

**DIALOGISUUDEN TOTEUTUMINEN JA
ASIAKKAAN ÄÄNEN KUULLUKSI TULEMINEN
MASENNUKSEN PARITERAPIASSA**

**Anna Jauhiainen
Henna Kauppinen
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Elokuu 2012**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

JAUHIAINEN, ANNA & KAUPPINEN, HENNA:

Dialogisuuden toteutuminen ja asiakkaan äänen kuulluksi tuleminen masennuksen pariterapiassa

Pro gradu -tutkielma, 35 sivua, 2 liitettä

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologia

Elokuu 2012

TIIVISTELMÄ

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli tarkastella dialogisuuden toteutumista ja masentuneen asiakkaan äänen kuulluksi tulemistä pariterapiassa. Lisäksi vertailimme, erosivatko terapeuttien vastaustavat niiden istuntojen välillä, jotka masentunut asiakas oli arvioinut kuulluksi tulemisen suhteen hyväksi ja huonoiksi. Tutkielma on osa Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa -projektia (DINADEP), ja aineistomme oli projektin yhden pariskunnan terapiaprosessi, joka oli tulokseton. Analysoimme terapeuttien vastaamista masentuneelle asiakkaalle laadullisella monitoimijaisen dialogin tutkimusmenetelmällä (Dialogical Methods for Investigations of Happening of Change), joka on kehitetty nimenomaan pari- ja perheterapiaa varten. Asiakkaan kuulluksi tulemistä oli mitattu jokaisen istunnon lopussa täytetyllä Session Rating Scale -lomakkeen suhde-skaalalla (SRS1). Analyysin perusteella dialogisuus ei toteutunut terapiakeskusteluissa, sillä terapeuttien monologiset vastaukset eivät edesauttaneet osallistujien äänien tasavertaista kuulumista dialogissa. Lisäksi terapeutit eivät kertaakaan vastanneet asiakkaan tämänhetkisyiden kokemuksiin siten, että niistä olisi muodostunut dialogista keskustelua. Terapeutit vastasivat myös lähinnä vain asiakkaan konkreettisten kuvausten ääniin, jolloin tunteiden ja reflektiivisen pohdinnan äänet jäivät vaille dialogisia vastauksia. Terapiaistuntoja vertailemme oletimme terapeuttien vastaamisen olevan dialogisempaa asiakkaan hyväksi arvioimissa istunnoissa kuin huonoiksi arvioimissa. Vastaustavat eivät kuitenkaan eronneet istunnoissa, minkä perusteella SRS1 ei tavoittanut dialogisuuden mukaista kuulluksi tulemistä. Tutkimuksemme ilmentää, millainen terapeuttien vastaaminen voi vaikeuttaa dialogisen keskustelun rakentamista, jota pidetään edellytyksenä positiiviselle muutokselle. Jotta dialogisuutta voitaisiin paremmin hyödyntää pari- ja perheterapiassa, olisi tarpeen tutkia lisää esimerkiksi vertailevalla tutkimusasetelmalla, millaiset terapeuttien vastaustavat edistävät dialogin luomista osallistujien välille tai toisaalta vaikeuttavat sitä.

Avainsanat: dialogisuus, äänet, polyfonia, reflektiivisyys, vastausprosessit

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
1.1. Mielenterveyden häiriö vuorovaikutuksellisena ilmiönä	1
1.2. Dialogi – tapa olla vuorovaikutuksessa.....	2
1.3. Monitoimijaisen keskustelun äänet	3
1.4. Polyfonia dialogin tavoitteena.....	4
1.5. Dialogin edellytyksiä ja mahdollisuuksia.....	5
1.6. Muutoksen hetket	6
1.7. Reflektiivisyys.....	7
2. MENETELMÄ.....	9
2.1. Tutkimusaineisto	9
2.2. Analyysimenetelmä	10
2.3. Aineiston analysointi	12
3. TULOKSET	14
3.1. Terapian yleinen kuvaus.....	14
3.2. Dialogisuuden toteutuminen.....	15
3.3. Mihin asiakkaan ääniin vastattiin ja mihin ei?	19
3.4. Erosivatko terapeuttien vastaustavat hyviksi ja huonoiksi arvioiduissa istunnoissa?.....	23
4. POHDINTA	24
4.1. Tulosten pohdintaa	24
4.2. Tutkimuksen arviointia.....	28
4.3. Jatkotutkimusehdotuksia ja johtopäätelmiä.....	29
5. LÄHTEET.....	30
6. LIITTEET	36
LIITE 1	36
LIITE 2	37

1. JOHDANTO

Tässä pro gradu -tutkielmassa perehdyttiin dialogisuuden toteutumiseen ja masentuneen asiakkaan kuulluksi tulemiseen pariterapiassa. Tutkielmamme on osa Jyväskylän yliopiston toteuttamaa Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa -projektia, josta myös aineistomme on peräisin. Tutkittavinamme olivat yhden pariskunnan terapiaistunnot, ja tarkastelumme kohteena oli terapeuttien vastaaminen masentuneen asiakkaan ääniin. Vertailimme myös, olivatko terapeuttien vastaustavat erilaisia silloin, kun asiakas oli kokenut tullessa kuulluksi ja kun hän ei ollut tuntenut tullessa kuulluksi. Dialogin analysointi tapahtui laadullisesti monitoimijaisen dialogin tutkimusmenetelmällä.

1.1. Mielenterveyden häiriö vuorovaikutuksellisenä ilmiönä

Viime vuosien aikana mielenterveyshäiriöissä on yhä laajenevasti ajateltu olevan kysymys dialogisuuden häiriöistä, jolloin vastavuoroinen vuoropuhelu on hävinnyt henkilön ihmissuhteista (Haarakangas, 1997). Tosin masennuksen vuorovaikutuksellinen kehittyminen on tunnustettu tutkimuksissa jo 1970-luvulta lähtien, jolloin alettiin selvittää parisuhteen ja masennuksen välistä yhteyttä (Gupta & Beach, 2005). Masennuksen hoidon tavoitteena voidaankin pitää dialogisuuden palauttamista asiakkaan sisäiseen vuoropuheluun ja ihmissuhteisiin, mikä edellyttää dialogisuuden toteutumista hoitosuhteessa. Dialogisuuden soveltamista terapiaan ei ole kuitenkaan vielä juuri tutkittu.

Masentuneella henkilöllä on usein ongelmia läheisissä ihmissuhteissa, ja toisaalta parisuhdevaikeudet voivat aiheuttaa masennusta (Joiner, Coyne & Blalock, 1999; Rautiainen, 2003), ylläpitää tai jopa pahentaa sitä (Gupta & Beach, 2005; Mead, 2002). Doherty ja Simmons (1996) ovat todenneet masennuksen vielä parisuhdevaikeuksiakin yleisemmäksi ongelmaksi pari- ja perheterapiassa. Toisaalta myös masentuneet asiakkaat, jotka ovat olleet tyytyväisiä parisuhteeseensa, ovat korostaneet tarvetta keskittyä parisuhteeseen terapiassa ilman oletuksia parisuhdevaikeuksista (Gupta & Beach, 2005). Epäselvää on, kumpi tekijä alun perin vaikuttaa masennuksen ja parisuhdevaikeuksien kehän syntymiseen, mutta masennuksen vuorovaikutuksellisen luonteen vuoksi on tarpeen huomioida pariterapian mahdollisuudet ja parisuhteen merkitys masennuksen hoidossa.

Koska dialogisuudessa keskitytään nimenomaan vuorovaikutukseen, se vaikuttaa erityisen sopivalta masennuksen pariterapian hoitomuodoksi.

1.2. Dialogi – tapa olla vuorovaikutuksessa

Dialogilla tarkoitetaan vähintään kahden ihmisen välistä sanallista ja eleisiin perustuvaa vuoropuhelua (Markovà, 1990). Kaikki keskustelut ovat dialogeja, mutta niiden dialogisuus voi vaihdella jatkumolla monologisesta dialogiseen dialogiin (Markovà, 1990). Monologisella dialogilla tarkoitetaan keskustelua, jossa puhuja odottaa ilmaisulle vain hyväksyvää tai hylkäävää vastausta (Seikkula & Arnkil, 2005) tai ei välttämättä välitöntä vastausta lainkaan (Markovà, 1990). Tällöin keskustelija saattaa kertoa omista ajatuksistaan pitkällä puheenvuorolla ja keskittyä vain omaan näkemykseensä, kiinnittämättä huomiota juuri lainkaan puhekumppaneihinsa (Markovà, 1990). Tällaisessa dialogissa vain yksi näkemys voi olla kerrallaan oikein, minkä vuoksi puhujat joutuvat usein puolustamaan sanomaansa (Seikkula & Arnkil, 2005).

Dialoginen dialogi on puolestaan keskustelua, jossa puhujan lausumat ovat aina vastausta edellisen puhujan ilmaisuun, eli ne ovat dialogisessa suhteessa toisiinsa (Haarakangas, 2008). Koska ilmaisu saa merkityksen vasta vastaukselta, sille odotetaan aina vastausta (Bakhtin, 1984). Tämän vuoksi Bakhtinin (1986) mukaan pahinta puheelle on jäädä vastauksetta. Ilman vastausta ihminen kokee, ettei ole tullut kuulluksi ja ymmärretyksi. Hän voi jäädä epätietoiseksi asiastaan ja lopulta jopa epäillä omaa olemassaoloaan. Terapiassa vastaaminen ei ole tulkinnan tai selityksen antamista vaan toisen ilmaisun huomiointia, jolloin toinen tulee kuulluksi, ja ilmaisulle tulee merkitys (Seikkula & Arnkil, 2005; Seikkula & Trimble, 2005). Terapeutti voi vastauksellaan ratkaisevasti vaikuttaa asiakkaan kuulluksi tulemiseen, minkä vuoksi tässä tutkimuksessa tarkastelemmekin terapeuttien vastaamista asiakkaalle. Haarakangas (2009) on kuvannut, että dialogista keskustelua luonnehtii kuunteleminen, kuulluksi tuleminen, ymmärryksen kehittyminen ja uusien merkitysten syntyminen. Dialogi on siis jatkuvasti muuttuva, päättymätön prosessi, jonka etenemistä ja lopputulosta ei voida tietää etukäteen (Seikkula & Arnkil, 2005). Terapiassa dialogisuuden toteutuminen edellyttää näiden tekijöiden ilmenemistä.

1.3. Monitoimijaisen keskustelun äänet

Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa on läsnä kirjo eri ääniä (Seikkula & Arnkil, 2005). Kaikki elämäkokemuksemme ja arkipäiväiset keskustelumme jättävät meihin jälkiä, jolloin niistä tulee meidän ääniämme (Seikkula, 2008). Ne aktivoituvat vuorovaikutustilanteissa sen mukaan, mitä, missä, miten ja kenen kanssa puhumme. Yhdellä ihmisellä voi olla useita samanaikaisia ääniä, mutta vain osa niistä lausutaan ääneen, sillä osa on sisäisiä ääniä, jotka voivat olla sanattomia, kehollisia tai kokemuksellisia (Seikkula & Arnkil, 2005). Sisäiset äänet saattavat näkyä ulospäin kehon asennoissa, katseissa tai intonaatioissa ja ovat myös läsnä dialogeissa (Seikkula, 2008).

Terapiatilanteessa ovat aina läsnä osallistujien sanoitetut ja sanoittamattomat äänet. Keskustelun teemat aktivoivat sekä asiakkaan että terapeutin eri rooleihin liittyviä ääniä. Terapeutti osallistuu keskusteluun ammatillisen äänensä lisäksi aina henkilökohtaisella äänellään, kuten esimerkiksi vanhemmuudesta puhuttaessa terapeutin kokemukset omasta äityydestä tai isyydestä kaikuvat hänen ääninään dialogissa (Seikkula, 2008; Seikkula & Arnkil, 2005). Missä tahansa ilmaisussa voi ilmentyä monia eri ääniä (Wortham, 2001), jotka siis saattavat olla puhujan omia tai ne voivat heijastaa toisten ihmisten ääniä. Puhujan kertoessa toisesta ihmisestä hän luo tälle aina ääniä. Vaikka puhuja ilmaisisi suoralla lainauksella, mitä toinen on sanonut, hän väistämättä suodattaa lainauksen oman äänensä kautta valitsemalla lainauksen ja sen kontekstin (Wortham, 2001). Terapiassa on tavallista, että osallistujien ilmaisussa kuuluu muidenkin ihmisten ääniä, mutta terapeutin tulisi huolehtia siitä, että jokainen pääsee osallistumaan keskusteluun myös omalla äänellään.

Puhujan äänestä on erotettavissa lisäksi se, mistä näkökulmasta hän puhuu sillä hetkellä, eli kuinka hän asemoi itsensä (Markovà, Linell, Grossen & Orvig, 2007). Worthamin (2001) mukaan on eroteltavissa, kuinka henkilö asemoi itsensä kertomuksen sisällä ja kertomishetkellä. Ihminen voi asemoida näissä itsensä enemmän tai vähemmän aktiiviseksi, mutta voimaannuttava tekijä on asemointien kehittyminen aktiivisemmaksi. Dialogisessa terapiassa on ideana siirtyä tarinan sisällöstä kertomishetkeen. Asiakkaan kertomishetken äänet ja asemoinnit ovat terapeutille arvokkaita mahdollisuuksia päästä tarkastelemaan asiakkaan suhdetta kertomaansa ja vuorovaikutuksessa juuri sillä hetkellä tapahtuvia asioita (Wortham, 2001). Friedman (2002) kuvaa Buberin ajatuksiin pohjautuen, että olennaista ei ole se, mitä osapuolien mielessä tapahtuu vaan mitä tapahtuu heidän välissään. Vuorovaikutustilanteessa ihmiset asemoivat lausumillaan itsensä suhteessa toisiin ihmisiin ja heidän ilmaisuihinsa yleensä tiedostamattomasti (Seikkula, Laitila & Rober, 2011). Asemoinnit ovat

muuttuvia ja ilmenevät aina tilannekohtaisesti, sillä niiden syntyyn vaikuttavat aina edellisten lausumien näkökulmat. Myös terapeutti väistämättä asemoi itseään yhteisessä dialogissa, mutta monitoimijaisessa terapiakeskustelussa hänen tulisi olla sensitiivinen sille, kuinka osallistujat vaikuttavat toisiinsa asemoinneillaan. Terapeutin tehtävänä on reflektoida omaa asemointiaan eli huomioida vastaustensa vaikutusta dialogin etenemiseen (Rober, 2005).

1.4. Polyfonia dialogin tavoitteena

Henkilöt osallistuvat keskusteluun aina omista lähtökohdistaan käsin, jolloin dialogissa on läsnä monia eri ääniä. Dialogisessa terapiakeskustelussa kenenkään ääntä ei tulisi pitää lopullisena tai toista oikeampana, vaan kaikki äänet tuovat oman totuutensa keskusteluun. Jokaisen näkemys on yksi osa vuoropuhelua, vaikka käsitykset olisivat ristiriidassa keskenään (Isaacs, 2001). Terapeutin tehtävänä on saada jokaisen osallistujan äänet kuuluviin antamalla tilaa kaikkien ilmaisuille ja osoittamalla ne samanarvoisiksi. Näin on mahdollista saavuttaa polyfonisuus, joka on dialogisen keskustelun tavoite (Haarakangas, 1997). Kaikilla tulisi olla myös tilaa ottaa haluamiaan puheenaiheita esille. Jos uudet puheenaiheet tulevat lähinnä terapeutilta, hoitosysteemin näkökanta alkaa hallita keskustelua, eikä polyfonisuus voi toteutua (Haarakangas, 1997). Terapeutin keskustellessa asiakkaan kanssa hän käy jatkuvasti sisäistä dialogia omien aktivoituneiden henkilökohtaisten ja ammatillisten ääniensä kanssa. Kun terapeutilla on kosketuspinta omaan sisäiseen dialogiinsa, hän kykenee puntaroimaan mieleensä tulevia eri näkemyksiä. Silloin yksittäinen näkemys ei pääse vallitsemaan hänen ajatteluaan ja sen myötä yhteistä dialogia (Anderson & Goolishian, 1988). Sisäinen dialogi vaikuttaa siihen, mitkä äänet terapeutti päättää tuoda julki keskustelussa. Terapeutin taito hyödyntää sisäistä vuoropuhelua edesauttaa polyfonian syntymistä.

Polyfonian toteutumiseksi terapeutilta edellytetään ei-tietävää (not-knowing) asemointia (Anderson & Goolishian, 1992). Terapeutin tulisi ennemmin ilmaista olevansa aidosti kiinnostunut ja utelias kuulemaan lisää asiakkaastaan kuin tuoda esiin ennakko-oletuksiaan, sillä se estää häntä olemasta avoin tilanteen kululle (Anderson, 2007). Esimerkiksi psykoedukaation avulla, eli neuvomalla ja välittämällä psykologista tietoa, terapeutti voi antaa kuvan, että on olemassa yksi ainoa tavoiteltava lopputulos. Tällöin terapeutin näkemys alkaa helposti monopolisoida dialogia, mikä on esteenä polyfonisuudelle. Haarakangas (1997) onkin korostanut dialogisuuden katoavan, kun terapeutti alkaa tietää, mistä asiakkaan ongelmassa on kyse. Terapeutti voi kuitenkin välittää psykologista tietoa siten,

että tiedon erilaisista merkityksistä osallistujille keskustellaan yhdessä (Aaltonen, 1999). Erot asiakkaan ja terapeutin asiantuntemuksessa ovat nimittäin terapiakeskustelussa välttämättömiä, jotta siihen saadaan uusia näkökulmia (Haarakangas, 2008). Tästä huolimatta osapuolet voivat olla keskinäisessä kommunikaatiossaan tasavertaisia.

1.5. Dialogin edellytyksiä ja mahdollisuuksia

Dialogiin osallistumisen tasavertaisuudesta kertoo vuorovaikutuksen dynamiikan jakautuminen. Henkilö voi hallita keskustelua joko määrällisesti, tuomalla uusia puheenaiheita tai ohjailemalla toisten vuorovaikutusta (Linell, Gustavsson & Juvonen, 1988; Seikkula, Laitila & Rober, 2011). Hallitsevuus vaihtelee tavallisesti eri ihmisten välillä, mutta vuorovaikutuksen dominanssin keskittyminen yhdelle ihmiselle on dialogisuuden kannalta ongelmallista (Haarakangas, 1997). Tämä osallistuja dominoi keskustelua monologisesti, eivätkä muiden osallistujien äänet tule tasavertaisesti kuulluiksi. Monologiset vaiheet kuuluvat osaltaan dialogiin, mutta terapeutilla on vastuu siitä, että keskustelu olisi kokonaisuutena kuuntelevaa ja vastauksia antavaa (Haarakangas, 2008).

Kuunteleminen on terapeutille ensisijainen tapa päästä sisälle asiakkaan ajatuksiin. Terapeutin ymmärrys kuulemastaan tulee ilmi vasta hänen vastauksessaan, minkä seurauksena vastauksesta tulee olennaisin osa keskustelua (Seikkula, 2002a; Seikkula & Arnkil, 2005). Keskustelu on dialogista, kun terapeutti kytkee lausumansa asiakkaan edelliseen ilmaisuun. Tämä voi tapahtua esimerkiksi toistamalla asiakkaan käyttämiä sanoja (Haarakangas, 1997) tai käyttämällä samantapaista kieltä (Seikkula & Arnkil, 2005). Kun henkilön ääni pääsee kuuluviin dialogissa ja saa vastauksen, kuulluksi tulemisen kokemus mahdollistuu. On kuitenkin huomioitava, että dialogissa on läsnä aina monia ääniä, jolloin kaikkiin niihin vastaaminen on mahdotonta. Kun terapeutti vastaa joihinkin ääniin, jotkut toiset äänet jäävät väistämättä vaille vastausta (Seikkula & Arnkil, 2005).

Ihmisen kokiessa tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi hän kykenee myös kuuntelemaan muita paremmin ja eläytymään heidän kertomaansa (Haarakangas, 2009). Seikkula (2011) on esittänyt, ettei dialogisen suhteen syntymiseen tarvita muuta kuin kuulluksi tulemisen kokemus. Dialoginen keskustelu on edellytys toisen ymmärtämiselle ja keskustelun edetessä yhteisen uuden ymmärryksen syntymiselle (Haarakangas, 1997). Tällöin osallistujat rakentavat yhteistä jaettua todellisuutta, jossa merkityksistä tulee yhteisesti jaettuja. Ymmärryksen kehittyminen on jatkuva prosessi, sillä dialogin edetessä siinä voi syntyä aina uusia merkityksiä (Haarakangas, 2008; Seikkula & Arnkil, 2005). Jotta

uusi ymmärrys olisi jaettava, jokaisen tarvitsee osallistua sen rakentamiseen omalla äänellään. Monitoimijaisessa terapiassa työntekijöiden tulee huolehtia siitä, että asiakkaiden erilaiset mielipiteet huomioidaan dialogissa.

Terapiaan tulleella asiakkaalla on yleensä tietty käsitys omasta ongelmastaan. Kun terapeutti auttaa asiakasta kehittämään vaihtoehtoisia näkemyksiä ongelmasta, uusien merkitysten syntyminen sille on todennäköisempää ja ongelma voi vähitellen hävitä (Anderson & Goolishian, 1988). Muutos terapiassa merkitsee siis yksinkertaisesti merkitysten muuttumista keskustelussa. Andersen (1990) puolestaan esittää, että terapeutin on tuotava keskusteluun jotain asiakkaalle sopivasti epätavallista, jotta muutos voi tapahtua. Vastaavasti Haarakangas (1997) on todennut, että taitava työntekijä liittyy ilmaisuihinsa uusia ääniä, jotka herättävät uudenlaisia pohdintoja.

1.6. Muutoksen hetket

Terapiassa muutosta aikaansaavia mekanismeja ei täysin ymmärretä, mutta on löydetty laadullisesti erottuvia hetkiä terapiassa, jolloin muutosta voi tapahtua (Stern, 1998; Stern, 2004a). Näitä odottamattomia tapahtumia kutsutaan tämänhetkisyudeksi, ja ne voivat kehittyä esimerkiksi asiakkaan kertoessa juuri sillä hetkellä nousseesta tunteesta. Tällöin voidaan saada kiinni siitä, mitä juuri sillä hetkellä tapahtuu terapeutin ja asiakkaan välillä. Hetkien voidaan ajatella ilmentävän sanoittamatonta käsitystä siitä, kuinka olla vuorovaikutuksessa toisen kanssa. Mikäli tämänhetkisyys kohdataan ja päästään käsiksi sanoittamattomaan käsitykseen terapiasuhteesta, tarjoutuu tilaisuus muuttaa senhetkistä käsitystä vuorovaikutussuhteesta. Tämä edellyttää, että terapeutti ja asiakas ilmaisevat tilanteessa jotakin juuri siinä hetkessä syntyneitä suunniteltujen vastausten sijaan. Sternin (2004b) mukaan tämänhetkisyydellä on suuri terapeuttinen merkitys. Mitä pidempään terapeutti pystyy pysyttämään tämänhetkisyudessa, sitä moninaisempia uusia polkuja terapiassa avautuu.

Tämänhetkisyys on tunnekokemusten jakamista, minkä myötä asiakkaan ja terapeutin välille alkaa muodostua yhteisöllisyyden sekä välittämisen tunteita (Seikkula, 2009; Seikkula & Arnkil, 2005; Seikkula & Trimble, 2005; Stern, 2004b). Tällainen yhdessä kokeminen on sanatonta ja implisiittistä, eikä sitä voida tietoisesti reflektoida. Implisiittisyys voi tulla näkyväksi esimerkiksi asiakkaan katseissa, intonaatiossa tai kyynelissä, jolloin terapeutilla on mahdollisuus vastata siihen (Seikkula ym., 2011). Tämänhetkisyteen vastaaminen voi auttaa asiakasta vielä sanattoman kokemuksen sanoittamisessa. Sanojen löytäminen on terapeuttista, sillä sen myötä keholliset oireet voivat vähitellen

haihtua (Seikkula & Trimble, 2005). Yhteisön muodostuminen edesauttaa vaikeampienkin tunteiden käsittelyä, joka taas vahvistaa keskinäistä luottamusta ja on yhteydessä terapian tuloksellisuuteen. Silloin asiakas uskaltaa paremmin jatkossakin tuoda ilmi senhetkisiä kokemuksiaan. Jos implisiittisyys jää usein vastaamatta, asiakas tuo harvemmin esille terapeutille arvokkaita tämänhetkisyiden tunteitaan (Stern, 1998).

Tämänhetkisyiden huomioiminen on olennainen osa dialogisuutta sekä asiakkaan ja terapeutin välisen dialogisen suhteen luomista (Seikkula, 2009). Haarakangas (1997) pitää dialogisen suhteen rakentamista terapian ensisijaisena tavoitteena, koska se mahdollistaa yhteisten kokemusten jakamisen ja vastavuoroisuuden. Dialogin syntymisen on todettu olevan edellytys positiiviselle muutokselle terapiasuuntauksesta riippumatta (Seikkula & Arnkil, 2005; Seikkula & Trimble, 2005). Näin keskeiseksi parantavaksi elementiksi tulee terapeuttien menetelmien sijaan terapeutin ja asiakkaan kohtaaminen dialogissa (Friedman, 2002; Seikkula, 2002a; Seikkula, 2002b).

Koska dialogisuutta on vasta viime vuosina alettu hyödyntää pari- ja perheterapiassa, siitä ei ole tähän mennessä julkaistu juurikaan prosessin tai tuloksellisuuden tutkimuksia. Dialogisuuden hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa alkoi Suomessa 1980-luvulla, jolloin Jaakko Seikkula toi dialogisia toimintatapoja psykoosipotilaiden hoitokokouksiin Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (Seikkula, 1991; Seikkula & Arnkil, 2005). Julkaistut tutkimustulokset ovat siis psykoottisten potilaiden hoidosta, ja ne puoltavat dialogisuuden ja kuulluksi tulemisen tärkeyttä. On muun muassa havaittu, että heikon tuloksen hoidoissa ei usein vastattu potilaan psykoottiseen ilmaisuun välittömästi, jolloin dialogisuuden mahdollisuus väheni (Seikkula, 2002b). Länsi-Lapissa puolestaan saatiin hyviä hoitotuloksia skitsofrenian hoidossa, kun hoitokeskusteluissa ilmeni polyfonia ja dialogisuus (Seikkula, 2008). Dialogisuuden soveltamisesta monitoimijaiseen terapiakontekstiin tarvittaisiin lisää tietoa, jotta se pääsisi laajempaan käyttöön kentällä.

1.7. Reflektiivisyys

Tutkittaessa terapiakeskusteluja niistä on erotettavissa kolmenlaista laadullisesti erilaista prosessointitapaa eli kielialuetta (Angus, Levitt & Hardtke, 1999). Terapiassa voidaan siis keskustella joko eksternaalisella kielialueella konkreettisista asioista, internaalisella alueella kokemuksista ja tunteista tai reflektiivisellä alueella pohtien asiakkaan toiminnan syy-seuraus -suhteita. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan yksilön kykyä havainnoida ja tunnistaa omia ja toisten sisäisiä tiloja

(Tiuraniemi, 2006). Lisäksi siihen sisältyy taito arvioida omaa toimintaansa. Onnistuneessa terapiassa keskustelua käydään kaikilla näillä kielialueilla. Sekä asiakas että terapeutti voivat tehdä aloitteita kielialueiden vaihtamiseksi, mutta terapeutilla on ratkaiseva vaikutus siihen, kuinka kauan keskustelu pysyy esille otetulla kielialueella. On kuitenkin toivottavaa, että terapeutti sovittautuu asiakkaan senhetkisellem kielialueelle (Haarakangas, 1997). Reflektiiviseen puheeseen voidaan päästä internaalisen kielialueen kautta, koska tunteiden sanoittamisen myötä niitä voidaan tarkastella ja arvioida eli reflektoida (Greenberg, 2008).

Terapeutin ja asiakkaan yhdessä jakama reflektointi on keskeistä sisäisen muutoksen syntymiselle ja sitä myötä hoidon onnistumiselle (Laitila, ym., 2001). Muutosta voidaan kuvata asiakkaan sisäisen dialogin kehittymisellä. Samoin kuin terapiaan tulleen asiakkaan ihmissuhteista on saattanut kadota vastavuoroinen vuoropuhelu, myös hänen oma sisäinen dialoginsa on voinut menettää dialogisuuttaan (Haarakangas, 1997) Tämä merkitsee sitä, että ihminen ei välttämättä saa tasavertaista kosketusta erilaisiin sisäisiin ääniinsä. Toisin sanoen häneltä on heikentynyt kyky vertailla mielessään erilaisia näkökulmia, suhteuttaa niitä aiempiin kokemuksiinsa sekä juuri kuulemaansa. Terapiassa tällaista itsereflektointia voidaan kehittää yhteisen reflektiivisen puheen avulla. Ajatus tästä perustuu Vygotskyn teoriaan ajattelun ja kielen kehittymisestä eli lähikehityksen vyöhykkeeseen (Vygotsky, 2000). Kun terapeutti reflektoi ääneen omia ajatuksiaan asiakkaan puheesta, asiakas saa mahdollisuuden kuunnella omaa ääntään ja sen terapeutissa herättämiä ajatuksia. Näin terapeutti voi houkutella asiakasta mukaan yhteiseen reflektointiin, minkä myötä asiakas pystyy hiljalleen hyödyntämään tätä yhdessä opittua taitoa myös itsenäisesti käydessään sisäistä dialogia. Keskustelussa on edettävä rauhallisesti, jotta niin asiakkaalle kuin terapeutille jää riittävästi aikaa ilmaisujen vastaanottamiseen ja sisäisen dialogin käymiseen (Andersen, 1990; Seikkula & Arnkil, 2005). Dialogisuus ja reflektiivisyys ovat siis melko lähekkäisiä käsitteitä, sillä dialoginen keskustelu on oikeastaan moniääninen reflektiivinen tapahtuma (Haarakangas, 2008).

Kaiken edeltävän pohjalta mielenkiintomme kohdistui tutkimuksessamme dialogisuuteen pariterapiassa, ja tutkimuskysymyksemme muotoutuivat seuraavanlaisiksi:

1. Kuinka dialogisuus toteutui terapiakeskustelussa?
2. Mihin masentuneen asiakkaan ääniin terapeutit vastasivat?
3. Miten terapeuttien vastaustavat erosivat niiden istuntojen välillä, jotka masentunut asiakas oli arvioinut kuulluksi tulemisen suhteen hyväksi ja huonoiksi?

2. MENETELMÄ

2.1. Tutkimusaineisto

Pro gradu -tutkielmamme on osa Jyväskylän yliopiston Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa -tutkimusprojektia (DINADEP), joka on toteutettu vuosina 2005–2011. Tutkimusaineisto on kerätty kolmessa sairaanhoitopiirissä eri puolilla Suomea. Tutkittavat olivat masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuneita asiakkaita, joille ehdotettiin pariterapiaa hoitomuodoksi. Ainakin toisella puolisoista tuli olla ICD-10:n mukainen masennusdiagnoosi. Projektin tavoitteena on ollut kehittää masennuksen pariterapiaa tarkastelemalla erityisesti dialogisia ja narratiivisia prosesseja, sekä tutkia hoitojen tuloksellisuutta. Hoidoista vastasivat psykoterapeutit, joilla oli kolmivuotinen systeemisen perheterapian erityistason koulutus. Lisäksi terapeutit olivat perehtyneet dialogisiin ja narratiivisiin menetelmiin. (Seikkula, 2006; Seikkula, ym. 2012).

Oma aineistomme koostui yhden pariskunnan ja heitä hoitavien kahden naisterapeutin terapiaistunnoista. Pariskunta kävi terapiassa lähes kahden vuoden ajan, ja tälle aikavälille sisältyi 34 istuntoa. Materiaalia ei ollut videoitu, mutta ääninauha oli saatavilla 28 istunnosta. Saadaksemme kokonaiskuvan terapiaprosessin kulusta valitsimme analysoitaviksi istuntoja hoidon alusta, keskivaiheilta ja lopusta (istunnot 2, 9, 23 ja 28). Koska tutkimuskysymyksemme liittyvät masentuneen asiakkaan kuulluksi tulemiseen, käytimme valitsemiskriteerinä SRS-lomakkeen (Session Rating Scale) relationship-skaalaa (SRS1). Skaala sisältää 10 senttimetrin pituisen janan, jolla asiakas arvioi, kuinka hyvin hän on tuntenut tulleensa kuulluksi, ymmärretyksi ja kunnioitetuksi istunnon aikana (ks. liite 1). SRS-pisteet muodostuivat senttimetripituudesta janan alusta asiakkaan merkintään saakka. Halusimme valita vertailun vuoksi kaksi kuulluksi tulemisen suhteen parhaimmaksi ja kaksi huonoimmaksi arvioitua istuntoa. Osa pariskunnan istunnoista oli kuitenkin hoitokokouksia, joissa oli läsnä muitakin työntekijöitä. Tämän vuoksi näitä istuntoja ei voitu käyttää, vaikka niihin sisältyivät SRS1-pisteiltään huonoimmat käynnit. SRS1-pisteet olivat valitsemisamme istunnoissa seuraavat: 2. istunnossa 5,7; 9. istunnossa: 9,7; 23. istunnossa 9,6 ja 28. istunnossa 7,4. Litteroimme aineistomme käyttäen ohjeistuksena Jokisen ja Suonisen (2000) litterointimerkkejä (ks. liite 2). Litteroitua tekstiä kertyi rivivälillä 1 yhteensä 132 sivua.

2.2. Analyysimenetelmä

Käytimme analyysimenetelmänä Seikkulan, Laitilan ja Roberin (2011) kehittämää monitoimijaisen dialogin tutkimusmenetelmää, jota he kutsuvat nimellä *Dialogical Methods for Investigations of Happening of Change*. Se on kehitetty erityisesti pari- ja perheterapiatutkimusta varten. Menetelmä mahdollistaa koko istunnon dialogin laadullisen tarkastelun yleisemmällä tasolla sekä yksityiskohtaisemman mikroanalyysin tietyistä istunnon jaksoista.

Menetelmässä lähdetään liikkeelle istunnon vastausprosessien yleisten piirteiden analysoinnilla kolmen vaiheen avulla. Ensimmäisessä vaiheessa istunto jaetaan jaksoihin ja nimetään puheenaiheiden mukaan. Edellinen jakso päättyy ja uusi jakso alkaa aina, kun joku ottaa esille uuden teeman, joka tulee osaksi yhteistä keskustelua (Linell, 1998; Seikkula ym., 2011). Teemoittelu selkeyttää aineiston hahmottamista ja mahdollistaa tiettyjen teemojen poimimisen jatkoanalyysiin.

Analyysin toisessa vaiheessa tarkastellaan jaksoittain dominanssien jakautumista terapian osanottajien kesken (Seikkula ym., 2011). Dominanssien avulla on mahdollista tutkia vuorovaikutuksen dynamiikkaa ja osallistujien vaikutusta keskustelun rakentamiseen. Määrän dominanssi kertoo, kuka puhuu jaksossa eniten. Aiheen dominanssia on puolestaan henkilöllä, joka tuo keskusteluun uusia puheenaiheita ja vaikuttaa eniten keskustelun sisältöön. Vuorovaikutuksen dominanssi määritellään osanottajalle, jolla on suurin vaikutus toisten aloitteisiin, ilmaisuihin ja vastauksiin. (Linell, Gustavsson & Juvonen, 1988). Henkilö voi saada muut puhumaan esimerkiksi kysymyksillä. Kuitenkin myös hiljainen osallistuja voi olla kyseisen dominanssin haltija, jos hän herättää muissa huolehtivia kommentteja ja reaktioita.

Analyysin toinen vaihe jatkuu vastausarjojen tarkastelulla jaksokohtaisesti. Aluksi lähdetään liikkeelle ilmaisusta, joka on valittu aloitelausumaksi. Tämän ilmauksen vastauksesta analysoidaan, mihin se vastaa ja mihin ei. Vastaus voi kohdistua siihen, mitä on juuri sanottu, mistä on puhuttu aiemmin istunnon aikana tai miten on puhuttu. Se voi kohdentua myös istunnon ulkopuolisiin asioihin tai vastaajan omiin senhetkisiin tunteisiin ja kokemuksiin. Nämä vastauskategoriat eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan yksi vastaus voi sisältyä useampaan kategoriaan. On muistettava, että yksittäinen ilmaus voi sisältää useita ääniä (Haarakangas, 1997; Seikkula ym. 2011). Samalla kun osa äänistä tulee vastauksi, jotkut niistä jäävät vaille vastausta, minkä vuoksi vastauksesta tarkastellaan myös, mihin se ei vastaa. Tämän jälkeen tutkitaan ilmauksen vastaustapaa luokittelemalla se monologiseksi tai dialogiseksi dialogiksi. Jos lausumaan ei odoteta vastausta tai se on suljettu kysymys, se katsotaan

monologiseksi dialogiksi (Markovà, 1990; Seikkula ym., 2011). Dialogiselle dialogille on taas ominaista, että vastaus kytkeytyy muiden puhujien aiempiin ilmaisuihin sisältäen samoja sanoja. Dialoginen ilmaus ei määrittele, millainen seuraavan lausuman tulisi olla, vaan jättää avoimen tilan vastaukselle. Lopuksi vastauksesta katsotaan, miten siinä otetaan huomioon dialogissa ilmenevä tämänhetkisyys ja implisiittisyys.

Menetelmän kolmannessa vaiheessa hyödynnetään narratiivisten prosessien koodausjärjestelmää (NPCS) kielialueiden tutkimisessa. Alun perin Angus, Levitt & Hardtke (1999) ovat kehittäneet menetelmän yksilöterapian tutkimiseen, ja myöhemmin Laitila, Aaltonen, Wahlström & Angus (2001) ovat soveltaneet NPCS:ää pari- ja perheterapian tarpeisiin. Narratiivisilla prosesseilla viitataan kolmeen erilaiseen prosessointitapaan terapiakeskustelussa. Niiden avulla voidaan selvittää, kuinka asiakkaat pyrkivät ymmärtämään itseään, ja kuinka asiakkaat ja terapeutit luovat yhteistä ymmärrystä tilanteesta. Prosessointi tapahtuu aina jollakin seuraavista kielialueista, jotka erotellaan aineistosta:

1. *Eksternaalisella narratiivisella kielialueella* kuvaillaan mennyttä, nykyistä, tulevaa tai kuviteltua tapahtumaa. Puhe saattaa sisältää muistelua tai konkreettisten asioiden kertomista esimerkkien kautta. Tarkoituksena on, että asiakkaat ja terapeutit saisivat eheämmän kuvan tapahtumien kulusta.
2. *Internaalisella narratiivisella kielialueella* puhuja kuvaa tunteitaan ja henkilökohtaisia kokemuksiaan. Lisäksi emotionaaliset ilmaukset saattavat tulla ilmi implisiittisesti, esimerkiksi huokailuna, erilaisina äänensävyinä tai itkuna. Tunnekuvaukset voivat olla myös metaforan muodossa, esimerkiksi ”Olin seitsemännessä taivaassa”.
3. *Reflektiivinen narratiivinen kielialue* sisältää tapahtumien ja kokemusten eri merkitysten tulkintaa sekä analysointia. Puhuja voi tutkia käyttäytymismallejaan, ajatteluaan ja tunteitaan eri tilanteissa. Näin henkilö pyrkii parempaan ymmärrykseen omista tunteistaan suhteessa itseensä, muihin tai johonkin tapahtumaan (Angus, Levitt & Hardtke, 1999; Laitila, Aaltonen, Wahlström & Angus, 2001; Seikkula ym. 2011).

Koko istunnon vastaussarjojen analysoinnin jälkeen osa jaksoista valitaan mikroanalyysiin. Tässä vaiheessa voidaan tutkia, mistä asemista henkilöt puhuvat, mitä ääniä ilmaisuihin sisältyy ja kenelle puhe on osoitettu. Tällöin on mahdollista saada tarkempi käsitys keskustelun dialogisista piirteistä.

2.3. Aineiston analysointi

Aloitimme aineistoon tutustumisen kuuntelemalla terapiaistuntojen ääninauhat tehden samalla muistiinpanoja havainnoistamme. Kuuntelimme välillä istuntoja toisen DINADEP-projektiin pro gradua tekevän parin kanssa, ja keskustelimme yhdessä aineiston herättämistä ajatuksista. Samalla aloimme myös perehtyä pariterapiaa ja dialogisuutta koskevaan kirjallisuuteen, joka yhdessä aineistomme kanssa vaikutti tutkimuskysymystemme muotoutumiseen. Näiden kysymysten ohjaamana päädyimme valitsemaan neljä istuntoa analysoitaviksi. Jaoimme istuntojen litterointityön puoliksi, ja litteroinnin jälkeen molemmat kävivät vielä läpi toisen litteroimia tekstejä tarkemmin.

Tutustuimme analyysimenetelmään artikkelien avulla (Angus, Levitt & Hardtke, 1999; Seikkula ym., 2011) ja keskustelemalla ohjaajamme kanssa. Lähdimme liikkeelle analyysin ensimmäisellä vaiheella eli jakamalla istunnot jaksoihin teemojen mukaan. Ensimmäisen istunnon teemoittelun teimme yhdessä. Loput jaksotimme ensin itsenäisesti, minkä jälkeen vertailimme tuloksiamme ja keskustelimme niistä. Tulokset olivat hyvin yhteneväiset, lukuun ottamatta pieniä eroavaisuuksia 10 jakson kohdalla. Pohdimme eroavia kohtia yhdessä, minkä myötä päädyimme niistä yksimielisyyteen. Neljästä istunnosta hahmottui yhteensä 108 jaksoa, joista 76 jaksoa muodostivat analysoimamme aineiston, sillä ne sisälsivät varsinaista terapiakeskustelua. Sen sijaan keskustelut käytännön asioista, kuten aikataulujen sopimiset, jätettiin analyysin ulkopuolelle. Istuntojen alussa asiakkaat täyttivät tutkimuslomakkeen voinnistaan ja lopussa arvioivat kulunutta istuntoa SRS-lomakkeella. Lomakkeista käydyistä keskusteluista emme tehneet vastaussarjojen analyysia, sillä ne eivät olleet varsinaista terapiakeskustelua, mutta myöhemmin tuloksemme herättivät kuitenkin mielenkiintomme tarkastella niiden dialogisuutta.

Aloitimme istuntojen dialogisten piirteiden arvioinnin menetelmästä kertovia artikkeleja apuna käyttäen (Angus, Levitt & Hardtke, 1999; Seikkula ym., 2011). Suoritimme tässä kohtaa menetelmän toisen ja kolmannen vaiheen, eli dominanssien, vastaussarjojen ja kielialueiden analyysin peräkkäin yhteen jaksoon kerrallaan. Analyysi oli prosessiluonteista, sillä tehdessämme analyysia taitomme harjaantuivat vähitellen ja aloimme hallita menetelmää paremmin. Yhdessä pohtiminen ja epäselvien kohtien läpikäyminen ohjaajan kanssa ohjasivat meitä prosessissa. Kaksi istuntoa teimme yhdessä, mikä lisäsi analysointitapamme yhdenmukaisuutta. Loput kaksi analysoimme aluksi erikseen ja vertailimme sen jälkeen tuloksia yhdessä. Laskimme yhteneväisyyden viimeisestä istunnosta, joka

sisälsi 1/3 analysoiduista jaksoista. Dominanssien, dialogisuuden ja kielialueiden luokitteluistamme 90 % oli yhteneviä. Eriävistä kohdista pääsimme yksimielisyyteen yhdessä neuvottelemalla.

Analyysin aikana dialogisuus ja reflektiivinen puhe nousivat keskeisiksi välineiksi päästä käsiksi tutkimusaiheeseemme aineistossa. Mietittyämme mikroanalyysijaksojen valintaa ohjaajamme kanssa totesimme reflektiivisten kohtien tarkastelun avaavan tutkimusaihettamme, koska niitä esiintyi vain vähän aineistossamme ja dialogisuutta ei lainkaan. Listasimme kaikki reflektiivistä puhetta sisältävät jaksot ja merkitsimme ylös, kenellä reflektiivistä puhetta esiintyy ja mihin teemaan puhe liittyy. Tavoitteenamme oli löytää mikroanalyysiin jaksoja, jotka sisälsivät masentuneen asiakkaan reflektiivisyyttä. Lisäksi pyrimme saamaan jaksoja joka istunnosta, mutta koska viimeisessä istunnossa asiakkaan reflektiivistä puhetta ei ollut lainkaan, emme valinneet siitä yhtään jaksoa. Luettuamme aineistoa useaan kertaan meille alkoi hahmottua käsitys poissuljettavista ja analyysiin parhaiten soveltuvista jaksoista. Mikroanalyysiimme valikoitui istunnosta 2 kaksi jaksoa, istunnosta 9 yksi jakso ja istunnosta 23 kaksi jaksoa. Jaksojen pituudet vaihtelivat yhdestä lähes viiteen sivuun.

Mikroanalyysia varten laadimme valittujen jaksojen keskusteluista taulukot, joissa jokaisen henkilön puhe sijoitetaan omaan sarakkeeseensa. Kukin ilmaisu on omalla rivillään, ja ajallisesti ilmaukset etenevät riveittäin alaspäin taulukossa. Taulukko helpottaa dialogin hahmottamista ja sen seuraamista, miten ihmiset osallistuvat vuoropuheluun. Taulukko sisältää sarakkeet myös mikroanalyysin merkintöjä varten. Vastauskategoriasarakkeeseen kokosimme dominanssit, kielialueet ja ilmaisuuden dialogisuuden/monologisuuden. Lisäksi merkitsimme, mihin ilmaus vastaa ja mihin ei. Mikroanalyysi keskittyi dialogin ääniin ja asemointeihin, jotka kirjoitimme toiseen sarakkeeseen. Etenimme analyysissa pieni pätkä kerrallaan eritellen puhujien ilmaisuissa esiintyviä ääniä. Samalla tutkimme, miten osallistujat asemoivat itseään ja toisiaan keskustelussa. Katsoimme aluksi sitäkin, kenelle puhe on osoitettu, mutta havaitsimme tarkastelun olevan lähes mahdotonta pelkän ääninauhan perusteella, koska puheen osoittaminen näkyy usein vain katseista ja kehon asennoista (Seikkula ym., 2011). Tämän tutkiminen ei vaikuttanut myöskään kovin informatiiviselta tutkimuskysymyksiämme ajatellen, joten päätimme jättää sen analyysista pois.

3. TULOKSET

Kuvaamme tulososion alussa pariskuntaa, hoidon kulkua ja terapiakeskustelun yleisiä piirteitä. Tämän jälkeen tarkastelemme esimerkkien avulla dialogisuuden toteutumista aineistossamme sekä terapeuttien vastaustapoja masentuneelle asiakkaalle. Lopuksi vertailemme, löytyikö terapeuttien vastaustavoista eroja masentuneen asiakkaan hyväksi ja huonoiksi arvioimissa istunnoissa. Nämä arviot kertoivat asiakkaan kuulluksi tulemisen kokemuksesta. Tutkimusaineistoon viitattaessa asiakkaiden tunnistetiedot on muutettu ja lyhenteet T1 ja T2 kuvaavat terapeutteja. Käytetyt litterointimerkinnot löytyvät liitteestä 2.

3.1. Terapian yleinen kuvaus

Sarin ja Petrin pariterapian alkaessa Sarin masennus oli BDI-II -pisteiden (29 p.) perusteella vakavan masennuksen alarajalla, kun taas Petrillä ei esiintynyt masennusta lainkaan (BDI 0 p.). Sarilla oli ollut ennen terapian alkua useampia hoitotahoja masennukseen liittyen, ja terapian aikana hänellä oli mielialälääkitys. Sarin vointi ja toimintakyky vaihtelivat hoidon aikana kausittain hyvästä jopa niin huonoon, että hän oli pari kertaa sairaalahoidossa. Puolen vuoden jälkeen alkumittauksesta hänen BDI-pisteensä olivat 25, vuoden seurannassa 32 ja puolentoista vuoden jälkeen 18 pistettä. Kaksi vuotta kestäneen hoidon jälkeen Sarin BDI säilyi 18 pisteessä, mikä viittaa keskivaikeaan masennukseen. Terapia oli siis masennuksen suhteen tulokseton.

Masentuneen asiakkaan kuulluksi tulemistä terapiassa mitattiin SRS-lomakkeen relationship-skaalalla (SRS1). Sari oli arvioinut tullessaan kuulluksi hyvin vaihtelevasti, sillä terapiaprosessin SRS1-arvojen vaihteluväli oli 2,7–9,9. Pisteiden keskiarvo oli 8,0, ja suurimmaksi osaksi Sarin arviot pysyttelivätkin sen tuntumassa muutamaa nopeaa muutosta lukuun ottamatta. Kuudesta istunnosta puuttui arvo. Kaksi huonointa ja paras arvo olivat hoitokokouksista, joten varsinaisten terapiaistuntojen arvojen vaihteluväli oli 5,7–9,7.

Taulukko 1. Dominanssien jakautuminen istuntokohtaisesti

Istunto 2, SRS1 5,7	Terapeutit	Sari	Petri
Määrän dominanssi	26 %	37 %	37 %
Aiheen dominanssi	63 %	11 %	26 %
Vuorovaikutuksen dominanssi	68 %	11 %	21 %
Istunto 9, SRS1 9,7	Terapeutit	Sari	Petri
Määrän dominanssi	31 %	8 %	61 %
Aiheen dominanssi	54 %	23 %	23 %
Vuorovaikutuksen dominanssi	85 %	0 %	15 %
Istunto 23, SRS1 9,6	Terapeutit	Sari	Petri
Määrän dominanssi	14 %	29 %	57 %
Aiheen dominanssi	50 %	14 %	36 %
Vuorovaikutuksen dominanssi	57 %	0 %	43 %
Istunto 28, SRS1 7,4	Terapeutit	Sari	Petri
Määrän dominanssi	48 %	4 %	48 %
Aiheen dominanssi	57 %	0 %	43 %
Vuorovaikutuksen dominanssi	70 %	0 %	30 %

Tarkastelimme terapiaistuntojen dialogin yleisiä piirteitä dominanssien avulla (ks. taulukko 1). Määrän dominanssin perusteella Sari ja Petri olivat yhtä paljon äänessä istunnon 2 aikana, kun taas seuraavissa istunnoissa Petri puhui selvästi Saria enemmän. Istunnoissa 9 ja 28 Sari oli erityisen hiljainen. Terapeuttien aiheen dominanssin määrästä voi nähdä, että uudet puheenaiheet tulivat lähinnä heiltä. Terapeuttien hallitsevuuden vuoksi asiakkaille ja erityisesti Sarille jäi vain vähän tilaa tuoda haluamiaan puheenaiheita esille. Terapiakeskustelussa oli hyvin harvoin muutamaa sekuntia pidempiä taukoja, ja silloin kun lyhyt hiljainen hetki koitti, se katkesi usein terapeuttien tai Petrin alkaessa puhua uudesta aiheesta. Terapeuteilla oli myös eniten vuorovaikutuksen dominanssia. Se kertoo, että he ohjailivat ja kontrolloivat useimmin toisten ilmaisuja ja kuljettivat keskustelua haluamaansa suuntaan. Sarilla ei ollut vuorovaikutuksen dominanssia kuin toisen istunnon kahdessa jaksossa.

3.2. Dialogisuuden toteutuminen

Aineistossamme terapeuttien vastaukset olivat pääosin monologisia lukuun ottamatta yksittäisiä dialogisia ilmaisuja tai kysymyksiä. Tällaisten lausumien jälkeen terapeutit kuitenkin palasivat aina

monologiseen puheeseen, minkä vuoksi keskustelussa ei päästy dialogiseen dialogiin. Tämä ilmenee esimerkiksi seuraavassa katkelmassa.

Istunto 23: esimerkki 1

- Sari: mut kyl se niinku, kyl se niinku oikeestiki kyllä meni aika ä-, siis se lähti sieltä pohjalta niinku viuh ylös
T2: [mikä se oli se viuh?
Sari: [() en, en ossaa [sannoo
T2: [nä on iha [älyttömän tärkeitä
Sari: [mun päässä niinku se, en mä tiiä, se vaan, niinku kaikki loksahaa vaan kohilleen ei tunnu enää pahalta. Multa loppu niinku se kaikki mielen..siis että alko mie kiinnostaa kaikki tekeminen, tuli vaan se voima niinku takasi, oli () ja kiinnosti tehdä kaikkee ja se niinku lakkas silloin ku oli maassa niin kokonaan se mielenkiinto mittään kohtaan.
T2: mut sä tossa vähän uumoilit et yks ois voinu olla se et sä kävit siellä reissun päällä et se [piristi
Sari: [°mm°, mm
T1: mm
T2: et sai vähän ajatusta ehkä toiseen raiteelle
Sari: mm
T1: sittehän siinä oli tietysti myös tää lääke juttu eikö ollu et siinä oli taukoo lääkkeissä [ja sitten, nii, mm
Sari: [niin sekkii oli, mm

T2 vastasi Sarin voinnin kuvaukseen avoimella dialogisella kysymyksellä käyttäen hänen sanaansa ”viuh”. Kun Sari epäröi vastauksessaan, terapeutti korosti vielä asian tärkeyttä, mutta puhui samalla Sarin päälle. Sari kuvasi tarinassaan voinnissaan tapahtunutta muutosta ja siihen liittyvien kokemusten ääniä silloin ”ku oli maassa” ja ”tuli vaan se voima niinku takasi”. Tarinankertojana Sari asemoi itsensä altavastaajaksi ja epätietoiseksi ilmaisulla ”en mä tiiä...”. Terapeutit eivät sisällyttäneet vastauksiinsa Sarin ilmaisemia ääniä, eli vastaukset eivät kytkeytyneet juuri sanottuun ilmaisuun, eivätkä Sarin äänet tulleet osaksi yhteistä dialogia. Sen sijaan heidän vastauksensa rakentuivat aikaisemmin terapiassa esille tulleista aiheista ja terapeuttien omista äänistä. Tästä esimerkkinä on sairaanhoitajaääni, joka näkyi terapeutin lääkekysymyksessä. Sarin epävarmuuden ääntä ei pysähdytty pohtimaan yhdessä, vaan terapeuteilla vaikutti olevan kiire löytää vastauksia. Ehdottamalla monologisesti mahdollisia syitä muutokselle terapeutit asemoivat itsensä asiantuntijoiksi ja vastasivat kysymykseen Sarin puolesta. Näin Sarin mahdolliset äänet eivät myöskään päässeet esille. Kaiken kaikkiaan Sarin ääni ei tullut keskustelussa kuulluksi.

Terapeutit toivat välillä dialogiin omia sanoja, ja loivat asiakkaiden puheeseen uusia merkityksiä, joita pariskunta itse ei ollut tuottanut. Tätä tapahtui aineistomme jokaisessa istunnossa, kuten seuraavassa esimerkissä, jota edelsi Sarin kuvaus hyvästä viikosta.

Istunto 9: esimerkki 2

- T1: nii, hirmu hyvä, (.) mitäs haluatteko te ite nyt kertoo että mistä tämä hyvä olo on, sanoitte, että tasapainonen olo on kaikin puolin, ettei oo mittää riitoja suurempia ollu eikä
- Sari: hmm (2)
- Petri: lomille jäin justiin, sekin vaikuttaa, perjantaina tuntu tosi kivalta
- T1: niin, tietynlainen stressi on poissa

Pariskunta ei ollut puhunut tasapainoisesta olost, eikä riidoista, vaan terapeutti toi itse kyseiset sanat dialogiin muodostaen omasta kokemusmaailmastaan käsin merkityksiä asiakkaiden kertomalle hyvälle ololle. ”Sanoitte” -ilmaisulla terapeutti viittaa, että nämä sanat olisivat asiakkaiden ääntä. Muutamassa kohdassa aineistoa terapeuttien käyttämät sanat siirtyivät asiakkaidenkin puheeseen. Terapeutin oma henkilökohtainen ääni tuli esille myös hänen tulkitessaan, että lomille jääminen merkitsee stressin poissaoloa. Tällainen tulkintojen tekeminen dialogin ulkopuolelta oli tyypillistä terapeuteille. Terapeuttien käyttäessä omia sanoja asiakkaiden äänet eivät tulleet yhdenvertaisesti osaksi dialogia.

Terapeuttien monologinen vastaustapa näkyi aineistossa myös siinä, kuinka he päättivät usein keskustelun haluamassaan kohdassa ja siirtyivät uuteen puheenaiheeseen, joka ei kytkeytynyt edelliseen dialogiin. Monologinen puhe oli vahvasti esillä lisäksi lomakekeskusteluissa. Terapeutit eivät kysyneet asiakkailta, mitä lomakkeiden pisteet heille tarkoittivat, vaan kertoivat pisteiden perusteella subjektiivisen tulkintansa asiakkaiden voinnista.

Polyfonisuus ei toteutunut terapian aikana muun muassa sen vuoksi, että terapeutit puhuivat Sarin puolesta kysymättä hänen näkemystään. Seuraava katkelma havainnollistaa tätä.

Istunto 28: esimerkki 3

- Petri: tuntuu että (.) [Sari jotenki ymmärtää sen oman masennuksensa paremmin
- T2: [(semmonen tässä on), nii
- Petri: et (1) mun mielestä nykyään hän käyttää enemmän sanaa väsyttää kun masentaa
- Sari: hmm
- T2: joo

T1: nii joo, [joo
Petri: [ennen se ei käyttäny mitää muuta sanaa ku masentaa
T1: joo
T2: hmm, nii ja jos sitä ei tavota ni sitä sen huomaa vasta sitte kun jo masentaa
Petri: hmm
Sari: hmm
T2: koska mä ainaki aattelen et sulla on vähä semmonen ketju siinä tulee että, että (.) ensiks tulee se (.)
on niitä vaatimuksia, sitte tulee se väsymys

Petri kertoi näkemyksestään Sarin masennuksesta käyttäen Sarin ääntä. Toinen terapeuteista vastasi tähän monologisella ja psykoedukatiivisella ilmauksella asemoiden itsensä Sarin masennuksen asiantuntijaksi. Terapeutit pitivät Petrin ilmaisua Sarin äänenä, eikä Sarin omaa näkemystä kysytty. Sarin tämänhetkinen ääni ei siis päässyt kuuluviin, vaan terapeutin äänestä tuli dialogissa hallitseva. Puhuttaessa Sarin masennuksesta Petri ja terapeutit puhuivat Sarin puolesta, eikä Sarin ääni tullut tasavertaiseksi muiden äänten kanssa keskustelussa, minkä vuoksi polyfonisuutta ei päässyt syntymään. Terapeuttien psykoedukatiivista puhetta esiintyi aineistossa usein, välillä pitkinäkin monologeina.

Sari kuvasi terapiassa nousseita tunteitaan muutaman kerran aineistossamme. Terapeutit eivät huomioineet tämänhetkisyiden ääntä asiakkaan ilmaisuihin, vaan heidän vastauksissaan näkyi heidän oma näkemyksensä tai asiakkaan menneiden tunteiden äänet. Seuraava esimerkki ilmentää terapeuttien vastaustapaa tämänhetkisyteen.

Istunto 9: esimerkki 4

Sari: sit toinen juttu mikä mua näin jälestä kätteen ärsyttää tossa
Petri: okei
Sari: on se, että kun mä ruppeen puhumaan siitä niin puhut päälle heti ja ruppeet hirveenä puolustelemaan
(3) nii miks sun pittää niin paljon puolustella sitä
Petri: mitä puolustella
Sari: no sullei että enhän minä nyt että ja niin, näin ja näin
Petri: mun mielestä mä olin kiltisti
Sari: nii olitki melekei
Petri: ((nauraa)) no hyvä (.) melekei
((naurua))
T1: elikkä sinua niinku ärsytti nämä tietyt asiat elikkä
Sari: hmm
T1: että meni niin myöhään, ja ja se väs, sinä ajattelit että se väsymys
[jossaki vaiheessa
Sari: [ja sitten siellä taustalla on aina just se se kun ei kotona oo toiselle enää

aikaa ja (.) valitat väsymystä ja näin ja

Petri: hmm

Sari: sit jaksat valvoo muualla nii se mua ärsyttää

Sari kertoi sen hetkisestä ärsyntyemisestään, mutta terapeutin vastaus kohdistui Sarin menneisiin ärsytyksen tunteisiin. Tämänhetkisyyden ääni jäi siis vaille vastausta, joten se ei tullut osaksi yhteistä dialogia. Tämän jälkeen Sari palasi tarkentamaan sen hetken ärsytyksensä syytä, mutta terapeutti ei vastannut näihin ääniin missään vaiheessa dialogia. Katkelman istunto oli analysoimassamme aineistossa ainoa, jossa pariskunta riiteli keskenään. Sari ja Petri kohdistivat puheenvuoronsa selkeästi toisilleen siten, että Sari toimi riitatilanteessa syyttelijänä ja Petri puolustautujana. Terapeutti ei huomionnut näitä pariskunnan vastakkaisia näkökulmia, jolloin Sarin ja Petrin äänet eivät tulleet osaksi keskustelua. Heidän eriävistä näkemyksistään ei syntynyt uutta ymmärrystä, eivätkä ne tulleet kuulluiksi.

3.3. Mihin asiakkaan ääniin vastattiin ja mihin ei?

Analysoituamme terapeuttien vastauksia havaitsimme kielialueiden erottelevan parhaiten, mihin ääniin terapeutit vastasivat ja mihin eivät. Pääosin terapeuttien vastaukset kohdistuivat eksternaalisiin ääniin. Internaalisiin ääniin terapeutit vastasivat joitakin kertoja, ja reflektiiviseen ääneen vain kerran analysoimissamme istunnoissa.

Sarin internaalista puhetta eli hänen tunteidensa ja kokemustensa kuvailua esiintyi yhteensä 22 jaksossa. Terapeutit eivät vastanneet näihin ääniin 16 jaksossa, vaan heidän vastauksensa kohdistuivat tällöin eksternaalisiin ääniin, kuten tapahtuman kuvailuun.

Istunto 2: esimerkki 5

Sari: nii siitä piti puhua että, siis, kun lääkkeet alotin (1) sen jälkeen mä tuijotin seinää varmaan sen kolme viikkoo (.) mietin hirveesti asioita

T2: mm

Sari: ja tota, olin ihan silleen et tunteet nous pintaan ja (1) ja ja, kaikkee jännitin ja hirveesti tälleen mietin ja..

Petri: joulunakkii

Sari: mmm

T2: °hm°

Petri: menttii Sarin veljen luo nii Sari oli ihan täristä [että

Sari: [piti ottaa] resoliidii että mä uskalsin

...

Sari: Ja sitte niinku sen jälkee alko (1) tasaantua ja tuntu tosi hyvältä pitkästä aikkaa

T1: °hm°

Petri: mm

Sari: oli yks aamu niinku heräsin jee musta tuntuu hyvältä ((hymähtäen))

Petri: nii oli joo

T2: mm

T1: Onks siinä sitte uusia lääkkeitä sinulla alotettu vai?

Sari kuvasi tunteitaan ikään kuin ne vain olisivat tapahtuneet hänessä ilman että hän olisi pystynyt juurikaan itse vaikuttamaan niiden ilmenemiseen. Näillä internaalisilla ilmaisuilla Sari asemoi itsensä altavastaajaksi suhteessa omiin tunteisiinsa. Petri liittyi Sarin tarinankerrontaan täydentäen ja vahvistaen kertomusta. Heillä oli hyvin yhteneväinen näkökulma tapahtumiin, ja he tuntuivat auttavan toinen toisiaan kertomisessa. Tällainen yhteinen dialogi oli tyypillistä pariskunnalle. Terapeutin ilmaisussa kuului hänen sairaanhoitajaäänensä sekä Petrin ääni, sillä tämä oli ottanut lääkkeet puheeksi hetkeä aiemmin. Terapeutti ei vastannut Sarin kokemusten ääniin, vaan eksternaaliseen kuvaukseen lääkkeistä. Hän ohjasi Saria pois internaalisesta kuvailusta monologisella ja eksternaalisella kysymyksellään, eikä siten auttanut Saria pohtimaan reflektiivisesti omia tunteitaan.

Sarin internaalisiin ilmaisiin vastattiin 6 jaksossa, mutta niistä ei syntynyt yhteistä dialogia missään kohdassa keskustelua.

Istunto 9: esimerkki 6

Sari: mä menin etteen et et kyllä lähe yhtään minnekkään ja (.) mä olin niinku tosi vihanen

T1: [hmm

Petri: [hmm

T1: mistä sä olit vihanen

Sari: siitä, et kun aina on valittaa väsymystä ja sitte (.) sitte jaksaa kuitenkin yön jossain muualla valvoo ja tietää et mää voin olla väsyksissä kotona ja on masennusta ja kaikkee

...

Petri: en minä ollu humalassa, jos sinä väität et [mä olin humalassa

Sari: [olit sinä silleen pikkasen

Petri: kello oli iltapäivää, paljonko oli kello, kahentoista ja kahen välillä oisko

Sari: hmm

T1: niin sää siihen aikaan tulit sitten

Terapeutti vastasi Sarin internaaliseen ilmaisuun dialogisella kysymyksellä. Sari kuvaili vihansa syitä, jonka jälkeen dialogi eteni Sarin ja Petrin kinasteluna. Terapeutin vastaus kohdistui vihan ja kinastelun äänien sijaan Petrin eksternaaliseen ääneen ajankohdasta. Terapeutti ei jatkanut yhteistä dialogia Sarin vihaisuuden äänistä, jolloin ne eivät tulleet kuulluiksi.

Sarin reflektiivisiä ilmaisuja esiintyi aineistossa yhteensä yhdeksässä jaksossa, ja kahdeksassa näistä terapeuttien vastaukset eivät kohdistuneet tämän kielialueen ääniin. Muutamassa kohdassa mihinkään Sarin ääniin ei vastattu, vaan puheenaihe kääntyi muualle. Muulloin terapeutit vastasivat eksternaaliseen puheeseen reflektiivisen sijaan, kuten seuraavasta esimerkistä tulee ilmi.

Istunto 23: esimerkki 7

- Sari: Petrin kanssa just puhuttiin siitä mun, ku mä oon nyt touhunnu aika paljon kaikkee siivoillu ynnä muuta tämmöstä tavallista nii Petriki sano että elä nyt väsyttä ihteessä, nii mä sanoin siihen takasi että no, musta tuntuu niinku ruppee sit masentaa et jos mä en touhua mittää et mulla on tylsää että mun on [pakko niinku jottai tehdä, että
- T2: [mm, mm
- Sari: mielummin mä väsyn siitä tekemisestä kun, että, mä väsyn tyhjästä että on vaan [semmonen
- T2: [mm
- T1: °mm°
- Sari: masentunu
- T2: mut voiks sitä tekemistäki niinku sillä lailla opetella vähän huoltamaan että, että niinku, leppää sit aina välillä ja pitäsit [huolen siitä et tulee syötyä ja
- Sari: [mm, mm
- T2: tulee liikuttua ja
- Sari: [mm
- T2: [tulee et et pysyy semmonen niinku tasapaino et se ei oo niinku on tai off

Sari kuvaili reflektiivisesti toimintansa vaikutusta masennukseensa ja asemoi itsensä oman masennuksensa asiantuntijaksi sekä ennaltaehkäisijäksi. Sarin oman äänen lisäksi ilmaisussa tuli esille Petrin ääni ”elä nyt väsyttä ihteessä”. Terapeutti vastasi Petrin ääneen, mutta Sarin masennukseen liittyvät eri äänet ”mä väsyn, on tylsää” jäivät vaille vastausta, eikä hänen reflektiivinen pohdintansa tullut kuulluiksi. Terapeutti vastasi monologisesti eksternaalisella kielialueella ja antoi ohjeita väsymyksen minimoimiseksi eli vastasi psykoedukatiivisesti. Kun kielialue vaihtui dialogissa eksternaaliseksi, myös Sarin reflektiivinen pohdinta loppui.

Yhden kerran aineistossa terapeuttien vastauksessa näkyi Sarin reflektiivisen pohdinnan ääni. Ennen katkelmaa Petri oli ottanut puheeksi Sarin itsetunnon ja tekemisen välisen suhteen, josta Sari jatkoi omalla reflektiivisellä pohdinnallaan.

Istunto 23: esimerkki 8

Sari: mä en arvosta niin paljon ihteeni jos on kaikki tekemättä ja ei oo siistii ()
Petri: tuhat kertaa (varmaan [kuullu, kuullu] sen, Sari sanoo että
Sari: [ja en saa haettua Aapoa ((pariskunnan lapsi)) tai vietyä
T1: [mm, mm
Petri: hänestä ei oo mihinkää [ja, hän ei ossaa tehdä mitään
Sari: [nii, tuntuu silleen huonolta jos ei () mitään
T2: mm
T1: et sä omalla tavallaan kytket niinku sen oman [tuntemuksen itestäs tähän tekemiseen
Sari: [joo, itsetuntoon
Petri: mm
T1: nii. Et oisko tää semmonen aihe jostois kumminki hyvä puhua just että sitten siinä niinku että jos sä, niinku ois mahdollista näitä päitä niinku vähän lähentää. (.) Tietysti hyvähän se on että on toiminnallinen ja näin mutta just että sitten siinä ei tulis sitä väsymystä, et niinku joillakin [kerroilla on just puhe ollu siitä et se joku synttäri
Sari: [°hm°
T1: on tullu tai tämmönen et sähän teet hirveesti sitten

Terapeutti vastasi Sarille aluksi dialogisesti sisällyttäen vastaukseensa Sarin pohdinnan äänen. Tämän jälkeen hän jatkoi kuitenkin pidemmällä monologisella ja eksternaalisella puheenvuorolla, jossa hän asemoi itsensä Sarin jaksamisen asiantuntijaksi. Terapeutin puheessa kuului hänen oma äänensä ja oletuksensa siitä, miten Sarin tulisi toimia, kun hän neuvoi Saria tekemisen mitoittamisessa. Samalla terapeutti siirsi puheen tästä hetkestä tulevaisuuteen, jolloin Sarin sen hetkinen reflektointi ei tullut dialogissa tasavertaisesti esille. Sari palasi vielä katkelman jälkeen reflektiiviseen pohdintaan vaatavuudesta itseään kohtaan, mutta tämänkään jälkeen Sarin ääni ei tullut yhteisten merkitysten luomisen kohteeksi.

Asiakkaiden prosessointi tapahtui aineistossa suurimmaksi osaksi eksternaalisella kielialueella. Kun Sari käytti internaalisia tai reflektiivisiä ilmaisuja, terapeutit vastasivat yleensä eksternaalisiin ääniin, minkä jälkeen keskustelu jatkui eksternaalisena. Terapeuttien vastaukset eivät siis juurikaan edesauttaneet Sarin internaalisen tai reflektiivisen prosessoinnin jatkumista.

3.4. Erosivatko terapeuttien vastaustavat hyviksi ja huonoiksi arvioiduissa istunnoissa?

Vertailimme Sarin kuulluksi tulemisen perusteella (SRS1) parhaimmiksi (istunnot 9 ja 23) ja huonoimmiksi (istunnot 2 ja 28) arvioimia istuntoja. Oletuksemme oli, että istuntojen 9 ja 23 terapeuttien vastauksissa esiintyisi enemmän dialogisia piirteitä ja kaikkien kielialueiden ääniin vastaamista kuin istunnoissa 2 ja 28. Nämä tekijät eivät kuitenkaan erotelleet Sarin hyviksi ja huonoiksi arvioimia istuntoja toisistaan. Pieniä eroja silti löytyi istuntojen väliltä terapeuttien vastausten dialogisten piirteiden ja kielialueisiin vastaamisen suhteen, mutta erot eivät esiintyneet johdonmukaisesti Sarin kuulluksi tulemisen arvioinnin kanssa.

Istuntojen välillä oli eroja Sarin puolesta puhumisen, psykoedukaation ja terapiakeskustelun keskeytymisen määrässä, jotka ovat dialogisuuden vastaisia piirteitä. Terapeutit puhuivat Sarin puolesta sekä yhdessä hyväksi että yhdessä huonoksi arvioidussa istunnossa. Lisäksi he eivät ottaneet dialogissa huomioon Sarin ääntä, kun Petri puhui Sarin puolesta kolmessa istunnossa useaan kertaan. Hyväksi arvioidussa istunnossa 9 puolesta puhumista ei tapahtunut lainkaan. Terapeuttien psykoedukatiivista puhetta puolestaan esiintyi kaikissa muissa istunnoissa, paitsi huonoksi arvioidussa istunnossa 2, mikä oli oletuksemme vastaista. Havaitimme myös, että huonoksi arvioidussa istunnossa 28 terapiakeskustelu keskeytyi muita istuntoja useammin terapeuttien siirrettyä välillä puheen käytännönasioihin.

Istunnot eivät juuri eronneet toisistaan eri kielialueiden ääniin vastaamisessa. Sarin internaaliset ilmaisut jäivät kuitenkin oletuksemme vastaisesti hieman useammin vastaamatta hyviksi arvioiduissa kuin huonoiksi arvioiduissa istunnoissa. Sarin reflektiiviseen puheeseen vastattiin kerran yksittäisellä dialogisella ilmauksella hyväksi arvioidussa istunnossa 23. Tosin lähes kaikki Sarin reflektiiviset ilmaisut sijoittuivat hyviksi arvioituihin istuntoihin, ja vain yksi niistä esiintyi huonoksi arvioidussa istunnossa.

4. POHDINTA

4.1. Tulosten pohdintaa

Tutkimuksemme tavoitteena oli tarkastella, kuinka masentuneen asiakkaan ääni tulee kuulluksi pariterapian aikana käydyssä dialogissa. Tämä tapahtui tutkimalla, mihin asiakkaan ääniin terapeutit vastasivat. Lisäksi vertailimme, vastasivatko terapeutit samalla tavoin istunnoissa, joissa asiakas oli kokenut tulleeensa hyvin kuulluksi ja huonosti kuulluksi. Sekä dialogisuuden että tutkimuksemme taustalla on ajatus mielenterveyden häiriöiden vuorovaikutuksellisesta kehittymisestä ja paranemisesta. Tämän vuoksi dialogisuuden toteutumista terapiassa pidetään edellytyksenä positiiviselle muutokselle (Seikkula & Trimble, 2005). Aineistomme asiakkaan hoito oli masennuksen suhteen tulokseton, ja mielenkiinnon kohteenamme olikin, kuinka dialogisuus toteutui pariterapiassa.

Tutkittuamme terapeuttien vastaamista asiakkaalle osoittautui selkeästi, ettei dialogisuus toteutunut missään vaiheessa terapiaprosessia. Löysimme terapeuttien vastaustavoista useita tekijöitä, jotka eivät edistäneet dialogisuuden syntymistä tai jopa vaikeuttivat sitä. Terapeuttien vastauksissa ilmeni joitakin yksittäisiä dialogisia ilmauksia, joihin he sisällyttivät asiakkaan sanoja, mutta dialogisuutta keskusteluun ei syntynyt. Pääosin terapeuttien vastaukset olivat monologisia, mikä näkyi muun muassa siten, että he eivät yleensä vastanneet asiakkaan juuri sanomiin ilmaisuihin eivätkä toistaneet hänen sanojaan. Omien sanojen kuuleminen toisen sanomana auttaa asiakasta ymmärtämään paremmin sanomaansa (Seikkula, 2008) sekä jäsentämään ajatteluaan sisäisen dialogin avulla (Haarakangas, 1997). Tapauksessamme terapeutit eivät kuitenkaan tukeneet monologisilla vastauksillaan asiakkaan oman sisäisen vuoropuhelun kehittymistä, jota positiivinen muutos edellyttää (Haarakangas, 1997).

Terapeuttien tulisi huolehtia siitä, että niin asiakkaiden kuin terapeuttienkin äänet pääsevät tasavertaisesti kuuluviin dialogissa (Haarakangas, 1997; Seikkula & Arnkil, 2005). Aineistomme terapeutit kuitenkin hallitsivat eri tavoin dialogia omalla äänellään. He puhuivat pariin otteeseen asiakkaan puolesta kysymättä lainkaan hänen näkemystään, jolloin he Worthamin (2001) mukaan väistämättä olettivat kuvailemalleen henkilölle ääniä. Terapeutit hallitsivat myös puheenaisten vaihtoa ja niiden sisältöä. Haarakankaan (1997) mukaan tällainen työryhmän aiheen hallitsevuus ehkäisee keskustelun moniäänisyyden ja polyfonian syntymistä. Terapeuttien oman äänen hallitsevuus näkyi lisäksi siten, että he loivat asiakkaiden puheeseen uusia merkityksiä tuomalla dialogiin omia sanojaan ja tulkitsemalla asiakkaiden ilmaisuja. Terapeuttien tulee tosin tuoda keskusteluun sopivassa

määrin uusia merkityksiä esimerkiksi kielellisen ongelmapuheen häivyttämiseksi (Haarakangas, 1997; Andersen, 1990), mutta niiden ei pitäisi tulla keskusteluun annettuina, vaan kaikkien äänien tulisi päästä osallisiksi uusien merkitysten rakentamiseen (Seikkula & Arnkil, 2005).

Useassa kohdassa puhuttaessa Sarin masennuksesta ja väsymyksestä terapeutit keskittyivät Sarin jaksamisen tukemiseen neuvomalla häntä. On havaittu, että tällainen tiedon antaminen voi tukea psykoottisen asiakkaan voimavaroja (Aaltonen, 1999), mutta silloin kun työntekijä asemoi itsensä asiakkaan ongelman asiantuntijaksi, se on dialogisuuden periaatteiden vastaista (Anderson & Goolishian, 1992). Haarakankaan (1997) mukaan dialogisuus kadotetaan siinä vaiheessa, kun terapeutti luulee tietävänsä, mistä asiakkaan ongelmassa on kyse. On selvää, että terapeutin ja asiakkaan tietämyksessä on eroja, mutta erilaisten asiantuntijuuksien ei tarvitse olla esteenä tasavertaiselle keskustelulle kunhan eroista keskustellaan yhdessä ja dialogisuuteen pyritään tietoisesti (Aaltonen, 1999; Haarakangas, 2008). Psykoedukatiivisen puheen taustalla on ajatus, että vain yksi näkemys voi olla kerrallaan oikein, mikä on monologiselle keskustelulle ominaista. Sen sijaan dialogisuuden mukaan mitään näkemystä ei tulisi pitää oikeana tai lopullisena (Isaacs, 2001). Terapeuttien äänien hallitsevuus keskustelussa ei siis edesauttanut kaikkien läsnä olevien äänien osallistumista tasapuolisesti dialogiin eikä niiden kuulluksi tulemistä. Tämä kertoo siitä, ettei polyfonisuus toteutunut aineistossamme.

Dialogisuuden toteutumattomuus tuli aineistossamme ilmi myös terapeuttien ohittaessa asiakkaan tämänhetkiset kokemukset. Dialogin kehittäminen edellyttäisi siirtymistä asiakkaan kertomuksen sisällöstä kertomishetkeen (Seikkula, 2008). Terapeutit vastasivat kuitenkin kysymyksillään vain kertomuksen sisältöä koskeviin asioihin silloinkin, kun asiakas kertoi senhetkisistä kokemuksistaan. Terapiakeskustelu sijoittuikin joko menneisiin asioihin tai tulevaisuuteen, mutta ei kertaakaan tämänhetkisyyteen. Asiakkaan epätietoisuuden tai epävarmuuden kohdalla terapeutit pyrkivät löytämään nopeita vastauksia ehdottamalla niitä itse, jolloin he eivät antaneet aikaa ja tilaa epätietoisuuden pohtimiseen. Andersen (1990) on todennut, että terapiakeskustelun tulisi edetä tarpeeksi hitaasti, jotta sekä terapeuteilla että asiakkailla olisi aikaa omien sisäisten dialogiensä käymiseen. Terapeuttien hätäinen vastausten etsiminen ei kuitenkaan mahdollista tällaista sisäistä vuoropuhelua. Koska muutoksen hetkinä pidetään tämänhetkisyyksien kohtaamista, niiden ohittaminen voi olla yksi syy masennuksen jatkumiseen (Stern, 1998). Tämänhetkisyyden ilmausten ohittaminen saattaa selittää myös niiden vähäisyyttä aineistossamme, sillä tällöin asiakas voi tulla varovaisemmaksi niiden ilmaisemisessa.

Terapiakeskustelu sisälsi lähinnä tapahtumien ja asioiden konkreettista kuvaamista, ja suurimmaksi osaksi terapeutit vastasivat vain näihin eksternaalisiin ääniin. Nyen (1994) mukaan tapahtumista puhuttaessa voidaan tutkia tai muotoilla uudelleen tapahtumien merkityksiä. Yksityiskohtainen tapahtumien kuvaaminen voikin auttaa pääsemään käsiksi tunteisiin ja ajatuksiin, joita tapahtuman aikana on ollut (Salovey & Singer, 1993). Terapeutti voi auttaa tässä pyytämällä esimerkiksi tarkempaa kuvausta tapahtumasta (Angus, Levitt & Hardtke, 1999), mitä tapahtui välillä aineistossamme. Asiakkaan kuvaillessa kokemuksiaan terapeutit eivät kuitenkaan vastanneet näihin ääniin siten, että asiakkaalle olisi annettu tilaa pohtia tunteiden taustalla olevia merkityksiä. Kokemusten kuvaaminen on terapeutille mahdollisuus, johon vastaamalla asiakasta voidaan auttaa tunteiden laajempaan pohdintaan eli reflektiiviseen puheeseen (Greenberg, 2008). Ideaalia terapiakeskustelua olisikin, että tapahtumien ja kokemusten kuvaamisesta syvennyttäisiin pohtimaan niihin liittyviä merkityksiä sekä mahdollisia syy-seuraus -suhteita (Angus, Levitt & Hardtke, 1999). Tapauksessamme terapeutit eivät juurikaan tehneet aloitteita kielialueen vaihtamiseksi, ja pysyttäytyminen lähes ainoastaan eksternaalisessa prosessoinnissa saattoi vaikuttaa hoidon tuloksettomuuteen.

Dialogisuuden luominen ja asiakkaan kuulluksi tuleminen terapiassa edellyttää terapeutilta ymmärrystä vuorovaikutuksesta (Rober, 1999) ja dialogisuutta suhteessa itsen ja toisiin (Haarakangas, 1997). Terapeutti käy jatkuvasti sisäistä dialogia omien henkilökohtaisten ja ammatillisten ääniensä kanssa, ja näiden ajatusten reflektointi voi antaa terapeutille useita vaihtoehtoisia tapoja jatkaa keskustelua (Anderson & Goolishian, 1988). Aineistossamme terapeutit hallitsivat keskustelua toistuvasti ammatillisella sairaanhoitajan äänellä sen sijaan, että he olisivat luoneet keskusteluun samanaikaisesti tilaa useille eri näkemyksille. Tällainen toiminta antaa viitteitä siitä, että terapeuttien sisäisessä dialogissa oli mahdollisesti yksi vallalle päässyt ääni, joka monopolisoi terapeuttien ajatuksia ja siten vaikeutti dialogisuuden luomista keskusteluun. Seikkula on todennutkin dialogisuuden olevan terapeuteille haastavaa ehkä juuri sen yksinkertaisuuden vuoksi, sillä pelkkä kuuntelu ja vastaaminen riittävät (Seikkula, 2011; Seikkula & Trimble, 2005).

Yhteisesti jaettu reflektiivinen pohdinta voi parantaa asiakkaan itseymmärrystä ja sisäisen dialogin kehitystä (Haarakangas 1997). Laitila, Aaltonen, Wahlström ja Angus (2001) ovat huomanneet, että onnistunutta terapeuttista vuorovaikutusta ilmentävät keskustelukatkelmat, joissa asiakkaat ja terapeutit reflektoivat yhdessä siten, että kokemusten analysointi ja merkitysten tuottaminen tapahtuu vastavuoroisesti. Myös Greenberg ja Angus (2004) ovat todenneet, että tunteiden tarkastelu ja niiden ymmärtäminen edistävät henkilökohtaisen muutoksen kokemusta terapiassa. Tällaista reflektiivistä

keskustelua asiakkaan kokemuksista ei aineistossamme kuitenkaan esiintynyt. Angus (1994) raportoi vastaavasti, että hyvään hoitoon verrattuna heikon tuloksen hoidossa reflektiivistä puhetta oli suhteellisesti vähemmän, ja puhe keskittyi enemmän eksternaaliselle ja internaaliselle alueelle.

Kuulluksi tulemisen kokemus on tärkeä edellytys onnistuneelle hoitotulokselle (Seikkula, 2008). Vaikka aineistomme asiakas oli itse arvioinut tullessa kahdessa istunnossa hyvin kuulluksi, terapeuttien vastaustapa oli samanlainen jokaisessa istunnossa. Sitä vastoin dialogin analysoinnin perusteella asiakas ei tullut kuulluksi, sillä dialogisuus ei toteutunut eikä eri kielialueiden ääniin vastattu. Kuulluksi tuleminen on myös yksi osatekijä terapeuttisessa yhteistyösuhteesta, jota SRS-lomake mittaa. Tulostemme suuntaisesti Kuhlman (2009, 2012) on tutkimuksissaan havainnut, että asiakkaan antama myönteinen arvio yhteistyösuhteesta ei välttämättä ole tae hyvälle hoitotulokselle. Esimerkiksi terapeutin läsnäolo voi tuoda sosiaalisia paineita korkeampien pisteiden antamiseen, kuin arvioinnin tapahtuessa yksin (Orne, 1962). Mahdollisesti asiakkaan antamiin pisteisiin on voinut vaikuttaa myös hänen senhetkinen vointinsa, sillä psyykkisen hyvinvoinnin on huomattu ennustavan istunnon lopussa annettuja pistemääriä yhteistyösuhteesta (Kuhlman, 2012).

Asiakkaan arvio kuulluksi tulemisestaan tuo joka tapauksessa terapeutille tietoa prosessin kulusta (Kuhlman, 2012). Etenkin matalista arvoista tulisi keskustella ja sen jälkeen neuvotella etenemisestä yhdessä. Aineistomme asiakkaan terapian alussa antama alhainen arvio kuulluksi tulemisestaan olisi voinut toimia terapeuteille hälyttävänä merkinä kehittää yhteistyösuhdetta. Asiakkaan ajatukset hänen antamistaan arvoista eivät kuitenkaan tulleet kuulluiksi keskustelussa. Varsinkin terapian alkupuolella on tärkeää kehittää asiakassuhdetta, sillä on huomattu, että myönteinen arvio yhteistyöstä hoidon alussa ennustaa hyvää hoitotulosta ja sen säilymistä (Anker, 2010; Kuhlman, 2009). Kuhlmanin ja Ankerin tuloksiin verrattaessa on tosin otettava huomioon, että heidän käyttämänsä yhteistyösuhteen mittari (SRS) sisältää kuulluksi tulemisen ohella kolme muutakin skaalaa (ks. liite 1).

Tutkimuksemme tukee oletusta, että ilman dialogisuutta terapiassa ei saavuteta hyvää lopputulosta. Seikkula (2002b) on kuitenkin ehdottanut, että dialogin laadun lisäksi on olemassa muitakin hoidon tulosta selittäviä tekijöitä. Dialogisuuden ja tuloksellisen hoidon yhteydestä ei siis voida tehdä kausaalipäätelmiä varsinkaan tapaustutkimuksen perusteella, sillä positiiviseen muutokseen vaikuttavia mekanismeja on useita, eikä niitä täysin tunneta (Stern, 1998). Huomionarvoista on, että vaikka aineistomme asiakkaan masennusdiagnoosi säilyi, terapiassa on ollut luultavasti myönteisiäkin asioita, sillä pariskunta kävi terapiassa lähes kahden vuoden ajan. Tuloksemme ovat puolestaan dialogisuuden periaatteiden vastaisia siten, että asiakkaan oma arvio kuulluksi tulemisestaan ei ollut merkki

dialogisuuden toteutumisesta. Tässä tutkimuksessa SRS1:llä ei siis tavoitettu dialogisuuden mukaista kuulluksi tulemistä.

4.2. Tutkimuksen arviointia

Kokemuksen määrällinen mittaaminen tapahtuu aina jonkin työkalun avulla, kuten tässä tutkimuksessa SRS-1:llä. Tällöin on otettava huomioon, kuinka hyvin mitattava ilmiö on saatu taltioitua (Eskola & Suoranta, 2008). Asiakas ei arvioinut kuulluksi tulemistaan numerolla, vaan arvo mitattiin janasta vasta jälkikäteen. Asiakas ilmaisi toisen huonoksi arvioimansa istunnon kohdalla, että janasta mitatut pisteet olivat huonommat kuin hän oli ajatellut. Tutkimuksen validiteettia arvioitaessa onkin muistettava, että eri ihmisillä saattaa olla samasta pistemäärästä huolimatta hyvin erilainen kokemus kuulluksi tulemisesta.

Koska hoito oli toteutettu luonnollisissa olosuhteissa psykiatrisessa avohoidossa (Kuhlman, 2012), tutkimuksemme oli mahdollista tavoittaa ilmiö aidommin kuin kokeellisissa asetelmissa, mikä vahvistaa tutkimuksen ekologista validiteettia (Eskola & Suoranta, 2008). Vahvuutena voidaan pitää myös sitä, että tutkimusmenetelmämme on kehitetty nimenomaan pariterapiakontekstiin. Toisaalta menetelmä on uusi, joten siitä on julkaistu tähän mennessä ainoastaan artikkeli, jossa esitellään menetelmän soveltuvuutta dialogisten prosessien tutkimiseen (Seikkula, Laitila & Rober, 2011). Menetelmää on kuitenkin hyödynnetty jo muutamissa DINADEP-projektin pro gradu -tutkielmissa. Tutkimuksemme kohteena olevan dialogisuuden tarkastelua rajoitti se, että terapiaistunnoista oli olemassa vain ääninauha. Meidän oli siis mahdollista tutkia vain ääneen lausuttuja ääniä, kun taas eleet, ilmeet ja kehollisuus jäivät näkemättä. Tämän vuoksi tutkimuksemme ei tavoittanut kokemukellisuutta, joka on olennainen osa dialogisuutta.

Tutkimuksemme luotettavuutta ja toistettavuutta parantaa yksityiskohtainen kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta (Eskola & Suoranta, 2008). Luotettavuutta edistävät myös suorat lainaukset aineistostamme, jotka auttavat seuraamaan, kuinka olemme tehneet tuloksistamme johtopäätöksiä (Hirsjärvi, 2009). Se, että meitä oli kaksi analysoimassa ja tulkitsemassa tuloksia, ilmentää tutkijatriangulaatiota ja lisää tulosten luotettavuutta (Hirsjärvi, 2009). Tosin erityisesti laadullisessa tutkimuksessa tutkijan oma ääni on aina osa tuotosta. Tämän tutkimuksen taustalla onkin sosio-konstruktiiivinen ajatus, jonka mukaan objektiivisen tiedon saaminen on mahdotonta, sillä jokainen havainnoi maailmaa aina omasta näkökulmastaan ja kokemusmaailmastaan käsin (Burr, 2003).

Tutkimuksessamme on huomioitava, että terapiaprosessin analysointi on tapahtunut aloittelevan tutkijan eikä terapeutin näkökulmasta, sillä terapeutin kokemusta meillä ei ole. Toisaalta tämän vuoksi meidän on ollut mahdollista havainnoida terapiaprosessia ulkopuolisempina henkilöinä kuin kokeneiden terapeuttien.

Tulostemme yleistettävyyttä rajoittaa se, että kyseessä oli yksittäinen tapaus, jolla ei ollut vertailukohteena tuloksellista hoitoa. Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä ensisijaisesti kausaalisuhteiden löytämiseen ja yleistämiseen, vaan tarkoituksena on ymmärtää ja selittää tutkittavaa ilmiötä (Eskola & Suoranta, 2008). Tämän vuoksi löytämiemme havaintojen voidaan ajatella kuvaavan dialogisen prosessin piirteitä yleisemminkin.

4.3. Jatkotutkimusehdotuksia ja johtopäätelmiä

Dialogisuudesta pariterapiassa ei ole julkaistuja tutkimuksia, ja dialogisuuden parantavan voiman vuoksi olisi tärkeää saada lisää tietoa dialogisuuden toimivuudesta ja haasteista pariterapiassa varsinkin prosessintutkimuksella. Koska dialogisesta hoidosta on tutkimustietoa vain psykoottisten potilaiden hoitokokouksista, olisi tarpeen selvittää lisää, millaiset terapeuttien vastaustavat pari- ja perheterapiassa luovat dialogia osallistujien välille tai toisaalta ehkäisevät sitä. Tutkimus voisi tapahtua esimerkiksi vertailemalla terapeuttien vastaamista hyvään ja huonoon tulokseen johtaneissa hoidoissa. Tässä tutkimuksessa kuulluksi tulemista mittaava SRS1 ei vastannut dialogisuuden mukaista kuulluksi tulemista. SRS-lomakkeen käytön kannalta olisikin hyvä saada tutkimustietoa useammista terapiatapauksista, onko SRS1:n arvioilla yhteyttä siihen, kuinka dialogisesti asiakkaiden äänet tulevat vastatuiksi ja kuulluiksi terapiakeskustelussa.

Tutkimuksemme osoittaa, että vuorovaikutusta terapiassa on tärkeää tehdä tutkimuksilla näkyväksi, jotta voidaan saada yksityiskohtaisempaa tietoa erilaisten vastaustapojen seurauksista. Tuloksemme antavat konkreettista tietoa siitä, millaiset terapeuttien toimintatavat vaikeuttavat dialogisuuden luomista keskusteluun. Vaikka tutkimuksessamme on kyseessä terapiakonteksti, tulokset ovat sovellettavissa myös muuhun sosiaali- ja terveysalan asiakastyöhön, sillä dialogisuus on enemmän kuin terapiamenetelmä; se on tapa olla vuorovaikutuksessa.

5. LÄHTEET

Aaltonen, J. (1999). Psykoosityöryhmä tarpeenmukaisen hoidon ja sosiaalisen konstruktionismin toteuttajana. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.) *Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön*. (s. 146-160). Tampere: Tammer-Paino.

Andersen, T. (1990). The Reflecting Team. Teoksessa T. Andersen (toim.) *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues*. Broadstairs: Borgmann.

Anderson, H. (2007). *The Therapist and the Postmodern Therapy System: A Way of Being with Others*. Paper presented at the 6th Congress of the European Family Therapy Association and 32nd Association for Family Therapy and Systemic Practice UK Conference. Glasgow, Scotland.

Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27, 371-393.

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

Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The Client is the Expert: a Not-Knowing Approach to Therapy. Teoksessa S. McNamee & K. J. Gergen (toim.) *Therapy as social construction*. (s. 25-39). London: Sage Publications.

Angus, L., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The Narrative Processes Coding System: Research Applications and Implications for Psychotherapy Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270.

Anker, M. G., Duncan, B. L., Owen, J., & Sparks, J. A. (2010). The Alliance in Couple Therapy: Partner Influence, Early Change, and Alliance Patterns in a Naturalistic Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 635-645.

Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics: Theory and history of literature* (Vol. 8). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bakhtin, M. (1986). *Speech genres & other late essays*. Austin, University of Texas Press.

Burr, V. (2003). *Social constructionism*. London: Routledge.

Doherty, W. J., & Simmons, D. S. (1996). Clinical practice patterns of marriage and family therapists: A national survey of therapists and their clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 9-25.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. B. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.

Eskola, J. & Suoranta, J. (2008). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus.

Friedman, M. (2002). Martin Buber and dialogical psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 42, 7-36.

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

Greenberg, L. (2008). The Clinical Application of Emotion in Psychotherapy. Teoksessa M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. Feldman Barrett (toim.) *Handbook of Emotions*. (s. 88-101). New York: Guilford.

Greenberg, L., & Angus, L. (2004). The Contributions of Emotion Processes to Narrative Change in Psychotherapy: A Dialectical Constructivist Approach. Teoksessa L. Angus & J. McLeod (toim.) *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory and Research*. (s. 331-350). California: Sage Publications.

Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokouskeskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130.

Haarakangas, K. (2008). *Parantava puhe*. Helsinki: Hakapaino.

Haarakangas, K. (2009). Läsäoleva oleminen, kuulluksi tuleminen ja tasa-arvoisuus perheterapiassa. Teoksessa R. Soisalo (toim.) Mitä meille tapahtuu: perheen arjessa, perheterapeutteina, perheterapiassa: Kolmas suomalainen perheterapiakongressi Jyväskylässä 19.- 21.3.2009. (s. 22-31). Turku: Painosalama.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Tammi.

Isaacs, W. (2001). *Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito*. Jyväskylä: Gummerus.

Joiner, T., Coyne, J., & Blalock, J. (1999). On the interpersonal nature of depression: overview and synthesis. Teoksessa T. Joiner & J. Coyne (toim.) *The Interactional nature of depression: advances in interpersonal approaches* (s. 3-19). Washington, DC: APA.

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

Kuhlman, I. (2009). Muutosarvointiasteikko (ORS) ja terapiaistunnon arviointiasteikko (SRS) terapiamuutoksen ja -prosessin arvioinnissa. Teoksessa R. Soisalo (toim.) Mitä meille tapahtuu: perheen arjessa, perheterapeutteina, perheterapiassa: Kolmas suomalainen perheterapiakongressi Jyväskylässä 19.- 21.3.2009. (s. 13-18). Turku: Painosalama.

Kuhlman, I. (2012). Terapiamuutoksen ja -prosessin arviointi masennuksen pariterapeuttisessa hoidossa. *Perheterapia*, 28, 17-26.

Laitila, A., Aaltonen J., Wahlström J., & Angus L. (2001). Narrative Process Coding System in Marital and Family Therapy: An Intensive Case Analysis of the Formation of a Therapeutic System. *Contemporary Family Therapy*, 23, 309-322.

Linell, P. (1998). *Approaching Dialogue: Talk, Interactions and Contexts in Dialogical Perspectives*. Amsterdam: John Benjamins.

Linell, P., Gustavsson, L., & Juvonen, P. (1988). Interactional dominance in dyadic communication: a presentation of initiative-response analysis. *Linguistics*, 26, 415-442.

Markovà, I. (1990). Introduction. Teoksessa I. Markovà & K. Foppa (toim.), *Dynamics of dialogue* (s. 1–22). London: Harvester.

Markovà, I., Linell, P., Grossen, M., & Orvig, A. S. (2007). *Dialogue in focus groups: exploring socially shared knowledge*. London: Equinox.

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

Nye, C. (1994). Narrative interaction and the development of client autonomy in clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, 22, 43-57.

Orne, M. T. (1962). On the Social Psychology of the Psychological Experiment: with Particular Reference to Demand Characteristics and their Implications. *American Psychologist*, 17, 776-783.

Rautiainen, E.-L. (2003). *Narratives of Depression in Couple Therapy*. Lisensiaatintutkimus, Jyväskylän yliopisto.

Rober, P. (1999). The Therapist's Inner Conversation in Family Therapy Practice: Some Ideas About the Self of the Therapist, Therapeutic Impasse, and the Process of Reflection. *Family Process*, 38, 209-228.

Rober, P. (2005). Therapist's Self in Dialogical Family Therapy: Some Ideas about Not-knowing and the Therapist's Inner Conversation. *Family process*, 44, 477-495.

Salovey, P., & Singer, J. (1993). *The remembered self: Emotion and memory in personality*. New York: Macmillan.

Seikkula, J. (1991). Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 80.

Seikkula, J. (2002a). Monologue is the crisis – dialogue becomes the aim of therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 283-284.

Seikkula, J. (2002b). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 263-274.

Seikkula, J. (2006). Research Plan. Dialogical and Narrative Processes in Couple Therapy for Depression (DINADEP). Julkaisematon tiedote.

Seikkula, J. (2008). Inner and Outer Voices in the Present Moment of Family and Network Therapy. *Journal of Family Therapy*, 30, 478-491.

Seikkula, J. (2009). Dialoginen hetkessä oleminen perhekeskusteluissa – kertomuksista implisiittiseen yhdessä kokemiseen. Teoksessa R. Soisalo (toim.) *Mitä meille tapahtuu: perheen arjessa, perheterapeutteina, perheterapiassa: Kolmas suomalainen perheterapiakongressi Jyväskylässä 19.-21.3.2009*. (s. 32-38). Turku: Painosalama.

Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32, 179-193.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P. I., & Tolvanen, A. (2012). Dialogiset ja narratiiviset prosessit (DINADEP) masennuksen pariterapiassa. *Perheterapia*, 28, 5-6.

Seikkula, J. & Arnkil, T. (2005). *Dialoginen verkostotyö*. Helsinki: Tammi.

Seikkula, J., Laitila, A., & Rober, B. (2011). Making Sense of Multi-Actor Dialogues in Family Therapy and Network Meetings. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00238.x

Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44, 461-475.

Stern, D. N. (1998). The Process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308.

Stern, D. N. (2004a). The Present Moment as a Critical Moment. *Negotiation Journal*, 20, 365-372.

Stern, D. N. (2004b). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton.

Tiuraniemi, J. (2006). Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. Teoksessa P. Niemi & E. Keskinen (toim.) *Taitavan toiminnan psykologia*. 1.-2. painos (s. 165-195). Turku: Turun yliopiston Digipaino.

Vygotsky, L. (2000). *Thought and Language*. (12. painos). (toim.) A. Kozulin. Cambridge, Ma: MIT.

Wortham, S. (2001). *Narratives in action: a strategy for research and analysis*. New York: Teachers College Press.

6. LIITTEET

LIITE 1

Session Rating Scale -lomake (SRS)

APPENDIX
Session Rating Scale (SRS V.3.0)

Name _____ Age (Yrs): _____
ID# _____ Sex: M / F
Session # _____ Date: _____

Please rate today's session by placing a hash mark on the line nearest to the description that best fits your experience.

I did not feel heard, understood, and respected.	Relationship -----	I felt heard, understood, and respected.
We did not work on or talk about what I wanted to work on and talk about.	Goals and Topics -----	We worked on and talked about what I wanted to work on and talk about.
The therapist's approach is not a good fit for me.	Approach or Method -----	The therapist's approach is a good fit for me.
There was something missing in the session today.	Overall -----	Overall, today's session was right for me.

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2000, Lynn D. Johnson, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Licensed for personal use only

LIITE 2

Aineiston purkamisessa käytetyt erikoismerkit (Jokinen & Suoninen, 2000)

(2)	tauco, jonka kesto sekunteina
(.)	alle sekunnin mittainen mikrotauko
[päällekkäispuheen alkukohta
]	päällekkäispuheen loppukohta
=	tauon puuttuminen puheenvuorojen välillä
°hiljaa°	hiljaisella äänellä sanottu kohta
<u>äänekäs</u>	kova ääni tai painotus
e:i (kaksoispiste)	äänteen venytys
kou- (tavuviiva)	kesken jäänyt sana
(teksti suluissa)	nauhalla epäselvästi kuuluva kohta
() (tyhjät sulut)	sana tai puheen jakso, josta ei ole saatu selvää
(()) kaksoissulkeissa	purkajan huomioita