopetuksen sekä tietyn ongelman parissa työskentelevien psykoterapeuttien itseopiskelun kannalta. Kuten Flyvbjerg (2006) toteaa, on kontekstisidonnainen kokemus juuri erityisosaamisen ydintä. Matkalla aloittelijasta virtuoosiksi tarvitaan yleistyksiä

yksityiskohtaisemman tiedon omaksumista, joten jäsentynyttä, nyansseja sisältävää informaatiota kuvaileviin tapaustutkimuksiin perehtyminen voidaan liittää yhdeksi osaksi oppimisprosessia.

Jotta myös masennuksen pariterapian onnistunutta toteuttamista edistävää, spesifiä tietoa saataisiin edelleen lisää, olisi tärkeää tarkastella vieläkin yksityiskohtaisemmin terapeuttien toimintamallien ominaispiirteitä onnistuneissa ja heikkoon hoitotulokseen päättyneissä terapiaprosesseissa. Tällaisissa tutkimuksissa analyysin kohteeksi voitaisiin valikoida samojen terapeuttien onnistuneita ja heikompaan tulokseen johtaneita terapiaprosesseja, jotka olisi vakioitu myös hoidettavan pariskunnan suhdetilanteen osalta heti hoitoprosessin alussa. Tällä tavoin menettelemällä olisi mahdollista keskittyä hahmottelemaan tarkemmin juuri terapeuttien työskentelytapojen yhteyksiä terapiaprosessin onnistumiseen sekä tuottaa käytäntöön sovellettavaa tietoa niistä pariterapian osa-alueista, joihin terapeutin on omalla toiminnallaan mahdollista vaikuttaa.

## 5. LÄHTEET:

Achté, K., & Tamminen, T. (1998). *Psykiatrian käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001) A Review of Therapist Characteristics and Techniques Negatively Impacting The Therapeutic Alliance. *Psychotherapy*, 38, 2, 171-185.

Angus, L., & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, 35, 2, 190-203, Canadian Psychological Association, Canada.

Angus, L., Hardtke, K., & Levitt, H., (1996). Narrative processes coding system. *Coding assistance manual*. Department of Psychology, Faculty of Health, York University, Toronto, Ontario, Canada.

Angus, L., Hardtke, K., Pedersen, R., & Grant, J. (1991). Metaphor in Dynamic Therapy: A Dual Code Approach. *Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Lyon, France.

Basco, M. R., Prager, K. J., Pita, J. M., Tamir, L. M., & Stephens, J. J. (1992). Communication and intimacy in the marriages of depressed patients. *Journal of Family Psychology*, 6, 2, 184-194, American Psychological Association, US.

Beach, S. R. H., Katz, J., Sooyeon, K., & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2003, 20, 3, 355-371, Sage Publications, US.

Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.

Bruner, J. (2002). The Narrative Creation of Self. Teoksessa L. E. Angus & J. McLeod (toim.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy* (s. 3-14). London: Sage

Bryant, C., (1995). *Therapist In-Session Functioning that Positively Affects Psychotherapy Outcome*. Doctoral Research Paper, Biola University.

- Chase, S. E. (2005). Narrative Inquiry. Multiple lenses, approaches, voices. Teoksessa N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (toim.), *The Sage handbook of qualitative research*, 3. painos (s. 651-679). California: Sage.
- Christian, J. L., O'Leary, K. D., & Vivian, D. (1994). Depressive symptomatology in maritally discordant women and men: The role of individual and relationship variables. *Journal of Family Psychology*, 8, 1, 32-42, American Psychological Association, US.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98, 310-357.
- Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1995). Life Context, Coping Processes, and Depression. Teoksessa E. E. Beckham & W. R. Leber (toim.), *Handbook of Depression*, 2. painos (569-583). New York: The Guilford Press.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). *The SAGE Handbook of Quality Research*.
- Elliot, R., Slatick, E., Urman, & M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology*, 69-111, Pabst Science Publishers, Lengerich, Germany.
- 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*, 1997, 8, 5, 351-357, Blackwell Publishing, United Kingdom.
- Flyvbjerg, Bent. (2006). Five Misunderstandings About Case-study Research. *Qualitative Inquiry*, 12, 2, 219-245. Sage Publications.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2010). Alliance in couple and family therapy. Teoksessa J. C. Norcorss (Toim.) *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. 2. uudistettu painos. Painossa.
- Gilliam, C. M., & Cottone, R. R. (2005). Couple or individual therapy for the treatment of depression?: An Update of the Empirical Literature. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 265-272, United Kingdom: Taylor & Francis.

- Halloran, E. C. (2000). The role of marital power in depression and marital distress. *American Journal of Family Therapy*, 26, 1, 3-14.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56–62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale; for primary depressive illness. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 6, 4, 278-96.
- Hamilton, M. (1980) Rating depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 21-24.
- Hilsenroth, M., Peters, E., & Ackerman, S. (2004). The Development of Therapeutic Alliance During Psychological Assessment: Patient and Therapist Perspectives Across Treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83, 3, 332-344.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmaling, K. B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting Psychology*, 59, 4, 547-557, American Psychological Association, US.
- Jacobson, N. S., Fruzzetti, A. E., Dobson, K., Whisman, M., & Hops, H. (1993). Couple therapy as a treatment for depression: II. The effects of relationship quality and therapy on depressive relapse. *Journal of Consulting Psychology*, 61, 3, 516-519, American Psychological Association, US.
- Jones, E., & Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac Books.
- Kaelber C. T., Moul, D. E., & Farmer, M. E. (1995). Life Context, Coping Processes, and Depression. Teoksessa E. E. Beckham & W. R. Leber (toim.), *Handbook of Depression*, 2. painos (3-35). New York: The Guilford Press.
- Kessler, R. C., & Essex, M. (1982). Marital status and depression: The importance of coping resources. *Social Forces*, 61, 2, 484-507, University of North Carolina Press, US.

Koivula, M. (2002). *Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki*. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampereen yliopistollinen sairaala, kirurgian klinikka.

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, 3, 309-322, Human Sciences Press, Inc.

Laitila, A., Gröönroos, S., & Partanen, T. (2006). *Narratiivisten prosessien koodausjärjestelmä (Narrative Processes Coding System, NPCS), Koodauksen käsikirjan julkaisematon käännös*.

Lambert, M., & Barley, D. (2001). Research Summary On The Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy*, 38, 4, 357-361.

Leiman, M. (1999). Psykonetin metodiseminaari 18-19.3. 1999. <http://www.joensuu.fi/Noot/NPCS1.html>

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

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 2, 259-282, American Psychological Association, US.

O'Leary, K. D., & Beach, S. R. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, 147, 2, 183-186.

Prince, S. E., & Jacobson, N. S. (1995). Couple and Family Therapy for Depression. Teoksessa E. E. Beckham & W. R. Leber (toim.), *Handbook of Depression*, 2. painos (404-422). New York: The Guilford Press.

Raitasalo, R. (2007). Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 86.

Rautiainen, E-L. (2003). *Narratives of depression in couple therapy*. Lisensiaatin tutkimus. Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos.



- Rautiainen, E-L., & Aaltonen, J. (2010). Depression: The Differing Narratives of Couples in Couple Therapy. *The Qualitative Report Volume*, 15, 1, 156-175.
- Rautiainen, E-L., & Seikkula, J. (2009). Clients as Co-researchers: How Do Couples Evaluate Couple Therapy for Depression? *Journal of Systemic Therapies*, 28, 4, 41-60.
- Sandberg, J. G., Johnson, L. N., Robila, M., & Miller, R. B. (2002). Clinician Identified Barriers To Clinical Research. *Journal of Marial and Family Therapy*, 28, 1, 61-67.
- Seikkula, J. (2006). *Dialogical and narrative processes in couple therapy for depression (DINADEP). Research Plan.*
- Stiles, W. B. (1993). Quality Control in Qualitative Research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
- Stiles, W. B. (2003). Qualitative Research: Evaluating the Process and the Product. *Handbook of Clinical Health Psychology*. 24, 477-500.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Sage.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, UK: University of Cambridge Press.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 3, 638-643.