

**PSYKOTERAPIAPROSESSIN KESKEISET TEKIJÄT PERHETERAPEUTTIEN  
ARVIOITAVINA:**

**PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET -MENETELMÄN SOVITTAMINEN  
PARITERAPIAN TUTKIMISEEN**

**Pekka Peura**

**Lisensiaattityö**

**Psykologian laitos**

**Jyväskylän yliopisto**

**Toukokuu 2016**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

PEURA, PEKKA: Psykoterapiaprosessin keskeiset tekijät perheterapeuttien arvioitavina: Psychotherapy Process Q-set -menetelmän sovittaminen pariterapian tutkimiseen

Lisensiaattityö, 59 s., 25 liites.

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologia

Toukokuu 2016

---

## TIIVISTELMÄ

Tutkimuksessa selvitettiin Psychotherapy Process Q-set -menetelmän (PQS) ominaisuuksia ja sovellettavuutta pari- ja perheterapian näkökulmasta. Tarkastelu suoritettiin asiantuntija-arvioiden avulla kolmessa eri vaiheessa. Asiantuntijoina toimi joukko suomalaisia perheterapiakouluttajia. Ensimmäisessä vaiheessa asiantuntijat (n=8) arvioivat PQS:n kuvaamien yksilöpsykoterapiatekijöiden relevanssia pari- ja perheterapiassa. Toisessa vaiheessa asiantuntijat (n=10) arvioivat muokattujen PQS:n osioiden ja uusien pariterapiaosioiden merkitystä pariterapiaprosessin tutkimisessa. Kolmannessa vaiheessa käytettiin pientä asiantuntijaryhmää (n=5), jonka avulla etsittiin konsensusperiaatetta noudattaen sadan pariterapiaprosessille ominaisen tekijän joukko uuden tutkimusmenetelmän perustaksi (Pariterapiaprosessin Q-set; PTQS). Perheterapiakouluttajat pitivät tärkeänä, että pari- ja perheterapiaistunnoissa keskustellaan hoidon tavoitteista. Terapeutin toiminnassa arvostettiin aktiivisuutta, kielellisestä selkeyttä, tarkkaavaisuutta, supporttiivisuutta, rohkaisua, empatiaa ja korjausliikkeiden tekemistä vaikeissa vuorovaikutustilanteissa. Asiakkaan näkökulmasta pidettiin olennaisena uuden ymmärryksen saamista, tietoista sitoutumista työskentelyyn ja tärkeistä asioista puhumista. Pariterapiaprosessin tutkimisessa keskeisimmiksi tarkastelukohteiksi arvioitiin terapeutin sensitiivisyys, tarkka kuunteleminen, kielellinen selkeys, tasapuolisuus, vaikeiden vuorovaikutustilanteiden korjaaminen ja kyky pitää yllä toivoa. Terapeutin ja pariskunnan suhteessa huomio kohdistettiin terapian tavoitteisiin ja yhteistyösuhteen emotionaaliseen laatuun. Puolisoiden kannalta tärkeimpinä arviointikohteina pidettiin heidän sitoutumistaan terapiaan sekä heidän kokemustaan autetuksi tulemisesta ja ymmärryksen lisääntymisestä. Konsensusperiaatteella toteutetun asiantuntija-arvion avulla muodostettiin PTQS, joka koostuu sadasta terapeutin ja pariskunnan terapiaistunnon aikaista toimintaa kuvaavasta osiosta. PTQS sisältää kaikille psykoterapioille yhteisiä tekijöitä (esim. allianssi, terapeutin ominaisuudet, tavoitteet, palaute, vastatransferenssin käsitteleminen) sekä tietyille perheterapiamalleille spesifisiä elementtejä. Suunnitelmat menetelmän empiirisestä validoinnista on tehty.

Avainsanat: Pariterapiaprosessin Q-set, PTQS, psykoterapiaprosessin tutkiminen, asiantuntija-arviointi, tutkimusmenetelmän kehittäminen

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

Department of Psychology

PEURA, PEKKA: Key elements of psychotherapy process assessed by family therapists: Applying a method Psychotherapy Process Q-set for studying couple therapy

Licentiate's Thesis, 59 p., 25 appendix p.

Instructor: Jaakko Seikkula

Psychology

May 2016

---

## ABSTRACT

The study examined features and applicability of a method Psychotherapy Process Q-set (PQS) in a perspective of couple and family therapy. The analysis was carried out with a help of the expert assessments in three different stages. For the purpose, a group of Finnish family therapy trainers was used as a panel of experts. In the first stage, the experts ( $n = 8$ ) assessed the relevance of PQS items representing factors of individual psychotherapy to couple and family therapy. In the second stage, the experts ( $n = 10$ ) evaluated modified PQS items and new items for detecting couple therapy process. In the third stage, the author searched 100 items most characteristic and relevant to couple therapy as a basis for a developing method Couple Therapy Process Q-set (PTQS). This was done with a small panel of experts ( $n = 5$ ) in accordance with the principle of consensus. According the family therapy trainers, the most relevant individual therapy factors in family therapy setting were a discussion of treatment goals, therapist's linguistic clarity, alertness, supportiveness, encouragement, empathy and his/her ability to repair alliance ruptures. From client's point of view new insight, commitment to therapy work and talking about important issues was considered as the most essential elements. When studying the process of couple therapy, the experts would focus on the therapist's sensitivity, listening, linguistic clarity, fairness, the ability to keep up hope, and the therapist's ability to accommodate his/her own behavior when the interaction with clients is difficult. Concerning the relationship between the therapist and the couple, the experts emphasized the emotional bond between them and the discussion of treatment goals. According the experts, the commitment to therapy, indications of the sense of feeling helped, and signs of new understanding would be the most essential factors to observe couple's behavior in therapy situation. The PTQS including 100 items to describe therapist's actions, the behavior of spouses, and common features of a couple therapy session was composed. The PTQS items represent both common factors (e. g. alliance, therapist qualities, treatment goals, feedback, managing countertransference) and some specific features of models of family therapy. There is a plan for the empirical validation of PTQS.

Key words: Couple therapy process Q-set, PTQS, psychotherapy process research, expert assessment, research method development

# SISÄLTÖ

|   |    |
|---|----|
| ALKUSANAT .....   | 1  |
| 1. JOHDANTO .....   | 1  |
| 1.1. Psychotherapy Process Q-set (PQS) .....                            | 3  |
| 1.2. PQS psykoterapian tutkimuksessa .....                              | 7  |
| 1.3. PQS:n suhde keskeisiin psykoterapian viitekehyksiin.....           | 10 |
| 1.3.1. Psykodynaamiset ja interpersoonalliset psykoterapiat.....        | 11 |
| 1.3.2. Kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat.....                   | 13 |
| 1.3.3. Systeemiset psykoterapiat .....                                  | 15 |
| 1.3.4. Strukturaalinen perheterapia .....                               | 16 |
| 1.3.5. Sosiaalinen konstruktionismi ja postmodernit psykoterapiat ..... | 17 |
| 1.3.6. Tunnekeskeinen pariterapia .....                                 | 17 |
| 1.4. PQS ja kaikille psykoterapioille yhteiset tekijät .....            | 18 |
| 1.5. Tutkimuskysymykset .....   | 22 |
| 2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....                                      | 23 |
| 2.1. Tutkimuksen tausta .....   | 23 |
| 2.2. PQS pariterapian pilottiarvioissa .....                            | 23 |
| 2.3. Aineisto ja menetelmät.....  | 24 |
| 2.3.1. Ensimmäinen asiantuntija-arviointi .....                         | 24 |
| 2.3.2. Pariterapiaprosessiin liittyvien osioiden muodostaminen.....     | 27 |
| 2.3.3. Toinen asiantuntija-arviointi.....                               | 28 |
| 2.3.4. Kolmas asiantuntija-arviointi.....                               | 29 |
| 3. TULOKSET .....   | 31 |
| 3.1. Ensimmäinen asiantuntija-arviointi .....                           | 31 |
| 3.2. Toinen asiantuntija-arviointi.....                                 | 36 |
| 3.3. Kolmas asiantuntija-arviointi.....                                 | 40 |
| 4. POHDINTA .....   | 45 |
| LÄHTEET .....   | 51 |
| LIITTEET .....  | 60 |

## **ALKUSANAT**

Tutkimukseni alkuperäisenä tavoitteena oli soveltaa yksilöpsykoterapiatutkimukseen kehitettyä Psychotherapy Process Q-set -menetelmää (Jones, 2000) pariterapiaprosessien tutkimiseen. Tutkimuskohteena olivat Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pari- ja perheterapioissa - tutkimushankkeen (DINADEP) pariterapiat (Seikkula ym., 2013). Menetelmän validiteetin osoittauduttua kyseenalaiseksi pariterapiaprosessien kuvaamisessa vaihdoin tutkimisen kohteeksi itse Psychotherapy Process Q-setin osiot ja otin uudeksi tavoitteeksi pariterapiaprosessin tarkasteluun paremmin soveltuvan osiojoukon kokoamisen. Sovelluksen kehittämiseen on osallistunut joukko suomalaisia perheterapiakouluttajia, jotka ovat toimineet pari- ja perheterapia-asiantuntijoina kehitetyn tutkimusmenetelmän osioiden arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa raportoin, kuinka nämä pari- ja perheterapia-asiantuntijat arvioivat erilaisten psykoterapiaan liittyvien tekijöiden merkitystä sekä itse terapiaprosessin että sen tutkimisen kannalta. Pariterapiaprosessin tutkimiseen tekemäni sovelluksen pilottiversion (Pariterapiaprosessin Q-set) osiot on kuvattu tutkimusraportin liitteenä olevassa koodausmanuaalissa (LIITE 2).

Kiitän lämpimästi kaikkia tutkimukseeni osallistuneita – yksin en olisi tähän pystynyt!

## **1. JOHDANTO**

Viime vuosikymmeninä yksi psykoterapiatutkimuksen päähaara on ollut prosessiin kohdistuva tutkimus. Siinä missä lukuisat vaikuttavuus- ja tuloksellisuustutkimukset ovat osoittaneet psykoterapian yleisen hyödyllisyyden monien erilaisten psyykkisten häiriöiden ja muiden ongelmien hoidossa (esim. Norcross & Lambert, 2011; Wampold, 2001), prosessitutkimukset ovat pyrkineet selvittämään, mitkä tekijät terapiassa saavat aikaan myönteisen muutoksen ja kuinka tämä muutos itse asiassa tapahtuu (esim. Greenberg & Pinsof, 1986).

Psykoterapiaprosesseja on tutkittu hyvin monenlaisista lähtökohdista käsin sekä määrällisin että laadullisin menetelmin. Esimerkiksi Llewelyn ja Hardy (2001) erottelevat katsauksessaan kolmenlaisia prosessiin kohdistuvia tutkimusotteita, jotka ovat eri tavoin lisänneet ymmärrystä psykoterapiassa tapahtuvien asioiden merkityksestä. Nämä ovat prosessien kuvailu (eksploratiiviset tutkimukset), hypoteesien testaus (lopputulosta ennustavat tutkimukset) sekä spesifisten

psykoterapiaprosessien ja muutosteorioiden välisten yhteyksien tarkastelu (teoriaa luovat tutkimukset). Erityisesti prosesseja kuvailevien tutkimusten yhteydessä on kehitetty useita mittaussuunnitelmia, joilla psykoterapiaprosessin eri puolia on pyritty tavoittamaan.

Monet psykoterapian ja muun ihmisten välisen vuorovaikutuksen tutkijat korostavat havainnointiin perustuvien tutkimusmenetelmien merkitystä (esim. Gottman & Notarius, 2000; Pincus & Wynne, 1995). Observointia pidetään erityisen tärkeänä tilanteissa, joissa osallistujien subjektiivisten käsitysten lisäksi halutaan saada yksityiskohtaista tietoa siitä, mitä vuorovaikutustilanteessa itse asiassa tapahtuu.

Yksi tällainen moniulotteinen observointimenetelmä on yhdysvaltalaisen psykoanalyytikon ja psykoterapiatutkijan Enrico Jonesin (1947 - 2003) Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 2000). Menetelmä on luotu yksilöpsykoterapiaprosessin tarkasteluun ja sitä on käytetty monenlaisissa tutkimuksellisissa asetelmissa. Sen avulla on esimerkiksi etsitty hoidon lopputulosta ennustavia tekijöitä potilaan häiriötason mukaan (Jones, Cumming & Horowitz, 1988), tarkasteltu psykoterapiaprosessissa ajan kuluessa tapahtuvia muutoksia (Jones, Parke & Pulos, 1992), vertailtu erilaisten psykoterapioiden prosesseja toisiinsa (esim. Ablon & Jones, 1998; Ablon & Jones, 2002; Jones & Pulos, 1993; Sirigatti, 2004), tutkittu psykoterapeuttien adherenssia edustamalleen psykoterapiaorientaatiolle (esim. Ablon & Jones, 2002; Ablon, Levy & Katzenstein, 2006) sekä suoritettu intensiivisiä yksittäisten psykoterapiaprosessien seurantoja (esim. Jones & Windholz, 1990).

Perheterapiakirjallisuudessa on kuvattu yksi PQS:n kaltainen tutkimusmenetelmä pariterapiaprosesseille (The clinical discourse Q-sets; Kogan, Walters & Daniels, 2002). Sen käyttö on kuitenkin rajoittunut ainoastaan yhteen tutkimukseen, eikä menetelmään liittyvä aineisto ole yleisesti käytettävissä (Kogan, 2009).

Tämän tutkimushankkeen yhteydessä on koostettu PQS-menetelmään perustuvaa pariterapiaprosessin tutkimusvälinettä (Pariterapiaprosessin Q-set, PTQS; Peura, 2012). PTQS:n pilottiversiota on käytetty kolmessa psykologian pro gradu -tutkielmassa. Keituri (2013) arvioi menetelmän avulla kolmea masennuksen pariterapiaprosessia ja totesi sen kuvailevan tarkasti prosessin aikana tapahtuvia muutoksia. Pesonen (2013) etsi menetelmän avulla eri psykoterapiaorientaatioille tyypillisiä piirteitä kuudesta masennuksen hoitoon liittyvästä pariterapiaistunnosta. Niemi ja Streng (2015) hyödynsivät PTQS-menetelmää pariterapiaprosessin merkittävien hetkien tunnistamiseen asetelmassa, jossa terapiaistunnon tapahtumia tarkasteltiin toisaalta terapisuhteen ja toisaalta asiakkaiden ja terapeuttien sympaattisen hermoston toiminnan kannalta.

Seuraavissa kappaleissa esittelen alkuperäisen PQS:n syntyhistoriaa, rakennetta ja käyttötapaa sekä teen katsauksen sen avulla toteutettuihin terapiatutkimuksiin. Johdannon lopuksi tarkastelen PQS:n osioiden suhdetta keskeisiin psykoterapian viitekehyksiin ja vahvaan tutkimusnäyttöön perustuviin, kaikille terapioille yhteisiin tekijöihin. Tutkimukseni orientaation mukaisesti tarkastelussa ovat mukana myös yleisimmät pari- ja perheterapiasuuntaukset, joiden teorioihin ja tutkimushavaintoihin tämän tutkimusprosessin tuloksena synnyttävä pariterapian tutkimusmenetelmä perustuu.

Tässä tutkimuksessa *psykoterapia* nähdään intersoonallisena prosessina, jolla pyritään muuttamaan niitä tunteita, ajatuksia, asenteita ja käyttäytymistä, jotka ihminen kokee ongelmallisiksi ja joihin hän hakee apua koulutetulta ammattilaiselta (Strupp, 1978). *Perheterapialla* tarkoitan mitä tahansa psykoterapeuttista lähestymistapaa, jonka eksplisiittisenä pyrkimyksenä on muuttaa perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta ja parantaa koko perheyksikön tai sen alasysteemin tai yksittäisen jäsenen toimintakykyä (Gurman, Kniskern, & Pinsof, 1986). *Pariterapialla* puolestaan tarkoitan perheterapian alaluokkaa, jossa olennaista on puolison mukana olo ja/tai puolisoitten vuorovaikutuksen eksplisiittinen huomiointi (esim. Pinsof ja Wynne, 1995). Ilmaisua pari- ja perheterapia käytän vastineena englanninkielisen kirjallisuuden termeille marital and family therapy, couples and family therapy, relational therapy ja systemic therapy. *Prosessilla* tarkoitetaan kaikkea sitä tapahtumista, mikä voidaan havaita terapeutin ja asiakkaan välillä tai heissä itsessään heidän yhteistyönsä aikana (Orlinsky & Howard, 1986). Pari- ja perheterapiaprosessissa huomioidaan lisäksi puolisoitten tai perheenjäsenten keskinäinen suhde.

### **1.1. Psychotherapy Process Q-set (PQS)**

Jones (2000) ryhtyi kehittämään tutkimusmenetelmäänsä havaittuaan, että psykoterapian vaikuttavuus- ja tuloksellisuustutkimukset tuottivat vain vähän ymmärrystä niistä tekijöistä, jotka terapiassa saivat aikaan myönteisen muutoksen (ks. myös Ablon, Levy & Smith-Hansen, 2011). Eri psykoterapiamallithan ovat toistuvasti osoittautuneet yhtä tehokkaiksi erilaisten häiriöiden ja ongelmien hoidossa (esim. Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Wampold, 2001). Jones oli huolissaan, että kaikki psykoterapiaprosessissa havaittu myönteinen vaikutus selitettäisiin automaattisesti pelkästään hyvään ihmissuhteeseen liittyvillä (ei-spesifiset tekijät) tai kaikille psykoterapioille yhteisillä tekijöillä (engl. common factors), vaikka itse prosessia ei tutkittaisikaan

asianmukaisesti (esim. Jones, Cumming & Horowitz, 1988). PQS-menetelmän avulla Jones halusi testata empiirisesti hypoteesiaan, jonka mukaan kontekstiin sidotut spesifit terapiatekniikat ovat tärkeitä terapian lopputuloksen ennustajia (Ablon, Levy & Smith-Hansen, 2011). Ottaen huomioon erilaisten psykoterapiasuuntausten ja – mallien kirjon Jones pyrki luomaan psykoterapiatutkimukselle eräänlaisen yleiskielen, jonka avulla yksilöpsykoterapiaprosessin eri elementtejä voitaisiin kuvailla ja luokitella riippumatta terapian tai terapiaa tarkastelevan tutkijan teoreettisesta viitekehystä (Jones & Windholz, 1990; Jones, 2000).

Menetelmä hyödyntää Stephensonin 1950-luvulla kehittämää Q-sort -metodologiaa, jonka avulla subjektiivista tai laadullista materiaalia, esimerkiksi mielipiteitä tai asenteita, voidaan tarkastella tilastollisesti (esim. Block, 1961; Brown, 1993). ”Sort” viittaa menetelmän vakiintuneeseen käyttötapaan: tarkasteltava asia pilkotaan osiksi, joiden kuvaukset kirjoitetaan tai tulostetaan kukin omalle paperilapulleen, minkä jälkeen asiaa tarkasteleva tutkija järjesteele osiojoukkoa (Q-set) ennalta määrättyjen sääntöjen mukaan (esim. Block, 1961). Koska käytettävä Q-set määrää, mitä ulottuvuuksia tutkittavasta ilmiöstä voidaan tavoittaa, on sen kokoaminen tehtävä harkiten ja huolellisesti (Block, 1961). Tyypillisesti Q-setin osioiden laatimisessa hyödynnetään esimerkiksi alan kirjallisuutta, aikaisempia tutkimusmenetelmiä ja asiantuntijoita (esim. Thomas & Watson, 2002). Vinoutumien välttämiseksi ja mahdollisimman kattavan setin muodostamiseksi Block (1961) suosittelee konsensusperiaatteella toimivan asiantuntijaryhmän käyttämistä.

Q-metodologiaa on käytetty useilla tieteenaloilla käyttäytymisen tutkimuksissa, esimerkiksi psykologiassa, sosiologiassa, kauppatieteissä ja politiikan tutkimuksessa (esim. Aalto, 2003; Brown, 1986). Psykologian ja psykoterapian alalla Q-metodiin perustuvia tutkimusmenetelmiä on kehitetty esimerkiksi persoonallisuuden (The California Q-set; Block, 1961), avioparien vuorovaikutuksen (The Georgia Marriage Q-sort; Wampler & Halverson, 1990), lasten kiintymyssuhteiden (The Attachment Q-set; Waters, 1995) ja lapsiperheen ruokailutilanteeseen liittyvän toiminnan (Family Mealtime Q-sort; Kiser ym., 2010) tarkastelemiseen.

Psychotherapy Process Q-set koostuu sadasta osiosta, jotka Jonesin (2000) mukaan edustavat mahdollisimman kattavasti keskeisiä yksilöpsykoterapian elementtejä. Osiojoukon kokoamisessa on hyödynnetty aikaisempia psykoterapiaprosessin tutkimiseen kehitettyjä arviointimenetelmiä, minkä lisäksi eri psykoterapiasuuntauksia edustavien asiantuntijoiden kanssa on luotu uusia osioita menetelmällä tehtyjen pilottitutkimusten yhteydessä (esim. Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Levy ym., 2012). Lopullinen menetelmään sisällytetty osiojoukko on testattu empiirisesti moneen kertaan: vähän vaihtelevat, turhat tai huonon arvioitsijoiden välisen reliabiliteetin tavoittaneet osiot on karsittu pois.



Psychotherapy Process Q-setin vakiintunut osiojoukko sisältää sekä eri psykoterapiasuuntauksille ominaisia että kaikille terapioille yhteisiä tekijöitä (Jones, 2000). Osiot on kirjoitettu mahdollisimman konkreettisesti ja teoreettisiin orientaatioihin nähden neutraalisti kuvaamaan havaittavissa olevia tapahtumia terapiaistunnon aikana siten, että niitä voidaan käyttää minkä tahansa yksilöpsykoterapian tarkastelemiseen terapian viitekehystä riippumatta. Osiot liittyvät 1) potilaan asennoitumiseen, käyttäytymiseen ja kokemuksiin (40 osiota), 2) terapeutin toimintaan ja asennoitumiseen (41 osiota) sekä 3) heidän kahdenkeskeiseen vuorovaikutukseensa ja istunnon yleiseen ilmapiiriin (19 osiota). Taulukossa 1 on esimerkkejä menetelmän osioista.

#### TAULUKKO 1. Esimerkkejä PQS:n osioista (Jones, 2000)

---

##### 1. Potilaaseen liittyviä:

Item 7: Patient is anxious or tense (vs. calm and relaxed)

Item 32: Patient achieves a new understanding or insight.

Item 49: The patient experiences ambivalent or conflicted feelings about the therapist.

##### 2. Terapeuttiin liittyviä:

Item 9: Therapist is distant, aloof (vs. responsive and effectively involved).

Item 27: Therapist gives explicit advice and guidance (vs. defers even when pressed to do so).

Item 47: When the interaction with the patient is difficult, the therapist accommodates in an effort to improve relations.

##### 3. Kahdenkeskeiseen vuorovaikutukseen ja istunnon ilmapiiriin liittyviä:

Item 12: Silences occur during the hour.

Item 30: Discussion centers on cognitive themes, i.e. about ideas or belief systems.

Item 39: There is a competitive quality to the relationship.

---

PQS:n avulla tehtävä analyysi kohdistuu yhteen kokonaiseen psykoterapiaistuntoon kerrallaan ja se tehdään istunnosta tehdyille tallenteelle (video, äänitys tai transkriptio). Istuntoa tarkasteltaessa kutakin osiota arvioidaan sen mukaan, kuinka tunnusomaista osion kuvaama tapahtuminen on kyseisessä istunnossa. Arviointikategorioita on yhdeksän (Taulukko 2). Arvo 9 kuvaa suurinta tunnusomaisuutta, arvo 1 pienintä. Arvioinnin helpottamiseksi jokainen osio sisältää ohjeen, joka täsmentää osion tarkoitusta, kuten seuraavasta esimerkistä käy ilmi (Jones, 2000, ss. 350 - 351):

”Item 74: Humor is used.

Place toward *characteristic* end if therapist or patient display humor during the course of the hour. This may appear as a defense/coping mechanism in the patient; or the therapist may use wit or irony to make a point or to facilitate development of a working relationship with the patient, e.g., patient demonstrates an ability to laugh at herself or her predicament.

Place toward *uncharacteristic* direction if the interaction appears grave, austere, or somber.”

Arviointia varten osiot tavallisesti kirjoitetaan tai tulostetaan esimerkiksi paperilapuille siten, että kukin osio saa oman lappunsa. Terapiaistuntoa arvioitaessa osioita kuvaavat 100 lappua järjestetään pinoihin, jotka vastaavat kategorioita 1 – 9. Kuhunkin pinoon sijoitetaan määrätty määrä osioita siten, että osioiden lopullinen jakautuminen muodostaa pakotetun normaalijakauman (Taulukko 2). Tällainen ipsatiivinen eli pakkovalintaan perustuva menetelmä vaatii moninkertaista arviointia eri osioiden välillä ja ehkäisee arvioinnin vääristymisen negatiiviseen tai positiiviseen suuntaan.

---

TAULUKKO 2. Osioita kuvaavien korttien sijoittaminen kategorioihin (Jones, 2000, s. 318).

---

| Kategoria | Korttien lukumäärä | Luokan kuvaus                                 |
|-----------|--------------------|---|
| 9         | 5                  | Erittäin tunnusomainen tai keskeinen          |
| 8         | 8                  | Hyvin tunnusomainen tai keskeinen             |
| 7         | 12                 | Kohtalaisen tunnusomainen tai keskeinen       |
| 6         | 16                 | Jossain määrin tunnusomainen tai keskeinen    |
| 5         | 18                 | Suhteellisen neutraali tai vähäpätöinen       |
| 4         | 16                 | Ei juurikaan tunnusomainen tai keskeinen      |
| 3         | 12                 | Kohtalaisen vähän tunnusomainen tai keskeinen |
| 2         | 8                  | Hyvin vähän tunnusomainen tai keskeinen       |
| 1         | 5                  | Erittäin vähän tunnusomainen tai keskeinen    |

---

## 1.2. PQS psykoterapian tutkimuksessa

PQS:n mittariominaisuudet ovat osoittautuneet vahvoiksi monenlaisten terapioiden tutkimuksissa: kaikkia sataa osioita koskeva arvioitsijoiden välinen yhdenmukaisuus (arvioitsijareliabiliteetti) on ollut toistuvasti yli .80, yksittäisten osioiden reliabiliteetit ovat olleet välillä .50 – .95 (Ablon, Levy & Smith-Hansen, 2011). Myös menetelmän rakenne- ja erotteluvaliditeetti on arvioitu hyväksi (esim. Jones ym., 1988; Jones & Pulos, 1993).

Jones, Cumming & Horowitz (1988) tarkastelivat PQS:n avulla spesifisten tekijöiden ja potilaan istunnonaikaisen käyttäytymisen yhteyttä psykodynaamisen lyhytterapian lopputulokseen. Tutkimusryhmän muodostivat 40 potilasta, jotka kärsivät erilaisista traumaattisten tapahtumien tai menetysten aiheuttamista stressireaktioista. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään häiriön vakavuuden perusteella. Tutkijat havaitsivat, että hyvään hoitotulokseen päässeet terapeutit toimivat eri tavoin vähemmän oireilevien kuin vaikeammin oireilevien potilaiden kanssa. Lievemmin oireilevat potilaat hyötyivät terapeuteista, jotka painottivat potilaidensa tunteenilmaisua, vetivät yhteyksiä terapiasuhteen ja potilaan muiden ihmissuhteiden välille sekä kiinnittivät huomiota potilaan non-verbaaliseen viestintään. Vaikeammasta häiriöstä kärsivien potilaiden hoidon hyvää lopputulosta sen sijaan ennusti terapeutin toiminta, jossa korostuivat supportiiviset tekijät: neuvonta ja ohjaus, defenssien vahvistaminen ja potilaan rauhoittaminen. Tutkimuksen tekijöiden mukaan havainnot osoittivat spesifisillä terapeutin toimintaan liittyvillä tekijöillä olleen yhteys terapian lopputulokseen.

Jonesin, Parken & Pulosin (1992) tutkimuksessa seurattiin psykodynaamisen lyhytterapian prosessia PQS:n avulla. Tutkimusryhmä koostui 30 neuroottistasoisesta häiriöstä kärsivästä potilaasta. PQS-menetelmällä tehdyt arviot psykoterapiaprossien kulusta olivat psykodynaamisen lyhytterapian teoreettisten taustaoletusten mukaisia: tutkimusterapioissa painottuivat terapeuttien transferenssiin ja defensseihin kohdistuneet tulkinnat, terapiasuhteen merkitys sekä terapeuttien tekemät uudelleenmuotoilut potilaan istunnon aikaisesta käyttäytymisestä. Tutkijat havaitsivat myös terapioiden painopisteen siirtyvän vähitellen prosessin etenemisen myötä ulkoisiin realiteetteihin perustuvista ongelmamäärityksistä kohti potilaan sisäistä kokemusta ja hänen suhdettaan terapeuttiin. Tässä tutkimuksessa positiiviseen lopputulokseen olivat yhteydessä ne PQS:n osiot, jotka kuvasivat esimerkiksi potilaan saavuttamaa uutta ymmärrystä, kykyä introspektioon, kokemusta autetuksi tulemisesta sekä sitä, että hänen pyrkimyksensä olivat keskustelun aiheena. Huonoon hoitotulokseen puolestaan olivat yhteydessä potilaan kontrolloivuus ja se, että hän vastusti ajatustensa, motiivinsa ja reaktiotapojensa tarkastelua.

Jonesin ja Pulosin (1993) tutkimuksessa PQS-menetelmää käytettiin psykodynaamisten ja kognitiivis-behavioraalisten terapioiden prosessien keskinäiseen vertailuun. Tutkimusaineiston muodostivat 30 psykodynaamisesta ja 32 kognitiivis-behavioraalista terapiasta tehdyt tallenteet, jotka käsittivät lähes 190 terapiaistuntoa. Terapioissa havaittiin yhtäläisiä piirteitä, erityisesti potilaaseen liittyvissä osioissa. Sen sijaan terapiat erosivat selvästi toisistaan terapeutin asennoitumisessa ja hänen käyttämässään terapeuttisissa tekniikoissa. Kognitiivis-behavioraaliset terapeutit pyrkivät lisäämään potilaan negatiivisten tunteiden hallintaa erilaisin rationaalisin keinoin, joihin yhdistyivät aktiivinen rohkaisu, supportio ja rauhoittelu. Psykodynaamiset psykoterapeutit sen sijaan painottivat tunteiden kuvaamista, vaikeiden tunteiden päästämistä tietoisuuteen sekä potilaan nykyisten vaikeuksien yhdistämistä hänen menneisyyden kokemuksiinsa. Myös terapiasuhteen käyttäminen muutostekijänä korostui heidän työssään.

Jonesin ja Pulosin (1993) tutkimuksessa potilaat hyötyivät saamastaan terapiasta keskimäärin yhtä hyvin molemmissa tutkimusryhmissä, mikä on toistuva havainto vertailevissa psykoterapiatutkimuksissa (esim. Wampold, 2001). Selvittääkseen tarkemmin psykodynaamisessa ja kognitiivis-behavioraalisisessa terapiassa vaikuttavia tekijöitä tutkijat hyödynsivät faktorianalyysiä PQS-menetelmällä arvioitujen terapiaistuntojen tarkastelussa. Pääkomponenttianalyysi tuotti neljä käsitteellisesti relevanttia faktoria: 1) Psykodynaaminen tekniikka (esimerkiksi PQS:n osiot Terapeutti on neutraali ja Terapeutti tulkitsee torjuttuja tai tiedostamattomia toiveita, tunteita tai ajatuksia), 2) Kognitiivis-behavioraalinen tekniikka (esimerkiksi Terapeutti pyrkii aktiivisesti kontrolloimaan vuorovaikutusta ja Keskustellaan tietyistä toiminnoista tai tehtävistä, joita potilas voisi toteuttaa istunnon ulkopuolella), 3) Potilaan vastustus (esimerkiksi Potilas vastustaa vs. hyväksyy terapeutin kommentit ja havainnot, Potilas vastustaa ongelmaansa liittyvien ajatustensa, reaktiotapojensa tai motiiviansa tarkastelua) ja 4) Potilaan negatiiviset affektit (Potilas on surullinen tai masentunut, Potilas kokee itsensä riittämättömäksi tai vähäpätöiseksi). Tulokset olivat yllättäviä: psykodynaamisen tekniikan faktori korreloi tilastollisesti merkitsevästi neljällä viidestä tulosmuuttujasta kognitiivis-behavioraalisisissa terapioissa, mutta vain heikosti psykodynaamisissa terapioissa. Kognitiivis-behavioraalisen tekniikan faktorilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kognitiivis-behavioraalisen terapian lopputulokseen.

Selvittääkseen, missä määrin psykoterapeutit käyttivät työssään toisista terapian viitekehyksistä lainattuja tekniikoita ja mikä vaikutus näillä lainauksilla oli hoidon tulokseen, Ablon ja Jones (1998) ryhtyivät kehittämään PQS-menetelmästä prototyyppisiä eri psykoterapioille. Ensimmäiset näistä luotiin psykodynaamiselle ja kognitiivis-behavioraaliselle terapialle (Ablon & Jones, 1998). Molemmista terapiasuuntauksista koottiin edustavat asiantuntijaryhmät, joita pyydettiin arvioimaan PQS:n 100 osiota sen mukaan, kuinka olennaisia ne olivat heidän edustamansa psykoterapian

kannalta ihanteellisesti sujuvaa psykoterapiaistuntoa ajatellen. Molemmissa ryhmissä asiantuntijoiden tekemien arviointien keskinäinen yksimielisyys oli suuri (reliabiliteetti  $\alpha > .90$ ). Asiantuntija-arvioille tehty faktorianalyysi vahvisti toisaalta ryhmien sisäisen yhtenäisyyden ja toisaalta ryhmien välisen eron: psykodynaamisten asiantuntijoiden arviot latautuivat pääasiassa psykodynaamisen tekniikan faktorille ja kognitiivis-behavioraalisten asiantuntijoiden vastaavasti kognitiivis-behavioraalisen tekniikan faktorille. Esimerkiksi psykodynaamisen terapian ideaaliin kytkeytyivät vahvimmin PQS:n osiot, joissa kuvataan potilaan unista tai fantasioista keskustelua, terapeutin neutraliteettia ja terapeutin huomion kiinnittämistä potilaan defenseseihin (ks. s. 13, taulukko 3). Kognitiivis-behavioraalisen prototyypin keskeisimmät osiot puolestaan liittyivät esimerkiksi kotitehtävien antamiseen sekä kognitiivisiin teemoihin eli ajatuksiin ja uskomusjärjestelmiin keskittymiseen (ks. s. 15, taulukko 4).

Prototyypin luomisen jälkeen Ablon ja Jones (1998) vertasivat niitä Jonesin ja Pulosin (1993) tutkimuspsykoterapioista tehtyihin PQS-arvioihin saadakseen selville, missä määrin toteutetut psykoterapiat vastasivat asiantuntijoiden määrittelemiä psykodynaamisen ja kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian ideaaleja. He myös selvittivät, kuinka adherenssi vaikutti terapian lopputulokseen. Myös tämän tutkimuksen tulokset olivat yllättäviä. Psykodynaamiset terapeutit käyttivät työssään yhtä paljon molempien tutkittavien psykoterapiasuuntausten tekniikoita, kun taas kognitiivis-behavioraaliset terapeutit noudattivat pitkälti oman viitekehjensä ideaalia. Adherenssin yhteys terapian lopputulokseen oli niin ikään mielenkiintoinen. Vahva kognitiivis-behavioraalisen protokollan noudattaminen näkyi potilailla positiivisena muutoksena vain yhdellä oiremittarilla arvioituna molemmissa psykoterapiaryhmissä. Sen sijaan psykodynaamisen psykoterapian ideaalin mukainen toiminta ennusti hoidon hyvää lopputulosta psykodynaamisen terapian ryhmässä, mutta myös kognitiivis-behavioraalisen terapian ryhmässä, jossa adherenssi psykodynaamisen hoidon malliin oli vähäistä. Tutkimuksen tekijöiden mukaan tulosta voidaan tulkita siten, että psykoterapiassa vaikutuksen aikaansaava tekijä ei välttämättä ole se terapialle kaikkein tunnusomaisin, ja vähäininkin adherenssi tietyille terapeuttiselle prosessille voi olla merkittävä hoidon lopputulosta selittävä tekijä (Ablon, Levy & Smith-Hansen, 2011).

Yksi siteeratuimmista PQS-menetelmällä tehdyistä tutkimuksista on Ablonin ja Jonesin (2002) tekemä analyysi, jossa he tarkastelivat suureen kontrolloituun kliniseen kokeeseen (National Institute of Mental Healthin Treatment of Depression Collaborative Research Program) sisältyneiden psykoterapioiden prosesseja. Tutkijat vertasivat toisiinsa kognitiivis-behavioraalista ja intersoonallista psykoterapiaa (IPT), jolle myös luotiin PQS-prototyyppi aikaisempien tutkimusasetelmien tapaan (IPT:lle tunnusomaisimmat osiot, ks. s. 13, taulukko 3).

Ablonin ja Jonesin (2002) tutkimuksessa havaittiin, että molemmat terapiamuodot olivat voimakkaammin yhteydessä kognitiivisen terapian kuin ITP:n prototyyppiin. Kognitiiviset terapiaprosessit siis korreloivat vahvasti kognitiiviseen prototyyppiin ja heikosti ITP:een. Samoin interpersoonalliset terapiat korreloivat voimakkaasti kognitiiviseen prototyyppiin, mutta vain keskitasoisesti ITP:n prototyyppiin. Terapiamuotojen välinen ero korrelaatiossa kognitiiviseen prototyyppiin ei ollut tilastollisesti merkitsevä; sen sijaan ero oli merkitsevä suhteessa interpersoonalliseen prototyyppiin. Kognitiivisen prototyypin mukainen toiminta oli vahvassa yhteydessä terapian positiiviseen lopputulokseen molemmissa terapiamuodoissa. Tässä tutkimuksessa interpersoonallisen psykoterapian kokonaisprosessi osoittautui siten hyvin samanlaiseksi kuin kognitiivisen terapian prosessi. Ablonin ja Jonesin (2002) mukaan tämä havainto haastaa oletuksen, että näiden kahden keskeisen terapiasuunnan välillä on huomattavia eroja siinä, kuinka terapiat käytännössä toteutetaan.

Edellä kuvattujen lisäksi PQS-prototyypit on luotu psykoanalyysille (Ablon & Jones, 2005) ja psykodynaamiselle (supportiivis-ekspressiiviselle) lyhytterapialle (Leichsenring ym., 2015). PQS-menetelmästä on tehty versio myös lasten psykoterapioille (Child Psychotherapy Q-set; Schneider, Pruetzel-Thomas & Midgley, 2009) ja nuorten psykoterapioille (Adolescent Psychotherapy Q-set; Bambery, Porcerelli & Ablon, 2007).

### **1.3. PQS:n suhde keskeisiin psykoterapian viitekehyksiin**

Erilaisia psykoterapiasuuntauksia on olemassa valtava määrä. Alan kirjallisuudessa on kuvattu yli 400 eri psykoterapeuttista hoitomallia, joiden taustalla on erilaisia käsityksiä esimerkiksi psyykkisen häiriön syntymekanismeista ja hoidossa vaikuttavista tekijöistä (esim. Kazdin, 1986). Myös erilaisia pari- ja perheterapeuttisia hoitomalleja on kymmeniä (esim. Shadish ym., 1993). Monet psykoterapiamallit ovat kuitenkin pikemminkin jonkin laajemman viitekehyksen alaluokkia kuin itsenäisiä teoreettisia orientaatioitaan, mikä helpottaa niiden tarkastelua. Esimerkiksi Roth ja Fonagy (1996) jakavat psykoterapiat kuuteen pääluokkaan: *psykodynaamiseen, behavioraaliseen ja kognitiivis-behavioraaliseen, interpersoonalliseen, systeemiseen (tai strategiseen), supportiivis-eksperientaaliseen ja ryhmäpsykoterapiaan*. Esimerkiksi Asen (2002), Goldenberg ja Goldenberg (2000) sekä Glick (1999) ovat tehneet perheterapioille vastaavia luokituksia.

Seuraavissa kappaleissa tarkastelen PQS-menetelmän osioiden suhdetta muutamiin Rothin ja Fonagyn (1996) esittelemiin psykoterapiamalleihin sekä kuvaan eräiden muiden perheterapioille keskeisten lähestymistapojen perusoletuksia ja tekniikoita. Käytännöllisistä syistä jätän ryhmäterapiat sekä Suomessa harvinaiset suuntaukset tarkastelun ulkopuolelle. Nykyään psykoterapian kentässä esiintyy myös vahvaa pyrkimystä integraatioon. *Integratiiviseksi psykoterapiaksi* kutsutaan suuntausta, joka etsii teoreettisesti perusteltuja ja tarkoituksenmukaisia tapoja tehdä terapiaa yhdistelemällä elementtejä eri psykoterapioista (esim. Wahlström, 2007). Tämän lisäksi on olemassa iso joukko eräänlaisia psykoterapian hybridimalleja, jotka myös yhdistelevät perinteisten terapioiden ja psykologisten teorioiden osatekijöitä, mutta ovat identifioituneet omaksi brändikseen. Näistä esittelen lyhyesti *tunnekeskeisen terapian* (emotion-focused therapy; esim. Greenberg, 2002), joka on kansainvälisesti paljon käytetty ja tutkittu pariterapiamalli.

### **1.3.1. Psykodynaamiset ja interpersoonalliset psykoterapiat**

Psykodynaamiset (tai psykoanalyttiset) psykoterapiat perustuvat psykoanalyysiin, joka painottaa ihmisen psyykkisen kehityshistorian merkitystä nykyhetken kannalta. Niiden perusolemukseen kuuluvat tiedostamattomien mielensisältöjen tutkiminen ja transferenssi-ilmiöiden huomioiminen (esim. Shedler, 2010). Psykodynaamiset terapiat on perinteisesti jaoteltu tukea-antaviin eli supportiivisiin ja paljastaviin terapioihin. Paljastavat psykodynaamiset terapiat ovat tähänneet potilaan oivallukseen, jonka saavuttamista terapeutti on tukenut potilaan puheiden ja muun istunnon aikaisen käyttäytymisen tulkitsemisella (esim. Roth & Fonagy, 1996). Leichsenringin ja Leibingin (2007) mukaan supportiivisissa psykodynaamisissa terapioissa on pyritty vahvistamaan potilaan voimavaroja (esimerkiksi defensesjä tai impulssikontrollia), jos ne ovat olleet akuutin kriisin tai kehityksellisten syiden vuoksi heikosti käytössä. Heidän mukaansa psykodynaaminen terapia nähdään nykyisin dikotomian sijaan pikemminkin jatkumona, jossa supportiiviset ja paljastavat elementit voivat painottua eri tavoin. Tietoisen oivaltamisen rinnalla vähintään yhtä tärkeänä pidetään asiakkaan emotionaalista kokemusta, jossa aiemmin sietämättömät ajatukset tai tunteet voidaan kohdata turvallisesti yhdessä terapeutin kanssa (Roth & Fonagy, 1996).

Interpersoonallinen psykoterapia (IPT) on aikarajoitettu, alun perin depression hoitoon kehitetty psykoterapiamalli, johon on vaikuttanut voimakkaasti Harry Stack Sullivanin psykodynaaminen

interpersoonallinen teoria (esim. Roth & Fonagy, 1996; Weissman, 1999). Interpersoonallisessa psykoterapiassa fokus on ensisijaisesti depressiivisen oireilun yhteydessä nykyhetken ihmissuhdeongelmiin. Psykoterapeuttisen työskentelyn neljä keskeistä aluetta ovat menetyksen sureminen, ihmistenväliset erimielisyydet, roolien siirtymät ja ihmissuhdetaitoihin liittyvät puutteet (Weissman, 1999).

Pari- ja perheterapioissa lähestymistapoja, jotka huomioivat tiedostamattomien psyykkisten ilmiöiden merkityksen, transferenssi-ilmiöt tai painottavat lapsuudenperheen kiintymyssuhteiden merkitystä, on kutsuttu psykodynaamisen ja psykoanalyttisen lisäksi ylisukupolvisiksi tai historiallisiksi (esim. Glick, 1999; Goldenberg & Goldenberg, 2000). Keskeisiä edustajia ovat esimerkiksi Ackerman (1984), Boszormenyi-Nagy (1985) ja Bowen (1966). Tähän ryhmään voidaan lukea myös sukupuutyöskentelyä kehittänyt McGoldrick (1995). Perheen ihmissuhteissa esiintyvien ongelmien katsotaan heijastelevan ratkaisemattomia ristiriitoja menneisyydessä, esimerkiksi puolisoitten lapsuudenperheissä. Kuten yksilöpsykoterapioissa terapeuttisena tavoitteena on lisätä asiakkaiden ymmärrystä ja oivallusta muutoksen aikaansaamiseksi. Keskeiset terapeuttiset tekniikat ovat observointi, selkiyttäminen ja tulkinta. Terapeutin roolissa korostuu tarkka kuunteleminen, neutraalisuus ja terapeuttinen etäisyys. Ylisukupolvisissa lähestymistavoissa terapeutti toimii valmentajan tapaan: on suora, mutta välttää konfrontaatioita ja joutumista mukaan perheen hankaliin ihmissuhdeasetelmiin.

Blagysin ja Hilsenrothin (2000) katsauksessa psykoterapiaprosesseja vertaileviin tutkimuksiin nousi esiin seitsemän piirrettä, jotka erottivat psykodynaamis-interpersoonalliset psykoterapiat kognitiivis-behavioraalista terapioista. Nämä voidaan tiivistää seuraavasti: 1) fokuoiminen affekteihin ja potilaan tunneilmaisuun, 2) potilaan vastustuksen ja muun terapian edistymistä haittaavien ilmiöiden tutkiminen, 3) potilaan toimintaan, ajatteluun, tunteisiin, kokemuksiin ja ihmissuhteisiin liittyvien kaavamaisuuksien tunnistaminen, 4) menneiden kokemusten korostaminen, 5) potilaan interpersoonallisiin kokemuksiin fokuoiminen, 6) terapeuttisen suhteen painottaminen ja 7) potilaan toiveiden, unien tai fantasioiden tutkiminen.

Ablonin ja Jonesin (1998, 2002) kuvaamien psykodynaamisen psykoterapian ja interpersoonallisen psykoterapian prototyyppeihin voimakkaimmin latautuneet PQS-osiot käyvät ilmi taulukosta 3.



TAULUKKO 3. Psykodynaamisen ja interpersoonallisen psykoterapian prototyypit: 12 tunnusomaisinta PQS:n osiota.

| Psykodynaaminen psykoterapia<br>(Ablon & Jones, 1998, s. 75)                      | Interpersoonallinen psykoterapia<br>(Ablon & Jones, 2002, s. 778)   |
|---|---|
| P's dreams or fantasies are discussed.<br>T is neutral.                           | P's interpersonal relationships are a major theme.<br>T emphasizes P's feelings in order to help him/her experience them more deeply. |
| T points out P's use of defensive maneuvers.                                      | P talks of feelings about being close to or needing someone.  |
| T draws connections between the therapeutic relationship and other relationships. | Love or romantic relationships are a topic of discussion.   |
| T is sensitive to the P's feelings, attuned to the P; empathic.                   | T explains rationale behind technique or approach to treatment.   |
| T interprets warded-off or unconscious wishes, feelings or ideas.                 | Dialogue has a specific focus.  |
| T conveys a sense of nonjudgmental acceptance.                                    | Termination of therapy is discussed.  |
| P achieves a new understanding or insight.  | Therapist is directly reassuring.   |
| The therapy relationship is a focus of discussion.                                | T draws attention to P's nonverbal behavior.  |
| T communicates with P in a clear, coherent style.                                 | T makes interpretations referring to actual people in P's life.   |
| T draws attention to feelings regarded by P as unacceptable.                      | There is discussion of body functions, physical symptoms, or health.  |
| Sexual feelings and experiences are discussed.                                    | T's remarks are aimed at facilitating P's speech.   |

T = therapist, P = patient

### 1.3.2. Kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat

Kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat perustuvat toisaalta psykologian behavioristisen koulukunnan havaintoihin ympäristön ja oppimisen merkityksestä ihmisen kehitykselle ja sen

häiriintymiselle (esim. Skinner, 1938) ja toisaalta ajattelu- ja havaitsemisprosesseja ja sosiaalista oppimista painottaville kognitiivisille teorioille (esim. Bandura, 1977; Beck, 1991). Niille tyypillisiä tekniikoita ovat esimerkiksi erilaiset taito- ja kommunikaatioharjoitukset, ongelmanratkaisu, kognitiivinen uudelleenstrukturointi, erilaiset mielikuvaharjoitukset, systemaattinen karkaiseminen sekä coping- ja stressinhallintakeinojen harjoittelu (esim. Donohue & Fisher, 2012). Esimerkiksi Beckin (1991) kognitiivisessa terapiassa terapeutti auttaa depressiivistä potilasta tunnistamaan ja korjaamaan itsen kannalta haitallisia ajatusvääristymiä ja uskomuksia, joiden ajatellaan aiheuttavan ja ylläpitävän masennusta. Behavioraalisessa terapiassa voidaan käyttää mielikuvaharjoituksia tai altistamista oireilun vähentämiseen ja paremman toimintakyvyn saavuttamiseen.

Kognitiivis-behavioraalisissa pari- ja perheterapioissa (esim. Falloon ym., 1993; Halford, Sanders & Behrens, 1994) perheenjäseniä opetetaan irrottautumaan haitallisista käyttäytymistavoista ja ottamaan käyttöön uusia ja entistä tehokkaampia vuorovaikutustaitoja. Terapeutti toimii roolimallina ja hänen toimintansa muistuttaa opettajaa tai valmentajaa. Keskeiset terapiatekniikat liittyvät toivotun käyttäytymisen vahvistamiseen, kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaitojen harjoitteluun sekä varomerkkien huomioimiseen ja varasuunnitelmien tekemiseen.

Blagysin ja Hilsenrothin (2002) kirjallisuuskatsauksen mukaan kognitiivis-behavioraalisten terapioiden prosessille on tyypillistä 1) kotitehtävien ja muiden terapiaistunnon ulkopuolisten tehtävien antaminen, 2) terapeutin aktiivisuus, 3) oireenhallintatekniikoiden opettaminen, 4) tulevaisuusnäkökulman painottaminen, 5) hoitoa, häiriötä ja oireita koskevan tiedon antaminen potilaalle ja 6) intrapersoonallinen/kognitiivinen fokus (kognitiiviset terapiat). Taulukossa 4 on esitetty kognitiivis-behavioraalisen psykoterapialle 12 ominaisinta PQS-osioita (Ablon & Jones, 2002).

---

TAULUKKO 4. Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian prototyyppi: 12 tunnusomaisinta PQS:n osiota (Ablon & Jones, 2002, s. 778)

---

1. There is discussion of specific activities or tasks for the P to attempt outside of session.
2. Discussion centers on cognitive themes, i.e., about ideas or belief systems.
3. P's treatment goals are discussed.
4. T encourages P to try new ways of behaving with others.
5. T actively exerts control over the interaction (e.g., structuring, introducing new topics).
6. T adopts supportive stance.
7. Dialogue has a specific focus.
8. T asks for more information or elaboration.
9. P's current or recent life situation is emphasized in discussion.
10. T gives explicit advice and guidance.
11. T presents an experience or event in a different perspective.
12. T is confident or self-assured (versus uncertain or defensive).

---

T = Therapist

P = Patient

### 1.3.3. Systemiset psykoterapiat

Systemisten lähestymistapojen juuret ovat antropologiassa ja kybernetiikassa (esim. Roth & Fonagy, 1996). Varhaisia edustajia ovat esimerkiksi Bateson, Jackson, Haley ja Weakland (1956). He korostivat yksilöä laajemman systeemin merkitystä ongelmien ja psyykkisten häiriöiden synnyssä ja ylläpidossa, jolloin terapeuttisten interventioiden tavoitteeksi tuli ongelmaa ylläpitävän systeemin muuttaminen. Strategisissa perheterapioissa (esim. Madanes, 1991) tavoitteena on oireilun helpottaminen ja käsiteltävän ongelman ratkaiseminen. Strateginen terapeutti on aktiivinen ja kohdistaa vaikutuspyrkimyksensä suoraan ongelmaan. Keskeisiä terapiatekniikoita ovat esimerkiksi paradoksaaliset interventiot, oireen määrääminen (prescribing), teeskentelytekniikat, suggestio ja uudelleennimeäminen.

Milanolaisessa systemisessä perheterapiassa (esim. Boscolo ym., 1987; Jones & Asen, 2000) ajatellaan, että huonosti toimivien perheiden elämää ohjaavat uskomussysteemit, jotka eivät vastaa

heidän elämänsä realiteetteja. Näiden perheiden katsotaan jääneen kiinni vuorovaikutuspeleihin, jotka ovat perheenjäsenten kannalta haitallisia. Terapian päämääränä on dysfunktionaalisten vuorovaikutuskuvioiden loppuminen ja systeeminen muutos, jonka perhe toteuttaa reaktiona terapeutin antamille heidän elämäänsä koskeville uusille merkityksille. Terapeutin rooli on neutraali ja aktiivinen. Käytettyjä terapiatekniikoita ovat esimerkiksi hypoteesien tekeminen, positiivinen konnotaatio, sirkulaarinen kyseleminen, uudelleenmuotoileminen, paradoksit ja kotitehtävät.

Systeemisistä psykoterapioista ei ole julkaistu ideaalisen psykoterapiaistuntoa kuvaavaa prototyyppiä. PQS-menetelmää on sen sijaan sovellettu tutkimusasetelmassa, jossa vertailtiin toisiinsa systeemis-relaationaalisen, strategisen lyhytterapian ja kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian prosesseja toisiinsa (Sirigatti, 2004). Tässä tutkimuksessa systeemis-relaationaaliset terapeutit erottautuivat muita suuntauksia edustavista terapeuteista useissa terapeutin asennoitumiseen ja käyttäytymiseen liittyvissä piirteissä. Esimerkiksi systeemiset terapeutit eläytyivät vahvasti potilaan sisäiseen maailmaan, olivat herkkiä potilaan tunteille ja kykenivät välittämään ymmärryksensä empaattisesti. Strategiselle lyhytterapialle oli ominaista, että vuorovaikutus fokuoitiin muutamiin keskeisiin teemoihin ja siinä keskityttiin ideoihin tai konstruktioihin, joita käytettiin itsen ja toisten arvioinnissa. Kaikille kolmelle terapiamallille yhteistä oli terapeuttien systemaattinen toiminta potilaan kommunikaation helpottamiseksi ja huomiotta jääneiden asioiden reformulointi.

#### **1.3.4. Strukturaalinen perheterapia**

Strukturaalisessa perheterapiassa (esim. Minuchin & Fishman, 1981) oletetaan perheen tiettyjen rakenteiden, esimerkiksi sukupolvien välisen hierarkian, sopivien perheenjäsenten välisten rajojen ja toimivien alajärjestelmien, liittyvän perheen hyvään toimintakykyyn. Terapian päämäärinä ovat perheen organisaation uudelleenstrukturointi, muutokset haitallisissa vuorovaikutussuhteissa ja yksittäisten perheenjäsenten oireilun lopettaminen. Terapeutin rooli on aktiivinen. Käytettyjä terapiatekniikoita ovat esimerkiksi liittyminen (joining), haastaminen (esim. PQS:n osio 99. *Therapist challenges the patient's view*), uudelleenmuotoilu (reframing) ja mukauttaminen, joiden avulla terapeutti pyrkii muuttamaan ongelmista kärsivän perheen struktuureja ja käyttäytymistä.

### **1.3.5. Sosiaalinen konstruktionismi ja postmodernit psykoterapiat**

Sosiaalinen konstruktionismi on tietoteoreettinen viitekehys, jossa todellisuuden ajatellaan rakentuvan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Berger & Luckman, 1994). Psykoterapiassa tähän ryhmään voidaan lukea joukko orientaatioita, jotka eri tavoin painottavat kielen merkitystä. Näitä ovat esimerkiksi narratiiviset (esim. White & Epston, 1990), ratkaisukeskeiset (esim. de Shazer, 1991), yhteistoiminnalliset (esim. Anderson, 1997) sekä dialogiset ja reflektiiviset (esim. Andersen, 1991; Seikkula & Trimble, 2005) lähestymistavat.

Yhteistä näille suuntauksille on, että ihmisen katsotaan kielen avulla konstruoivan subjektiivisen käsityksensä maailmasta ja itsestään; käsitykset välittyvät kertomuksina. Perheen ongelmat nähdään sopimuksenvaraisina: ne ovat kertomuksia, joita perheenjäsenet kertovat itsestään. Terapian päämääränä on uusien näkökulmien syntyminen, joka tapahtuu, kun ongelmat konstruoidaan uudelleen tai ne saavat uusia merkityksiä. Terapeutin roolia luonnehtivat yhteistoiminnallisuus ja ei-asiantuntijuus: osallistumalla terapeutin keskusteluun terapeutti on mukana konstruoimassa uutta ymmärrystä ja uusia merkityksiä.

### **1.3.6. Tunnekeskeinen pariterapia**

Kaikille pariterapeuttisille lähestymistavoille on yhteistä pyrkimys muuttaa niitä suhteessa olon malleja, jotka ovat osoittautuneet toimimattomiksi (esim. Sprenkle ym., 2009). Tunnekeskeisessä pariterapiassa työskentelyn fokus on pariskunnan tunteissa (esim. Johnson, 2012; Greenberg, 2002). Menetelmä yhdistelee kiintymyssuhdeteoriaa, rogersilaista asiakaskeskeistä terapiaa sekä strukturaalisen ja systeemisen perheterapian elementtejä. Johnsonin (2012) mukaan parisuhdevaikeudet heijastelevat kiintymyssuhteen epävarmuutta. Terapeutti auttaa puolisoita toisaalta huomaamaan ongelmatilanteissa manifestoituvia vaikeita tunteita ja defensiivisiä toimintamalleja, jotka johtavat negatiivisiin vuorovaikutuskehiin, ja toisaalta tunnistamaan ja aiempaa rakentavammin ilmaisemaan niiden taustalla olevia henkilökohtaisia kiintymystarpeita ja – tunteita. Terapiamalli korostaa pariskunnan istunnonaikaisten voimakkaiden tunnekokemusten ja niiden käsittelyn merkitystä muutostekijänä. Myös Gottmanin tutkimushavainnot tukevat käsitystä

puolisoiden keskinäisen tuen ja emotionaalisen sitoutumisen merkityksestä pariskunnan hyvinvoinnille ja parisuhdetyytyväisyydelle (esim. Gottman, Coan, Carrere, & Swanson, 1998).

Istunnonaikaisiin tunnekokemuksiin liittyy esimerkiksi PQS:n osio 81. *Therapist emphasizes patient's feelings in order to help him or her experience them more deeply.*

#### **1.4. PQS ja kaikille psykoterapioille yhteiset tekijät**

Wampoldin (2001) tekemän laajan psykoterapiatutkimuksen analyysin mukaan käytetty psykoterapiatekniikka selittää vain pienen osan terapian lopputuloksen vaihtelusta. Spesifisiä tekijöitä selvästi suurempi selitysosuus on esimerkiksi asiakkaisiin liittyvillä sekä kaikille psykoterapioille yhteisillä tekijöillä (engl. common factors), joita on kirjallisuudessa kuvattu paljon. Esimerkiksi Grençavagen ja Norcrossin (1990) tutkimuskatsauksessa niitä todetaan olevan lähes yhdeksänkymmentä. Norcrossin ja Wampoldin (2011) mukaan psykoterapiatutkimusten näyttö terapiasuhteessa vaikuttavista tekijöistä voidaan tiivistää seuraavasti: 1) Osoitetusti vaikuttavaa on allianssi yksilö- ja perheterapiassa, koheesio ryhmäterapiassa, terapeutin empaattisuus sekä palautteen kerääminen asiakkailta, 2) todennäköisesti vaikuttavaa on asiakkaan ja terapeutin yksimielisyys hoidon tavoitteista, heidän keskinäinen yhteistyönsä ja terapeutin arvostava suhtautuminen asiakkaaseen, 3) lupaavalta vaikuttavia ovat terapeutin aitous ja tarkoituksenmukaisuus (engl. genuineness and congruence), allianssimurtumien korjaaminen sekä vastatransferenssin käsittely.

*Terapeuttinen allianssi* eli terapeutin ja asiakkaan yhteistyösuhde on toistuvasti osoitettu keskeiseksi terapian lopputulosta ennustavaksi tekijäksi ja sitä pidetään peruselementtinä terapian onnistumiselle (esim. Baldwin, Wampold ja Imel, 2007; Horvath & Bedi, 2002; Norcross, 2010). Meta-analyysien mukaan sen selitysosuus terapian lopputuloksesta on 5 - 8 % (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

Allianssi on terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen ja heidän keskinäisen yhteistyönsä laatua (Horvath ym., 2011). Sen kolme keskeistä ulottuvuutta ovat asiakkaan ja terapeutin yksimielisyys terapian päämääristä, asiakkaan ja terapeutin yksimielisyys työskentelytavoista sekä heidän keskinäiset emotionaaliset sidoksensa (Bordin, 1979).

Pari- ja perheterapioissa, joissa allianssi on yksilöterapiasuhdetta moniulotteisempi ja kompleksisempi ilmiö, voidaan puhua laajennetusta terapeuttisesta allianssista (esim. Sprenkle,

Davis & Lebow, 2009). Laajennettu allianssi sisältää terapeutin henkilökohtaisen suhteen koko perhesysteemiin, hänen suhteensa jokaiseen perheenjäseneen erikseen sekä perheenjäsenten keskinäisen yhteistyösuhteen, jonka merkitystä terapian onnistumisen kannalta pidetään myös olennaisen tärkeänä (Friedlander, Escuerdo, & Heatherington, 2006; Pinosof, 1994). Perheen tai pariskunnan sisäisen yhteistyösuhteen ulottuvuudet ovat heidän yhteinen sitoutumisensa terapiatyöskentelyyn ja jaettu käsitys sen merkityksestä (engl. *shared sense of purpose*; Friedlander ym., 2006) sekä heidän keskinäinen kokemuksensa turvallisuudesta (Friedlander & Tuason, 2000). Perheenjäsenten toisistaan poikkeavia arvioita terapeutin yhteistyösuhteen laadusta on kutsuttu jakautuneeksi tai epätasapainoiseksi allianssiksi (esim. Pinosof & Catherall, 1986; Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011). Sen on arveltu olevan riski hoidon epäonnistumiselle, mutta tutkimuksissa sen yhteyttä hoidon lopputulokseen ei ole kyetty osoittamaan (esim. Knobloch-Fedders, Pinosof, & Mann, 2007).

PQS-menetelmässä allianssiin liittyvät esimerkiksi osiot *1. Patient verbalizes negative feelings (e.g. criticism, hostility) toward therapist*, *4. The patient's treatment goals are discussed* ja *95. Patient feels helped*.

*Allianssimurtumien korjaaminen.* Psykoterapeuttisessa työskentelyssä erilaiset yhteistyösuhteen säröt, jumitilanteet ja transferenssi-vastatransferenssi ilmiöt ovat vääjäämättömiä. Tällaisten allianssissa tapahtuneiden murtumien onnistunut korjaaminen voi vahvistaa yhteistyötä entisestään, ja se todennäköisesti vaikuttaa terapian onnistumiseen (Norcross & Wampold, 2011; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). Sen sijaan niiden ohittaminen on yhteydessä allianssin heikkenemiseen ja voi johtaa terapian huonoon lopputulokseen tai hoidon keskeytymiseen (esim. Safran & Kraus, 2014). PQS:n osioista tätä ilmiötä kuvaavat esimerkiksi osiot *14. Patient does not feel understood by therapist* ja *47. When the interaction with the patient is difficult, the therapist accommodates in an effort to improve relations*.

*Empatia* on terapeutin sensitiivistä kykyä ja tahtoa ymmärtää asiakkaan ajatuksia, tunteita ja vaikeuksien kanssa kamppailua tämän näkökulmasta käsin (esim. Rogers, 1957). Lisäksi empaattinen terapeutti kykenee kommunikoimaan ymmärryksensä siten, että asiakas pystyy ottamaan sen vastaan ja kokemaan sen arvokkaaksi. Yhteistyösuhteen onnistumisen kannalta juuri asiakkaan kokemus empatiasta on olennaisen tärkeä ja sen painoarvo on suurempi kuin terapeutin tietoiset pyrkimykset osoittaa empatiaa (Bachelor & Horvath, 1999).

Bohartin, Elliotin, Greenbergin ja Watsonin (2002) mukaan terapeutin empaattisuuden ja terapiatuloksen välinen korrelaatio oli keskimäärin 0.26 (effect size = 0.32). Empatian nähtiin vaikuttavan lopputulokseen, koska se auttaa positiivisen suhteen syntymistä ja ylläpitoa, helpottaa

korjaavien tunnekokemusten saavuttamista, luo pohjaa itsen tutkimiselle ja merkityksen syntymiselle sekä tukee asiakkaan aktiivista itsensä auttamista.

Rogersin (1957) mukaan terapeutin vakaa, lämmin, tukea antava ja *arvostava suhtautuminen* (engl. positive regard) luovat pohjaa asiakkaan psyykkiselle kasvulle ja kärsimyksen vähentymiselle. Tutkimuksissa sillä on todettu olevan kohtalainen vaikutus terapian lopputulokseen (Farber & Doolin, 2011). Vähimmillään arvostava suhtautuminen antaa hyvän perustan hyödyllisille interventioille, mutta sillä voi myös olla erityistä merkitystä pitkäkestoisen hoitosuhteen ylläpitämisessä - joillekin potilaille sen merkitys koko terapian onnistumisen kannalta saattaa olla kriittinen (Farber & Doolin, 2011; Farber & Lane, 2001).

*Aitous ja tarkoituksenmukaisuus* viittaavat terapeutin henkilökohtaiseen integraation terapiasuhteeseen ja hänen kykyynsä kommunikoida tämä persoonallinen puoli asiakkaalle sopivalla tavalla (esim. Norcross, 2010). Rogersin (1957) mukaan tämä tarkoittaa sitä, että terapeutti kykenee olemaan terapiasuhteessa aidosti oma itsensä ja hän pystyy välittämään todelliset kokemuksensa asiakkaasta tarkasti ja tietoisena itsestään. Tälle vastakohtaista on tahaton tai tarkoituksellinen teennäisyys, esimerkiksi ammattiroolin taakse piiloutuminen tai kohtaamisessa syntyneiden ilmiselvien tunteiden kätkeyminen. Koldenin, Kleinin, Wangin ja Austinin (2010) mukaan aitouteen ja tarkoituksenmukaisuuteen liittyy toisaalta terapeutin kyky olla tietoinen itsestään ja hyväksyä itsensä, toisaalta taito liittyä asiakkaaseen ja jakaa hienotunteisesti vaikutelmiaan, joita tämä hänessä herättää. Heidän tekemänsä meta-analyysin mukaan terapeutin aitouden ja tarkoituksenmukaisuuden selitysosuus terapian lopputuloksesta oli 6 %.

PQS:n osioista edellä kuvattuja terapeutin ominaisuuksia ja suhtautumistapoja kuvaavat esimerkiksi osiot 6. *Therapist is sensitive to the patient's feelings, attuned to the patient; emphatic*, 18. *Therapist conveys a sense of nonjudgmental acceptance* ja 9. *Therapist is distant, aloof*.

*Vastatransferenssin käsitteleminen.* Vastatransferenssilla tarkoitetaan sellaisia asiakkaan terapeutissa herättämiä reaktioita, jotka pohjautuvat terapeutin omaan haavoittuvuuteen tai ratkaisemattomiin sisäisiin konflikteihin (Gelso & Hayes, 2007). Tämä voi näkyä esimerkiksi terapeutin ärtyvyytenä, kontrolloivuutena tai muina ei-terapeuttisina toimina tai asenteina. Jos terapeutti ei tiedosta ilmiötä tai pysty sitä riittävästi hallitsemaan, yhteistyösuhde ja sen myötä terapian lopputulos voivat heikentyä. Asiaa tarkastelevassa meta-analyysissä (Hayes, Gelso & Hummel, 2011) vastatransferenssilla oli pieni yhteys terapian lopputulokseen, mutta sen onnistuneella käsittelyllä suuri. PQS:n osioista tähän tekijään liittyy osio 24. *Therapist's own emotional conflicts intrude into the relationship*.

*Systemaattisen ja välittömän palautteen kerääminen asiakkailta* auttaa terapeutteja huomaamaan ongelmakohtia ja tekemään korjausliikkeitä tilanteissa, joissa asiakkaan hyvinvointi tai



terapeuttinen allianssi uhkaa heiketä (esim. Lambert & Shimokawa, 2011). Meta-analyysien mukaan standardoitujen palautemenetelmien (esim. The Outcome and Session Rating Scales; Duncan & Miller, 2008) käyttäminen on ylipäänsä hyödyllistä (vaikutuksen suuruus välillä .23 ja .33), mutta erityisen suuri myönteinen vaikutus sillä on ollut niille terapia-asiakkaille, jotka tavallisesti hyötyvät terapiasta huonosti (Lambert & Shimokawa, 2011; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010).

Terapeutin ja asiakkaan yksimielisyys hoidon tavoitteista ja kyky toimia yhteistuumin päämäärän saavuttamiseksi on osa terapeuttista allianssia, mutta sitä on tutkittu myös itsenäisenä tekijänä (Tryon & Winograd, 2011). Tähän liittyy PQS:n osio 4. *The patient's treatment goals are discussed (Potilaan hoidon tavoitteista keskustellaan)*. Muita huomionarvoisia tekijöitä, jotka sisältyvät PQS:n osioihin ovat esimerkiksi *terapeutin henkilökohtainen avoimuus* (engl. self-disclosure; Hill & Knox, 2002) ja *suhteisiin liittyvien tulkintojen laatu* (esim. Norcross, 2010).

*Terapeutin henkilökohtaista avoimuutta* terapatilanteessa pidetään voimakkaana interventiona, joka on Hillin ja Knoxin (2002) tutkimuskatsauksen mukaan hyödyllistä joissakin tilanteissa. Heidän mukaansa terapeutin kannattaa tuoda henkilökohtaista ainesta esiin epäsäännöllisesti ja tehdessään niin hänen tarkoituksenaan on oltava asiakkaan todellisuuden validointi, kokemusten normalisointi, allianssin vahvistaminen tai vaihtoehtoisen ajattelu- tai toimintatavan tarjoaminen. Terapeutin tulee välttää omista tarpeista lähteviä paljastuksia, jotka siirtävät fokuksen pois asiakkaasta, ovat asiakkaalle hämmentäviä tai kiusallisia tai muutoin hämärtävät terapian rajoja. Asiaa kuvaa PQS:n osio 21. *Therapist self-discloses*.

*Tulkinnolla* tarkoitetaan terapeutin interventioita, joiden tarkoitus on tuoda asiakkaan tietoisuuteen aiemmin tiedostamatonta materiaalia. Norcrossin (2010) katsauksen mukaan suuren määrän transferenssitulkintoja on todettu johtavan huonoihin tuloksiin erityisesti silloin, kun asiakkaan objektisuhteet ovat heikot. Sen sijaan asiakkaan keskeiseen ihmissuhdedynamiikkaan kohdistuneet tulkinnat ovat tuottaneet parempia tuloksia. Tulkintoihin liittyvät esimerkiksi PQS:n osiot 67. *Therapist interprets warded-off or unconscious wishes, feelings, or ideas* ja 40. *Therapist makes interpretations referring to actual people in the patient's life*.

Bohartin ja Tallmanin (2010) katsausartikkeli vetää yhteen niitä tekijöitä, jotka asiakkaiden toiminnassa ovat yhteydessä hoidon lopputulokseen. Esimerkiksi seuraavien elementtien voi katsoa jollakin tavalla sisältyvän PQS:n osioihin: Asiakkaan sitoutuminen ja osallistuminen (esim. PQS: Osio 73. *The patient is committed to the work of therapy*); asiakkaan aktiivisuus, reflektiivisyys ja luovuus (esim. Osio 97. *Patient is introspective, readily explores inner thoughts and feelings*); asiakkaan havainnot terapiasta (esim. Osio 14. *Patient does not feel understood by therapist*) ja varhainen muutos (esim. Osio 95. *Patient feels helped*).

## 1.5. Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan Psychotherapy Process Q-set -menetelmän (PQS) ominaisuuksia ja sovellettavuutta pari- ja perheterapian näkökulmasta. Tavoitteenani on selvittää, kuinka suomalaiset perheterapeutit arvioivat PQS -menetelmään sisältyvien tekijöiden merkitystä pari- ja perheterapian prosesseissa. Toisena tavoitteena on etsiä kokeneiden perheterapeuttien kanssa niitä tekijöitä, jotka ovat mahdollisimman keskeisiä pariterapiaprosessin tutkimisessa ja koota niistä sadan osion joukko PQS:n mallin mukaisesti.

Mittausmenetelmän osioiden validiteettia ei pysty todentamaan pelkästään asiantuntija-arvioiden avulla, vaan sitä on tutkittava myös empiirisesti (esim. Metsämuuronen, 2002). Tästä syystä tämän tutkimushankkeen tuloksena syntyvää osiojoukkoa (Pariterapian Q-set; PTQS) on pidettävä tutkimusmenetelmän pilottiversiona, jonka pätevyyden selvittäminen pariterapiaprosessin kuvaajana jää myöhemmin suoritettaviin pariterapiatutkimuksiin.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä Psychotherapy Process Q-setin kuvaamat yksilöpsykoterapian tekijät ovat suomalaisten perheterapiakouluttajien mukaan relevantteja myös pari- ja perheterapiassa ja mitkä eivät? Mikä on heidän keskinäinen yksimielisyytensä näiden tekijöiden relevanssista?
2. Mitkä ovat ne tekijät, joita nämä kokeneet perheterapeutit pitävät keskeisimpinä pariterapiaprosessin tutkimisessa? Mikä on heidän yksimielisyytensä näistä tekijöistä?
3. Mitkä ovat ne pariterapiaprosessin tekijöitä kuvaavat osiot, jotka suomalaiset perheterapia-asiantuntijat sisällyttäisivät kehitteillä olevaan pariterapian tutkimusmenetelmään konsensusperiaatetta noudattaen?

## **2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **2.1. Tutkimuksen tausta**

Kuten tutkimusraportin alussa mainitaan, tutkimushankkeeni lähti liikkeelle yrityksestä soveltaa Psychotherapy Process Q-set – menetelmää (PQS) pariterapioiden tutkimiseen DINADEP-projektissa (Seikkula, 2013). PQS-menetelmällä suoritettiin viisi pilottiarviota projektiin liittyville pariterapioille. Koska pilottiarvioinneista tehdyt havainnot vaikuttivat olennaisesti oman tutkimukseni suuntaan ja osaltaan perustelevat tekemiäni ratkaisuja, ne kuvataan tässä.

### **2.2. PQS pariterapian pilottiarvioissa**

Pilottiarviot suoritettiin tarkastelemalla Psychotherapy Process Q-set -menetelmällä (PQS) viittä sattumanvaraisesti valittua DINADEP-tutkimusprojektin pariterapiaistuntoa. Kaikissa viidessä terapiaistunnossa terapeutina toimi kahden perheterapeutin muodostama työpari. Terapeuttien lisäksi kolmessa istunnossa paikalla oli kaksi puolisoa, yhdessä istunnossa indeksipotilas ilman puolisoa ja yhdessä indeksipotilaan puoliso yksinään. Pilottiarvioinnit kohdistuivat siten kolmeen istuntoon, joissa paikalla oli kaksi terapeuttia ja kaksi asiakasta, sekä kahteen istuntoon, joissa paikalla oli kaksi terapeuttia ja yksi asiakas. Istuntojen kesto vaihteli välillä 1 – 1,5 tuntia.

Menetelmän käyttäminen vaati huomattavaa keskittymistä ja tarkkaavaisuutta. Yhden istunnon arvioimiseen kului aikaa 1,5, - 2,5 tuntia. Paritapaamisten arvioinnissa paine sijoittaa osiot ei-tunnusomaisiin kategorioihin oli suuri, ja erittäin tunnusomaiseksi tehdyt valinnat tuntuivat usein väkinäisiltä. Yhden asiakkaan istuntojen arvioiminen oli huomattavasti sujuvampaa, ja osiot pystyi jakamaan paljon helpommin ei-tunnusomaisiin, neutraaleihin ja tunnusomaisiin kategorioihin.

Pilottiarvioinneista tehtyjen havaintojen perusteella läheskään kaikki PQS:n osiot eivät olleet pariterapiaprosessin kannalta kovin relevantteja ja toisaalta juuri pariterapialle ominaisia tekijöitä puuttui menetelmästä.

## **2.3. Aineisto ja menetelmät**

### **2.3.1. Ensimmäinen asiantuntija-arviointi**

Psychotherapy Process Q-setin (Jones, 2000) 100 osiota sisältävä koodausmanuaali käännettiin suomeksi (jatkossa käytän osioista niiden suomennettuja versioita) ja lähetettiin yhdelletoista suomalaiselle perheterapiakouluttajalle. Heidät valittiin tuttuuden perusteella siten, että heillä tiedettiin olevan pitkä kokemus pari- ja perheterapeuttisesta työstä ja että he sen lisäksi toimivat aktiivisesti kouluttajina. Asiantuntijaryhmään pyrittiin saamaan edustajia erilaisista psykoterapeuttisista orientaatioista, eri puolilta maata ja erilaisista työkonteksteista. Kohderyhmään valikoitui seitsemän mies- ja neljä naispuolista perheterapiakouluttajaa, joista kahdeksan palautti menetelmän asianmukaisesti täytettynä. Yksi antoi kirjallista palautetta, mutta ei suorittanut pyydettyä arviointia.

Vastaajia pyydettiin avoimella kysymyksellä kertomaan, mihin teoreettiseen viitekehykseen he perustavat perheterapeuttisen työskentelynsä. Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kaikki ilmoittivat useampia viitekehyksiä. Erilaisia viitekehyksiä kuvaavia ilmauksia oli yhteensä 14. Useimmin esiintyi määritelmä dialoginen (5 vastaajaa), systeeminen (3 vastaajaa), psykodynaaminen tai psykoanalyttinen (2 vastaajaa), sosiaalis-konstruktionistinen tai konstruktivistinen (3 vastaajaa), voimavarakeskeinen (2 vastaajaa), narratiivinen (2 vastaajaa) ja reflektiivinen tai refleksiivinen (2 vastaajaa). Jotkut vastaajista käyttivät myös erilaisia hierarkioita vastauksissaan eli käyttivät jotain viitekehystä yläluokkana, jota toiset viitekehykset täydensivät, esimerkiksi: ”Sosiaalinen konstruktionismi avoimen dialogin ja reflektiivisyyden painotuksella” tai ”Narratiivisuus, dialogisuus systeemisen ajattelun höystein” tai ”Avoin dialogia & refleksiiviset prosessit & sosiaalinen konstruktionismi = diskursiiviset ja kontekstuaaliset lähestymistavat”. Yhden kouluttajan vastausta voi pitää varsin filosofisena: ”En tiedä. Joskus luulin tietäväni, mutta siitä on todella monta vuotta”.

Vastaaajien suhteessa viitekehyksiin näkyi perheterapeutteihin usein liitetty eklektismi tai pyrkimys integroida eri työmalleja (esim. Johnson, 2002). Erilaiset postmodernit painotukset tulivat vastauksissa vahvasti esiin: viiden vastaajan viitekehyksiä koskevien luonnehdintojen voidaan katsoa liittyvän jollakin tavalla sosiaaliseen konstruktionismiin (esim. Goldenberg & Goldenberg, 2000). Taulukossa 5 näkyvät asiantuntijoiden ilmaisemat viitekehukset ja niiden suhde psykoterapioiden teoreettisiin pääluokkiin. Asiantuntija 4:n viitekehys sijoitettiin jatkotarkastelua varten yläluokkaan *integratiivinen*.

Asiantuntijoita kehoitettiin arvioimaan kukin PQS:n osio asteikolla 1 – 9 (1 = erittäin epäolennainen, 9 = erittäin olennainen) sen mukaan, kuinka olennainen se heidän mielestään oli ihanteellisesti sujuvan pari- tai perheterapiaistunnon kannalta (vrt. psykoterapiaprototyyppien luominen; Ablon & Jones, 1998; Ablon & Jones, 2002). Lisäksi heitä pyydettiin ehdottamaan menetelmästä mahdollisesti puuttuvia osioita sekä antamaan muuta menetelmään ja sen arvioimiseen liittyvää palautetta.

Asiantuntijoiden tekemien numeeristen arvioiden tilastollinen analyysi suoritettiin SPSS-ohjelmalla. Vastauksia tarkasteltiin sekä asiantuntija- että osiokohtaisesti. Arvioitsijoiden keskinäistä yhdenmukaisuutta tutkittiin Krippendorffin alfa – reliabiliteetikertoimen (Hayes & Krippendorff, 2007) avulla. Koko asiantuntijaryhmän lisäksi arviointien yhdenmukaisuutta tarkasteltiin erilaisissa alaryhmissä (esim. *Sosiaalinen konstruktionismi*, *Systeeminen* ja *Integratiivinen*) sekä arvioitsijapareittain. Lisäksi annetuista arvioista määritettiin asiantuntijakohtaisesti keskeiset sijainti- ja hajontaluvut.

Osiokohtaista tarkastelua tehtiin laskemalla arvioiden keskiarvot ja – hajonnat kullekin osiolle sekä määrittämällä vastausten vaihteluvälit. Muuttujia käsiteltiin välimatka-asteikollisina, koska käytetyn asteikon (1 – 9) vierekkäisten arvojen oletettiin sijaitsevan yhtä kaukana toisistaan (vrt. Likert-asteikot).

Ensimmäisessä asiantuntija-arviossa olennaisimmiksi ja epäolennaisimmiksi arvioituja osioita verrattiin aikaisemmissa tutkimuksissa tehtyihin psykoterapiaprototyyppisiin (Ablon & Jones, 1998; Ablon & Jones, 2002).

Asiantuntijoiden antama kirjallinen palaute raportoidaan omissa kappaleissaan.

TAULUKKO 5. Asiantuntijoiden ilmaisemat viitekehukset.

| Asiantuntija | ilmaistu viitekehys  | yläluokka                            |
|--------------|--|--------------------------------------|
| 1            | En tiedä   | -                                    |
| 2            | Avoin dialogia<br>refleksiiviset prosessit<br>sosiaalinen konstruktionismi                                 | sos. konstruktionismi                |
| 3            | Sosiaalinen konstruktionismi,<br>avoimen dialogin ja reflektiivisyyden<br>painotuksella                    | sos. konstruktionismi                |
| 4            | Riippuu asiakkaista:<br>joskus strukturaalinen, narratiivinen,<br>psykodynaaminen, konstruktivistinen jne. | integratiivinen                      |
| 5            | Systeeminen<br>voimavarasuuntautunut<br>dialoginen   | systeeminen<br>sos. konstruktionismi |
| 6            | psykoanalyttinen<br>objektisuhdeteoreettinen<br>systeeminen  | psykodynaaminen<br>systeeminen       |
| 7            | Dialoginen<br>sos. konstruktionismi<br>systeeminen<br>voimavarakeskeinen<br>Attachment narrative therapy   | sos. konstruktionismi<br>systeeminen |
| 8            | Narratiivinen<br>dialoginen<br>yhteistoiminnallinen  | sos. konstruktionismi                |

### 2.3.2. Pariterapiaprosessiin liittyvien osioiden muodostaminen

Uuden osiojoukon kokoaminen aloitettiin rajaamalla menetelmän käyttökohde pariterapioihin. Luotavaan tutkimusmenetelmään pyrittiin siten sisällyttämään mahdollisimman kattavasti keskeiset elementit sellaisesta terapiatilanteesta, jossa on yhtä aikaa paikalla kaksi puolisoa ja vähintään yksi terapeutti. Kompleksisuuden vähentämiseksi tarkastelun ulkopuolelle jätettiin ne perheterapia-asetelmat, joissa paikalla on puolisoiden lisäksi muitakin asiakkaita, esimerkiksi heidän lapsensa.

Pariterapiaosioiden kokoamisen lähtökohdaksi otettiin Jonesin (2000) kuvaamat PQS:n osiot. Kaikki sata osiota muokattiin sellaiseen muotoon, että ne vastasivat pariterapiakontekstia. Muokkaus tehtiin sekä osioiden otsikoille että niitä tarkentaville ohjeille. Esimerkiksi osion *Potilaalla on vaikeuksia ymmärtää terapeutin kommentteja* otsikko ja sitä seuraava arviointiohje kirjoitettiin seuraavasti:

*Osio 5. Puolisoilla on vaikeuksia ymmärtää terapeutin kommentteja.*

Arvioi tunnusomaisesti, jos puoliset vaikuttavat hämmentyneiltä terapeutin kommentteista. Syynä voi olla heidän defensiivisyytensä tai se, että terapeutti ilmaisee itseään epäselvästi tai käyttää puolisoiden näkökulmasta liian vaikeaa kieltä. Esimerkiksi puoliset pyytävät terapeuttia tarkentamaan kommenttiaan tai muutoin ilmaisevat, että eivät ole ymmärtäneet, mitä terapeutti tarkoittaa.

Arvioi ei-tunnusomaisesti, jos puoliset ymmärtävät helposti terapeutin kommentit.

Uusia pariterapiaosioita muodostettiin johtamalla niitä pari- ja perheterapiakirjallisuudessa kuvatuista teorioista, tutkimuksista ja joistakin olemassa olevista tutkimusmenetelmistä (esim. The Georgia Marriage Q-sort; Wampler & Halverson., 1990; The Dyadic Adjustment Scale; Spanier, 1976). Myös asiantuntijoiden PQS:n arvioinnin yhteydessä ehdottamat osiot (LIITE 1) ja muu heidän antamansa palaute otettiin huomioon.

Uusia osioita kirjoitettiin yhteensä 45. Taulukossa 6 on esitetty niistä esimerkkejä.

---

## TAULUKKO 6. Esimerkkejä uusista pariterapiaosioista

---

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Allianssi                   | Terapeutin ja pariskunnan välillä on luottamusta, lämpöä ja välittämistä (esim. Bordin, 1979; Pinsof, Zinbarg ja Knobloch-Fedders, 2008).                       |
| Dialoginen                  | Terapeutti jatkaa kommentillaan asiakkaiden sanomaa ja sisällyttää puolisoiden sanomat asiat seuraavaan kysymykseen (Seikkula, 2008).                           |
| Feministinen                | Sosiaalisten, kulttuuristen tai poliittisten tekijöiden merkityksestä pariskunnan elämään keskustellaan (esim. Proyty & Lyness, 2011).                          |
| Kognitiivis-behavioraalinen | Terapeutti opettaa pariskunnalle selkeää kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä (Falloon ym., 1993).                             |
| Narratiivinen               | Terapeutti käyttää ulkoistamista ongelman käsittelyssä (White & Epston, 1990)   |
| Strukturaalinen             | Terapeutti haastaa pariskunnan tai koko perheen puuttuvia tai jäykkiä rajoja (Minuchin & Fishman, 1981).  |
| Systeeminen                 | Terapeutti antaa positiivisen merkityksen (konnotaation) puolison tai muun perheenjäsenen ongelmakäyttäytymiselle (esim. Boscolo ym, 1987).                     |
| Sisältöön liittyvät         | Kotitöiden ja muiden yhteiselämään liittyvien vastuiden jakautumisesta keskustellaan (esim. Spanier, 1976).   |
| Tunnekeskeinen              | Puolisoiden kanssa etsitään keinoja, joilla he voivat rauhoittaa itsensä riitatilanteissa, joissa tunteet kuohuvat yli (esim. Greenberg, 2002).                 |
| Tutkimukseen perustuva      | Puolisoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa esiintyy toisen arvostelua, puolustelua, halveksuntaa tai keskustelusta vetäytymistä vaikenemalla (Gottman, 1993). |
| Voimavarakeskeinen          | Terapeutti etsii pariskunnan ongelmakuvauksista poikkeuksia, joita käytetään hyväksi ratkaisujen löytämiseksi (esim. de Shazer, 1991).                          |

---

### 2.3.3. Toinen asiantuntija-arviointi

Muokatut PQS:n osiot ja uudet pariterapiaosiot (yhteensä 145) lähetettiin 12 suomalaiselle perheterapiakouluttajalle, joista kahdeksan oli samoja kuin ensimmäisellä kerralla. Heitä pyydettiin nyt arvioimaan, kuinka keskeisiä tai tärkeitä osiot olisivat pariterapiaprosessin tutkimisen kannalta



(kysymys oli siis eri kuin ensimmäisellä kerralla, jolloin etsittiin ideaalisen pari- tai perheterapiaistunnon tekijöitä). Annettu arviointiasteikko oli jälleen numeerinen arviointi asteikolla 1 – 9 (1= ei lainkaan tärkeä tai keskeinen, 9 = erittäin tärkeä tai keskeinen). Heitä pyydettiin myös ehdottamaan lisättäviä osioita ja antamaan yleistä palautetta arvioinnista.

Arvioinnin palautti kymmenen asiantuntijaa. Heidän joukossaan olivat kaikki kahdeksan PQS-version arvioinutta sekä kaksi uutta perheterapiakouluttajaa. Uusien asiantuntijoiden ilmoittamat viitekehykset on esitetty taulukossa 7 (aiemmin mukana olleet, ks. taulukko 5, s. 26).

Asiantuntija-arvioiden analyysi suoritettiin samalla tavalla kuin ensimmäisellä kerralla lukuun ottamatta vertailua PQS-prototyyppeihin (ks. s. 25).

TAULUKKO 7. Uusien asiantuntijoiden viitekehykset.

| Asiantuntija | ilmaistu viitekehys  | yläluokka                         |
|--------------|--|-----------------------------------|
| 9            | integratiivinen:<br>systeminen<br>psykodynaaminen<br>ratkaisukeskeinen<br>tutkimukseen perustuva<br>tunnefokusoitu | integratiivinen                   |
| 10           | narratiivinen<br>dialoginen<br>systeminen  | sos.konstruktioismi<br>systeminen |

#### 2.3.4. Kolmas asiantuntija-arviointi

Kolmannen asiantuntija-arvioinnin tavoitteena oli äänestys/konsensus-periaatetta noudattaen koota sadan osion joukko, joka sisällytettäisiin Pariterapiaprosessin Q-set -menetelmän (PTQS) pilottiversioon. Tarkoitusta varten muodostettiin uusi asiantuntijaryhmä, johon kutsuttiin viisi tohtoritutkinnon suorittanutta perheterapiakouluttajaa. Heistä yksi oli mukana myös kahdessa

edellisessä arvioinnissa. Asiantuntijoista kolme toimi psykologian professorina, yksi yliopiston lehtorina ja yksi yksityisenä ammatinharjoittajana.

Tämä arviointikierros oli kolmevaiheinen ja koostui asiantuntijoiden itsenäisesti tekemästä arvioinnista ja konsensuskokouksesta sekä niiden pohjalta tehdyn esityksen hyväksymisestä. Asiantuntijoille lähetettiin ensin edellisessä kappaleessa kuvattu 145 pariterapiaosion joukko. Heitä kehoitettiin jokaisen osion kohdalla pohtimaan, tulisiko sen olla mukana pariterapiaprosessin tutkimusmenetelmässä vai ei. Sen jälkeen heitä pyydettiin valitsemaan osioista pois pariterapiaprosessin tutkimisen kannalta epärelevanteimmat siten, että kehitteillä olevan menetelmän rakenne vastaisi alkuperäistä PQS-menetelmää (40 asiakkaaseen, 41 terapeuttiin ja 19 keskinäiseen suhteeseen liittyvää osiota). Pois valittavien osioiden määrä jakautui seuraavasti: terapeutin toimintaa kuvaavat (pois 21), pariskunnan toimintaa kuvaavat (pois 6) ja suhteeseen liittyvät (pois 18).

Jatkotarkastelun näkökulma vaihdettiin poisvalintaan nähden käänteiseksi. Asiantuntijoiden tekemiä valintoja tarkasteltiin siten osiokohtaisina äänestystuloksina sen mukaan, saiko osio kannatusta tutkimusmenetelmään kuulumisesta vai ei. Jos osiota ei esitetty poistettavaksi, sen katsottiin saaneen puoltoäänen tutkimusmenetelmään sisällyttämisestä.

Konsensuskokousta varten asiantuntijoille lähetettiin yhteenveto äänestyskierroksen tuloksista ja siihen perustuva ehdotus niistä osioista, joiden poistamisesta tutkimusmenetelmästä tai siihen sisällyttämisestä vallitsi jo tässä vaiheessa riittävä yhteisymmärrys. Tämän lisäksi heille tehtiin esitys niistä osioista, joiden kohtalosta konsensuskokouksessa neuvoteltaisiin. Asiantuntijoille tarjottiin myös mahdollisuus tehdä muokausehdotuksia osioihin, jos niissä havaittiin epäselvyyksiä tai epätarkkuuksia.

Saatu palaute huomioitiin ja konsensuskokouksen jälkeen luotiin vielä joitakin uusia osioita, yhdisteltiin päällekkäisiä elementtejä sisältäviä osioita sekä muokattiin joidenkin osioiden kieliasua. Konsensusperiaatteen mukaisesti lopullinen 100 osion joukko lähetettiin vielä koko asiantuntijaryhmän hyväksyttäväksi.

### 3. TULOKSET

#### 3.1. Ensimmäinen asiantuntija-arviointi

Asiantuntijat käyttivät PQS:n osioiden arvioinneissaan annettua asteikkoa (1 – 9) eri tavoin. Esimerkiksi osa arviosta painottui asteikon yläpäähän (asiantuntija 1), osa alapäähän (asiantuntija 6) ja osa jakautui tasaisemmin koko asteikolle (asiantuntija 3). Arvioitsijakohtaiset keskiarvot sijoittuivat välille 3.41 – 7.32. Keskeiset tunnusluvut on esitetty taulukossa 8.

TAULUKKO 8. Arvioitsijakohtaiset tunnusluvut.

|     | Asi1 | Asi2 | Asi3 | Asi4 | Asi5 | Asi6 |
|-----|------|------|------|------|------|------|
| N   | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 97   |
| ka  | 6.63 | 5.48 | 5.30 | 7.32 | 4.81 | 3.41 |
| md  | 6    | 5    | 5    | 8    | 5    | 2    |
| mo  | 6    | 5    | 8    | 9    | 1    | 2    |
| SD  | 1.61 | 2.33 | 2.68 | 1.90 | 2.99 | 2.91 |
| var | 2.62 | 5.42 | 7.18 | 3.59 | 8.96 | 8.50 |
| min | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    |
| max | 9    | 9    | 9    | 9    | 9    | 9    |
|     | Asi7 | Asi8 |      |      |      |      |
| N   | 100  | 100  |      |      |      |      |
| ka  | 5.98 | 5.57 |      |      |      |      |
| md  | 6    | 6    |      |      |      |      |
| mo  | 9    | 5    |      |      |      |      |
| SD  | 2.77 | 2.38 |      |      |      |      |
| var | 7.68 | 5.68 |      |      |      |      |
| min | 1    | 1    |      |      |      |      |
| max | 9    | 9    |      |      |      |      |

Asiantuntijoiden (n = 8) arviot PQS:n kuvaamien tekijöiden merkityksestä pari- tai perheterapiassa hajaantuivat voimakkaasti. Koko ryhmää koskeva yhdenmukaisuus oli heikko:

Krippendorffin alfa-reliabiliteetti =.34. Myös *sosiaalisen konstruktionismin* alaryhmässä yhdenmukaisuus (asiantuntijat 2, 3, 5, 7, 8) oli vähäinen (alfa =.44), mutta kolmella tähän ryhmään kuuluvalla arvioitsijalla (3, 5 ja 8) kohtalainen (alfa= .60). Kaikkien arvioitsijaparien tarkastelussa:  $-.06 \leq \alpha \leq .70$  (TAULUKKO 9).

Myös psykoanalyttis-systeemisen ja systeemis-konstruktionistisen asiantuntijan välinen yhdenmukaisuus oli kohtalainen (asiantuntijat 5 ja 6).

TAULUKKO 9. Arvioitsijaparien keskinäinen yhdenmukaisuus ( $\alpha$ )

|      | Asi1 | Asi2 | Asi3 | Asi4 | Asi5 | Asi6 | Asi7 | Asi8 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Asi1 | -    | .37  | .36  | .38  | .08  | -.06 | .34  | .23  |
| Asi2 | .37  | -    | .47  | .20  | .30  | .20  | .35  | .32  |
| Asi3 | .36  | .47  | -    | .20  | .64  | .36  | .43  | .63  |
| Asi4 | .38  | .20  | .20  | -    | .10  | -.18 | .29  | .28  |
| Asi5 | .08  | .30  | .64  | .10  | -    | .55  | .15  | .70  |
| Asi6 | -.06 | .20  | .36  | -.18 | .55  | -    | .05  | .34  |
| Asi7 | .34  | .35  | .43  | .29  | .15  | .05  | -    | .41  |
| Asi8 | .23  | .32  | .63  | .28  | .70  | .34  | .41  | -    |

Keskisarvojen perusteella olennaisimmiksi ja epäolennaisimmiksi arvioidut osiot on esitetty taulukoissa 10 ja 11. ja Vähintään *kohtalaisen olennaiseksi* arvioitiin ( $ka \geq 7$ ) 23 osiota, joista vähintään *hyvin olennaiseksi* ( $ka \geq 8$ ) katsottiin 13 osiota. Asiantuntijat pitivät siten ihanteellisen pari- tai perheterapiaistunnon kannalta tärkeänä esimerkiksi hoidon tavoitteista, keskeytyksistä ja sen lopettamisesta keskustelemista. Terapeutin toiminnassa he näkivät olennaisena esimerkiksi vaikeiden vuorovaikutustilanteiden korjaamisen, potilaan rohkaisun itsenäiseen toimintaan, tarkentavien kysymysten esittämisen sekä empaattisen ja supportiivisen asennoitumisen. Potilaan toiminnassa he arvostivat uuden ymmärryksen tai oivalluksen saamista, potilaan tietoista ja ymmärtävää sitoutumista terapiasuhteeseen ja sitä, että potilas puhuu merkittävistä asioista. Yhteensä 57 eri osiota sai vähintään yhdeltä asiantuntija arvon 9 (*erittäin olennainen*).

*Hyvin epäolennaiseksi* ( $ka < 3$ ) arvioitiin neljä osiota. Erittäin epätoivottavana asiantuntijat näkivät pari- tai perheterapiaistunnon, jossa terapiasuhte on jollakin tavalla erotisoitunut tai kilpailuhenkinen, terapeutti toimii alentuvasti, opettajamaisesti tai tahdittomasti, ja potilas kokee itsensä riittämättömäksi tai vähäpätöiseksi.

TAULUKKO 10. Ideaaliseen pari- tai perheterapiaistuntoon liittyvät PQS-osiot asiantuntija-arvioinneissa: 20 olennaisinta osiota keskiarvon mukaan.

| Osio  | ka   | s    | min -<br>max |
|---|------|------|--------------|
| 1. Potilaan hoidon tavoitteista keskustellaan.  | 8,88 | 0,35 | 8 - 9        |
| 32. Potilas saa uutta ymmärrystä tai oivalluksen.   | 8,88 | 0,35 | 8 - 9        |
| 47. Kun vuorovaikutus potilaan kanssa on vaikeaa, terapeutti mukauttaa toimintaansa suhteen parantamiseksi. | 8,88 | 0,35 | 8 - 9        |
| 48. Terapeutti rohkaisee potilasta itsenäiseen toimintaan tai mielipiteenilmaisuun.                         | 8,88 | 0,35 | 8 - 9        |
| 31. Terapeutti kysyy lisää tai pyytää tarkennusta.  | 8,75 | 0,46 | 8 - 9        |
| 6. Terapeutti on sensitiivinen potilaan tunteille, on virittäytynyt potilaan taajuudelle; on empaattinen.   | 8,63 | 0,74 | 7 - 9        |
| 45. Terapeutin asenne on supportiivinen.  | 8,50 | 0,54 | 8 - 9        |
| 46. Terapeutti kommunikoi potilaan kanssa selkeällä, koherentilla tyylillä.                                 | 8,50 | 0,76 | 7 - 9        |
| 75. Hoidon keskeytyksistä tai tauoista tai terapian päättämisestä keskustellaan.                            | 8,38 | 0,92 | 7 - 9        |
| 28. Terapeutti huomioi tarkasti terapeutista prosessia.   | 8,37 | 1,07 | 6 - 9        |
| 72. Potilas ymmärtää terapian luonteen ja sen, mitä siitä on odotettavissa.                                 | 8,13 | 0,99 | 7 - 9        |
| 88. Potilas ottaa esiin merkittäviä asioita.  | 8,13 | 0,99 | 7 - 9        |
| 73. Potilas on sitoutunut terapiatyöskentelyyn.   | 8,00 | 1,31 | 5 - 9        |
| 95. Potilas kokee tulleen autetuksi.  | 7,87 | 1,46 | 5 - 9        |
| 18. Terapeutti ilmaisee ehdotonta hyväksyntää.  | 7,75 | 2,05 | 3 - 9        |
| 93. Terapeutti on neutraali.  | 7,62 | 2,13 | 3 - 9        |
| 3. Terapeutin tekemien huomautusten on tarkoitus helpottaa potilaan puhumista.                              | 7,62 | 1,69 | 4 - 9        |
| 63. Potilaan interpersoonalliset suhteet ovat pääteema  | 7,38 | 1,92 | 4 - 9        |
| 55. Potilas ilmaisee terapiaan kohdistuvia positiivisia odotuksia.  | 7,25 | 1,17 | 5 - 8        |
| 26. Potilas on itseään havainnoiva, tutkii mielellään sisimpiä ajatuksia ja tunteitaan.                     | 7,25 | 2,38 | 2 - 9        |

TAULUKKO 11. Ideaaliseen pari- tai perheterapiaistuntoon liittyvät PQS-osiot asiantuntija-arvioinneissa: 10 epäolennaisinta osiota keskiarvon mukaan.

| Osio   | ka   | s    | min -<br>max |
|--|------|------|--------------|
| 19. Terapiasuhteessa on eroottinen lataus.                           | 1.25 | .46  | 1 – 2        |
| 51. Terapeutti suhtautuu alentuvasti tai holhoavasti potilaaseen.    | 1.63 | 1.40 | 1 – 5        |
| 39. Suhde on kilpailuhenkinen.                                       | 2.13 | 1.55 | 1 – 5        |
| 37. Terapeutti käyttäytyy opettajamaisesti.                          | 2.13 | 1.55 | 1 – 5        |
| 59. Potilas kokee itsensä riittämättömäksi ja vähäpätöiseksi.        | 3.13 | 2.03 | 1 – 6        |
| 77. Terapeutti on tahditon.  | 3.13 | 3.04 | 1 – 8        |
| 76. Terapeutti ehdottaa, että potilas ottaisi vastuuta ongelmastaan. | 3.25 | 2.19 | 1 – 7        |
| 20. Potilas on provokatiivinen, testaa terapiasuhteen rajoja.        | 3.37 | 1.92 | 1 – 6        |
| 70. Potilas kamppailee kontrolloidakseen tunteitaan tai impulsejaan. | 3.38 | 1.85 | 1 – 6        |
| 25. Potilaalla on vaikeuksia istunnon aloittamisessa.                | 3.50 | 1.51 | 1 - 5        |

Asiantuntija-arvioinnissa ideaalisen pari- ja perheterapian kannalta 20 olennaisimman PQS-osion joukossa oli kuusi samaa osiota kuin psykodynaamisen psykoterapian prototyyppiin (Ablon & Jones, 1998) voimakkaimmin latautuneessa 20 osiossa (30 % vastaavuus). Osiot olivat 32. *Potilas saa uutta ymmärrystä tai oivalluksen*; 6. *Terapeutti on sensitiivinen potilaan tunteille, on virittäytynyt potilaan taajuudelle, on empaattinen*; 46. *Terapeutti kommunikoi potilaan kanssa selkeällä, koherentilla tyylillä*; 18. *Terapeutti ilmaisee ehdotonta hyväksyntää*; 93. *Terapeutti on neutraali*; 3. *Terapeutin tekemien huomautusten on tarkoitus helpottaa potilaan puhumista*. Prototyyppiin sisältyvät psykodynaamiselle psykoterapialle spesifiset osiot (36. *Terapeutti kiinnittää huomiota potilaan defenssien käyttöön*; 67. *Terapeutti tulkitsee torjuttuja tai tiedostamattomia toiveita, tunteita tai ajatuksia* ja 90. *Potilaan unista tai fantasioista keskustellaan*) olivat sen sijaan asiantuntijaryhmän mielestä vähiten olennaisia ihanteellisen pari- tai perheterapiaistunnon kannalta. Poikkeuksen teki *Psykoanalyttis-systeeminen* asiantuntija, joka arvioi ”erittäin olennaiseksi” myös psykodynaamiselle terapialle spesifisiä osioita. Kaikkiaan hänen ”erittäin olennaiseksi” arvioimastaan 29 osiosta 12 sisältyi psykodynaamisen prototyypin 20:een voimakkaimmin latautuneeseen osioon.

Myös intersuhteellisen psykoterapian prototyypin (Ablon & Jones, 2002) ja pari- ja perheterapian asiantuntijaryhmän olennaisimmiksi arvioimien 20 osion joukossa samoja osioita oli yhteensä kuusi. Osiot olivat *1. Potilaan hoidon tavoitteista keskustellaan; 45. Terapeutin asenne on supportiivinen; 75. Hoidon keskeytyksistä tai tauoista tai terapian päättämisestä keskustellaan; 28. Terapeutti huomioi tarkasti terapeutista prosessia; 3. Terapeutin tekemien huomautusten on tarkoitus helpottaa potilaan puhumista ja 63. Potilaan intersuhteelliset suhteet ovat pääteema.*

Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian prototyypin (Ablon & Jones, 2002) 20 olennaisimmasta osiosta yhdeksän (45 %) oli samoja kuin asiantuntijaryhmän arvioissa. Nämä olivat *1. Potilaan hoidon tavoitteista keskustellaan; 48. Terapeutti rohkaisee potilasta itsenäiseen toimintaan tai mielipiteenilmaisuun; 31. Terapeutti kysyy lisää tai pyytää tarkennusta; 45. Terapeutin asenne on supportiivinen; 28. Terapeutti huomioi tarkasti terapeutista prosessia; 72. Potilas ymmärtää terapian luonteen ja sen, mitä siitä on odotettavissa; 88. Potilas ottaa esiin merkittäviä asioita; 73. Potilas on sitoutunut terapiatyöskentelyyn ja 95. Potilas kokee tulleen autetuksi.* Sen sijaan kognitiivis-behavioraalisen prototyypin osiot *37. Terapeutti käyttäytyy opettajamaisesti ja 17. Terapeutti pyrkii aktiivisesti kontrolloimaan vuorovaikutusta* olivat asiantuntijaryhmän mielestä ideaalisen pari- tai perheterapiaistunnon kannalta 20 epäolennaisimman osion joukossa.

Sanallista palautetta antoi yhteensä viisi asiantuntijaa. Heistä kolme raportoi arvioimisen vaikeuteen liittyviä seikkoja. Esimerkiksi yksi vastaaja totesi osioiden olevan hyvin konteksti- ja tilannesidonnaisia, minkä vuoksi niitä oli vaikea arvioida yksiselitteisesti. Toisen asiantuntijan mukaan vastaaminen oli vaikeaa, koska PQS:n osioissa käytetyt sanat ja käsitteet oli määritelty hänelle vieraan ajattelutavan sisällä.

Kolme vastaajaa kaipasi enemmän suhteisiin, monenkeskisyyteen tai suhteissa terapian ulkopuolella tapahtuviin muutoksiin liittyviä osioita.

Kaksi vastaajaa teki ehdotuksia menetelmään lisättävistä osioista. Ehdotuksia oli yhteensä 19 (LIITE 1).

### 3.2. Toinen asiantuntija-arviointi

Arvioitsijakohtaiset keskiarvot olivat välillä 5.17 – 7.66. Vastaaajien arvioiden jakaumat painottuivat pääasiassa asteikon keskipisteen oikealle puolelle. Asiantuntijat 1 ja 8 käyttivät muita tasaisemmin koko asteikkoa. Asiantuntija 7 ei pitänyt yhtään osiota turhana pariterapiaprosessin tutkimisessa. Asiantuntijakohtaiset tunnusluvut on esitetty taulukossa 12.

TAULUKKO 12a. Asiantuntijakohtaiset tunnusluvut (asiantuntijat 1 – 6)

|     | Asi1 | Asi2 | Asi3 | Asi4 | Asi5 | Asi6 |
|-----|------|------|------|------|------|------|
| N   | 145  | 145  | 145  | 145  | 145  | 145  |
| ka  | 5.38 | 5.94 | 6.57 | 6.35 | 6.63 | 7.15 |
| md  | 5    | 6    | 7    | 7    | 7    | 8    |
| mo  | 5    | 7    | 7    | 9    | 9    | 9    |
| SD  | 1.97 | 1.50 | 2.07 | 2.68 | 2.53 | 2.00 |
| var | 3.89 | 2.24 | 4.29 | 7.19 | 6.41 | 4.03 |
| min | 1    | 2    | 1    | 1    | 2    | 1    |
| max | 9    | 9    | 9    | 9    | 9    | 9    |

TAULUKKO 12b. Asiantuntijakohtaiset tunnusluvut (asiantuntijat 7 – 10)

|     | Asi7 | Asi8 | Asi9 | Asi10 |
|-----|------|------|------|-------|
| N   | 145  | 145  | 145  | 145   |
| ka  | 7.66 | 5.17 | 7.26 | 6.71  |
| md  | 8    | 5    | 8    | 8     |
| mo  | 9    | 9    | 9    | 8     |
| SD  | 1.31 | 2.74 | 2.13 | 2.19  |
| var | 1.73 | 7.52 | 4.54 | 4.79  |
| min | 5    | 1    | 1    | 1     |
| max | 9    | 9    | 9    | 9     |

Asiantuntijoiden (n = 10) arviot 145 pariterapiaosion merkityksestä pariterapiaprosessin tutkimisessa hajosivat voimakkaasti. Kuten edellisessäkin arvioinnissa, koko ryhmää ja kaikkia



osioita koskeva yksimielisyys oli heikko ( $\alpha = .27$ ). Uusia pariterapiaosioita ( $n = 45$ ) asiantuntijat arvioivat hieman yhdenmukaisemmin ( $\alpha = .33$ ) kuin alkuperäisiin PQS-osioihin perustuvia ( $n = 100$ ,  $\alpha = .24$ ). Kaikkia osioita koskeva yksimielisyys oli vähäinen myös *Sosiaalisen konstruktionismin* alaryhmässä ( $\alpha = .29$ ). Edellisellä kerralla tässä alaryhmässä kohtalaisen yhdenmukaisuuden saavuttaneet kolme asiantuntijaa (3, 5 ja 8) olivat nyt erimielisempiä kuin viimeksi ( $\alpha = .40$ ).

Yhdenkään asiantuntijaparin arvioiden yhdenmukaisuus ei yltänyt kohtalaiselle tasolle. Arvioitsijapareittain tarkasteltuna reliabiliteetit olivat välillä:  $.03 \leq \alpha \leq .55$ . Pienin yksimielisyys oli *Psykodynaamis-systeemisen* ja *Dialogis-systeemisen* vastaajan (asiantuntijat 6 ja 7) välillä. Keskenään yhdenmukaisimmin osioita arvioivat *Integratiivinen* ja *Narratiivis-dialoginen* vastaaja (asiantuntijat 4 ja 8).

Pariterapiaprosessin tutkimisen kannalta vähintään *kohtalaisen tärkeäksi* ( $ka \geq 7,00$ ) asiantuntijat arvioivat 57 osiota. Näistä *erittäin tärkeäksi* ( $ka \geq 8,50$ ) arvioitiin 12 osiota. Taulukossa 13 on esitetty 20 korkeimman keskiarvon saanutta osiota. Kaikkiaan 110 osiota eli 76 % kaikista osioista sai vähintään yhdeltä arvioitsijalta arvon 9 (*erittäin tärkeä*). Asiantuntijat pitivät erittäin tärkeänä sitä, että pariterapiaprosessin tutkimisessa kiinnitetään huomiota esimerkiksi *terapeutin* sensitiivisyyteen, tarkkaan kuuntelemiseen, kielelliseen selkeyteen, tasapuolisuuteen, vaikeiden vuorovaikutustilanteiden korjaamiseen ja hänen kykyynsä pitää yllä toivoa. *Terapeutin ja pariskunnan* suhteessa asiantuntijat kohdistaisivat huomionsa erityisesti terapiatyöskentelyn tavoitteisiin ja heidän keskinäisten väliensä emotionaaliseen laatuun. He pitivät myös erittäin olennaisena sitä, että terapiaistuntoa tutkittaessa tarkastellaan pariskunnan sitoutumista terapiaan, kokemusta autetuksi tulemisesta ja ymmärryksen lisääntymisestä.

TAULUKKO 13. 20 tärkeimmäksi arvioitua osiota keskiarvon mukaan

| Osio   | ka   | sd   | min –<br>max |
|--|------|------|--------------|
| Terapeutti on sensitiivinen puolisoitten tunteille.  | 8.90 | .32  | 8 – 9        |
| Terapeutti kuuntelee tarkasti molempia puolisoita ja vastaa heille kunnioittavaan sävyyn.                                      | 8.80 | .42  | 8 – 9        |
| Hoidon tavoitteista keskustellaan.   | 8.80 | .42  | 8 – 9        |
| Puolisot saavat uutta ymmärrystä tai oivalluksen   | 8.70 | .48  | 8 – 9        |
| Terapeutti pitää toivoa yllä.  | 8.60 | .52  | 8 – 9        |
| Terapeutti ja pariskunta työskentelevät yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.  | 8.60 | .70  | 7 – 9        |
| Terapeutti rohkaisee puolisoita itsenäiseen toimintaan tai mielipiteenilmaisuun.   | 8.60 | .70  | 7 – 9        |
| Terapeutin ja pariskunnan välillä on luottamusta, lämpöä ja välittämistä.  | 8.50 | .71  | 7 – 9        |
| Puolisot kokevat tulleen autetuiksi.   | 8.50 | .71  | 7 – 9        |
| Puolisot ovat sitoutuneet terapiatyöskentelyyn.  | 8.50 | .97  | 6 – 9        |
| Terapeutti kommunikoi pariskunnan kanssa selkeällä, koherentilla tyylillä.   | 8.50 | .97  | 6 – 9        |
| Kun vuorovaikutus on vaikeaa, terapeutti mukauttaa toimintaansa suhteen parantamiseksi.  | 8.50 | .97  | 6 – 9        |
| Terapeutti on neutraali.   | 8.40 | 1.27 | 5 – 9        |
| Terapeutti kysyy lisää tai pyytää tarkennusta.   | 8.40 | .85  | 7 – 9        |
| Terapeutti huomioi tarkasti terapeutista prosessia.  | 8.40 | 1.35 | 5 – 9        |
| Terapeutti ilmaisee ehdotonta hyväksyntää.   | 8.40 | .70  | 7 – 9        |
| Perheen lasten tilanne huomioidaan keskustelussa.  | 8.30 | .82  | 7 – 9        |
| Puolisot ottavat esiin merkittäviä asioita.  | 8.30 | .82  | 7 – 9        |
| Keskustellaan niistä tekijöistä, jotka ovat auttaneet pariskuntaa terapiassa tai sen ulkopuolella.                             | 8.20 | 1.32 | 5 – 9        |
| Terapeutti kysyy puolisoitten uskomuksia ja havaintoja heidän keskinäisestä suhteestaan tai suhteesta toisiin perheenjäseniin. | 8.20 | .79  | 7 – 9        |

Merkitykseltään vähäisimmiksi pariterapiaprosessin tutkimisen kannalta arvioidut osiot on esitetty taulukossa 14. Näiden joukossa on esimerkiksi eri psykoterapian pääsuuntauksille spesifisiä osioita: *Terapeutti tekee paradoksaalisia interventioita* (systeminen), *Terapeutti tulkitsee torjuttuja tai tiedostamattomia toiveita, tunteita tai ajatuksia* ja *Unista tai fantasiaista keskustellaan* (psykodynaaminen) sekä *Terapeutti opettaa pariskunnalle selkeää kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä* (kognitiivis-behavioraalinen). Kuten taulukosta 13 käy ilmi, tärkeimmiksi arvioiduissa osioissa vaihteluvälit ja keskihajonnat ovat pienemmät kuin vähemmän tärkeinä pidetyissä osioissa. 20 matalimman keskiarvon osion joukossa on yhteensä 11 osiota, jotka vähintään yksi asiantuntija on arvioinut pariterapian tutkimisen kannalta erittäin tärkeäksi.

TAULUKKO 14. 12 merkitykseltään vähäisimmiksi arvioitua osiota

| Osio  | ka   | sd   | min –<br>max |
|---|------|------|--------------|
| Terapeutti tekee paradoksaalisia interventioita.  | 3.00 | 1.76 | 1 – 6        |
| Terapiasuhteessa on eroottista latausta.  | 3.70 | 2.50 | 1 – 7        |
| Puolisoilla on vaikeuksia istunnon aloittamisessa.  | 4.20 | 2.39 | 1 – 8        |
| Terapiasuhte on kilpailuhenkinen.   | 4.20 | 2.90 | 1 – 9        |
| Puolisot ovat ujoja ja nolostuneita.  | 4.20 | 2.44 | 1 – 8        |
| Keskustelu painottuu indeksipotilaan tilanteeseen.  | 4.30 | 2.50 | 2 – 9        |
| Puolisot verbalisoivat negatiivisia tunteita terapeuttia kohtaan.   | 4.40 | 2.50 | 1 – 8        |
| Terapeutti tulkitsee torjuttuja tai tiedostamattomia toiveita, tunteita tai ajatuksia.                          | 4.50 | 2.80 | 1 – 9        |
| Puolisot pyrkivät läheisempään suhteeseen terapeutin kanssa.  | 4.60 | 2.46 | 1 – 9        |
| Unista tai fantasiaista keskustellaan.  | 4.60 | 2.63 | 1 – 9        |
| Terapeutti opettaa pariskunnalle selkeää kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä. | 4.60 | 2.46 | 2 – 9        |
| Puolisot kokevat ambivalentteja tai ristiriitaisia tunteita terapeuttia kohtaan.                                | 4.60 | 2.68 | 1 – 9        |

Sanallista palautetta antoi kuusi asiantuntijaa. Kaksi heistä raportoi vastaamisen olleen helpompaa kuin edellisellä kerralla. He totesivat esimerkiksi osiojoukon olleen monipuolinen ja kattava, eikä se heidän mielestään juurikaan sisältänyt epärelevantteja osioita.

Kolme vastaajaa toi esiin arvioinnin vaativuutta. Vastauksissa tuotiin esimerkiksi esiin sitä, kuinka paljon tarkkuutta ja ajattelua arviointi joissakin osioissa vaati.

Osa vastaajista perusteli arviointitapaansa tai toi esiin painotuksiaan eri tavoin. Esimerkiksi yksi asiantuntija kertoi valinneensa tärkeimmiksi osioita, joita hän piti merkityksellisimpinä terapisuhteen rakentumisen ja yhteistyön kannalta. Välimaastoon hän totesi sijoittaneensa niitä, jotka tietyissä tilanteissa voivat olla ensisijaisen tärkeitä, mutta eivät kuitenkaan läheskään kaikissa parisuhteissa. Toinen asiantuntija totesi painottaneensa kaikille terapioidelle yhteisiä tekijöitä ja sen jälkeen prosesseittain vaihtelevan tärkeitä asioita, esimerkiksi keskustelun teemoja.

Yksi vastaaja kaipasi lisää yhteistoimintaa tai yhteistä dialogia korostavia muotoiluja, koska piti niiden merkitystä terapiaprosessin arvioinnissa keskeisinä. Toinen asiantuntija puolestaan kommentoi seksuaalisuuteen ja intiimiyteen liittyvien kysymysten olevan pariterapiassa tärkeitä. Konkreettisia ehdotuksia puuttuvista osioista ei tehty.

### 3.3. Kolmas asiantuntija-arviointi

Viittä asiantuntijaa pyydettiin valitsemaan 145 osiosta pois pariterapian tutkimisen kannalta epärelevantteimmät osiot. Taulukossa 15 on esitetty, kuinka terapeuttiin, pariskuntaan ja istunnon yleisiin tekijöihin liittyvien osioiden kannatus jakautui. Alkuperäiseen kysymykseen nähden esitystapa on käänteinen: ”5 – 0” tarkoittaa, että yksikään arvioitsija ei ole esittänyt osiota poistettavaksi; ”4 – 1” = yksi esittänyt poistettavaksi jne. Kuten taulukosta käy ilmi kaikkiaan 52 osioita ei kukaan esittänyt poistettavaksi, ja 81 osiosta oli sellaisia, joita korkeintaan yksi asiantuntija esitti jätettäväksi tutkimusmenetelmän ulkopuolelle.

Kuten edellisissäkin arvioinneissa asiantuntijoiden keskinäinen yhdenmukaisuus itsenäisesti tehdyissä arvioissa oli matala ( $\alpha = .32$ ).

Kaikki arvioitsijat ehdottivat yksimielisesti poistettavaksi seuraavat yhdeksän osiota, joista kolme ensimmäistä liittyy terapeutin toimintaan ja loput istunnon yleisiin tekijöihin (sisältöön, keskinäiseen suhteeseen jne.): *Terapeutti toimii defensesjä vahvistaen; Terapeutti tulkitsee torjuttuja tai tiedostamattomia toiveita, tunteita tai ajatuksia; Terapeutti käyttäytyy*

*opettajamaisesti; Terapiasuhteessa on eroottista latausta; Minäkuva on keskustelun kohteena; Terapiasuhte on kilpailuhenkinen; Puolisoiden pyrkimykset tai kunnianhimon kohteet ovat keskustelunaiheena; Unista tai fantasioista keskustellaan; Vauva- ja lapsuusiän muistot tai rekonstruktioit ovat keskustelun kohteena.*

TAULUKKO 15. Terapeuttiin, pariskuntaan ja istunnon yleiseen ilmapiiriin liittyvien osioiden lukumäärät äänestystuloksen mukaan jaoteltuina.

| Äänestystulos | Terapeutti | Pariskunta | Yleiset | yht. |
|---------------|------------|------------|---------|------|
| 5 – 0         | 19         | 28         | 5       | 52   |
| 4 – 1         | 10         | 11         | 8       | 29   |
| 3 – 2         | 15         | 3          | 7       | 25   |
| 2 – 3         | 10         | 3          | 6       | 19   |
| 1 – 4         | 5          | 1          | 5       | 11   |
| 0 – 5         | 3          | 0          | 6       | 9    |
| yht.          | 62         | 46         | 37      | 145  |

Jatkotarkastelua varten asiantuntijaryhmälle tehtiin esitys, että kaikki ne 52 osiota, joita kukaan ei esittänyt poistettavaksi, sisällytettäisiin PTQS-menetelmään, samoin ne osiot, joita vain yksi asiantuntija esitti jätettäväksi menetelmän ulkopuolelle. Lisäksi ehdotettiin, että osiot, joiden kannatus jakautui eniten, otettaisiin konsensuskokouksessa tarkasteltaviksi ja niiden kohtalo ratkaistaisiin neuvottelemalla. Neuvottelun pohjaksi laadittiin alustava esitys, jonka mukaan tietyt hajanaisen kannatuksen saaneet osiot tulisi sisällyttää lopulliseen osiojoukkoon. Joidenkin heikosti kannatettujen osioiden mukaan ottamista perusteltiin teoreettisesti tai tutkimusnäytöllä. Esimerkiksi osiota *Terapeutti paljastaa sisimpäänsä (PQS item 21. Therapist discloses)* ehdotti poistettavaksi neljä asiantuntijaa, mutta sen mukana pitämistä perusteltiin tähän terapeuttiseen tekniikkaan liittyvillä tutkimustuloksilla (esim. Norcross, 2010). Koska havaittiin, että osiojoukosta edelleen puuttui joitakin tutkimusten mukaan merkittäviä tekijöitä, laadittiin vielä muutamia uusia osioita, jotka vietiin tarkasteltavaksi konsensuskokoukseen (esim. osio, joka kuvaa välittömän palautteen keräämistä asiakkailta; ks. Lambert & Shimokawa, 2011). Koska esimerkiksi psykodynaamisen psykoterapian spesifisiin tekniikoihin liittyvät osiot olivat jäämässä tutkimusmenetelmästä kokonaan pois, muodostettiin niiden pohjalta yksi uusi osio, joka kuvasi huomion kiinnittämistä tiedostamattomin psyykkisiin ilmiöihin (esim. uniin tai fantasioihin). Joidenkin osioiden

kirjoitusasua muokattiin ja joitakin päällekkäisiä elementtejä sisältäviä osioita yhdistettiin. Esimerkiksi osiot *Puolisot puhuvat tunteistaan, jotka liittyvät haluun olla lähellä toista tai toisen tarvitsemiseen* ja *Rakkaus ja läheisyys ovat keskustelun kohteena* yhdistettiin uudeksi osioksi *Puolisot puhuvat keskinäisestä rakkaudestaan, halusta olla toista lähellä tai toisen tarvitsemiseen*. Lisäksi kolme pariskunnan yhteistä toimintaa kuvaavaa osioita kirjoitettiin uudestaan puolisoiden yksilöllisestä näkökulmasta. Esimerkiksi osiosta *Puolisot ovat ahdistuneita tai jännittyneitä* saatiin kaksi osioita (*Mies on ahdistunut tai jännittänyt* ja *Nainen on ahdistunut tai jännittänyt*).

Ehdotus menetelmään sisällytettävistä ja siitä poistettavista osiosta lähetettiin asiantuntijoille tutustumista varten sähköpostitse ennen konsensuskokousta. Esityksestä kävi myös ilmi kunkin osion saama kannatus, joten asiantuntijat pystyivät vertaamaan tekemiään valintoja suhteessa muuhun ryhmään. Kaikki asiantuntijat hyväksyivät ehdotetun menettelyn.

Edellä kuvatuin perustein konsensuskokoukseen mentäessä tarvittavista osioista oli valittuna 81/100 (terapeuttiin liittyvistä 29/41, pariskuntaan liittyvistä 39/40 ja istunnon yleisiin tekijöihin liittyvistä 13/19). Konsensuskokouksessa ratkaistavaksi jäi siten 11 terapeutti-, yhden pariskunta- ja kuuden istuntoa koskevan yleisen osion valitseminen niistä 55 osiosta, joissa asiantuntijoiden valinnat ensimmäisessä vaiheessa jakautuivat voimakkaasti.

Konsensuskokous sovittiin pidettäväksi videoneuvotteluna, koska osallistujat asuivat eri puolilla Suomea. Aikatauluongelmien ja yllättävien esteiden vuoksi sovittuun tilaisuuteen pystyi osallistumaan tutkimuksen tekijän lisäksi vain kaksi asiantuntijaa viidestä. Tämän vuoksi konsensukseen pyrkivää neuvottelua päätettiin jatkaa varsinaisen konsensuskokouksen jälkeen sähköpostin välityksellä siten, että kaikilla asiantuntijoilla oli mahdollisuus ottaa kantaa lopulliseen osiojoukkoon.

Konsensuskokouksessa ei tehty oleellisia osiojoukon rakennetta tai osioiden sisältöä koskevia muutosesityksiä. Sen sijaan joidenkin yksittäisten osioiden kirjoitusasuun tehtiin vähäisiä korjausehdotuksia, jotka otettiin huomioon. Esimerkiksi osio *Terapeutti paljastaa sisimpäänsä* kirjoitettiin luontevampaan muotoon *Terapeutti kertoo jotain itsestään*. Samoin joidenkin osioiden selitysosaa tarkennettiin. Neuvoteltavista osioista asiantuntijat pitivät konkreettista tapahtumista kuvaavia osioita tutkimusmenetelmään paremmin soveltuvina kuin käsitteellisiä osioita.

Konsensuskokouksen jälkeen kaikki asiantuntijat saivat tarkasteltavakseen ehdotuksen niistä sadasta osiosta, jotka sisällytettäisiin PTQS-menetelmään. Konsensuskokouksen perusteella tehdyt muutokset oli merkitty näkyviin, samoin menetelmästä pois jätettävät hajanaisen kannatuksen saaneet osiot. Asiantuntijoille tarjottiin vielä tässä vaiheessa mahdollisuutta kommentoida tai tehdä osioita koskevia muutosesityksiä. Koska muutoksia ei enää ehdotettu, katsottiin konsensuksen syntyneen niistä sadasta osiosta, jotka muodostavat pariterapiaprosessin tutkimisen Q-setin

pilottiversion. Osiot on esitetty liitteessä 2 (Pariterapiaprosessin Q-set: koodausmanuaali pilottiversiolle).

Tehtyjen muokkausten jälkeen osiojoukon rakenne muuttui siten, että terapeutin toimintaan liittyvien osioiden määräksi tuli 39, pariskuntaan liittyvien 43 ja istunnon yleisiin tekijöihin liittyvien 18. Osioista 66 on johdettu alkuperäisestä PQS-menetelmästä (Jones, 2000): osiot 1 - 2, 4 - 9, 11, 13 - 15, 17 - 18, 20 - 21, 23 - 24, 26 - 27, 31 - 34, 38, 42, 44, 46 - 47, 49, 52, 54 - 55, 57 - 62, 65 - 66, 70 - 75, 77 - 80, 82 - 88, 91 - 95 ja 97 - 99. Tämän tutkimusprosessin aikana laadittujen 34 pariterapiaosion lähdeviitteet käyvät ilmi liitteestä 3.

Taulukossa 16 on esimerkkejä PTQS:n osioista, jotka kuvaavat tärkeimpiä kaikille psykoterapioille yhteisiä tekijöitä, tietyille terapiasuuntauksille ominaisia tekijöitä ja joitakin pariskunnan keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyviä elementtejä.

TAULUKKO 16. Esimerkkejä PTQS:n osioista ja niiden kuvaamista pariterapiaprosessin tekijöistä.

| Tekijä                               | Osio (nro ja otsikko)   |
|--------------------------------------|---|
| Allianssi                            | 67. Terapeutin ja pariskunnan välillä on luottamusta, lämpöä ja välittämistä.<br>36. Puolisot ymmärtävät ja hyväksyvät toistensa tavoitteet terapialle.                           |
| Allianssimurtumien korjaaminen       | 47. Kun vuorovaikutus on vaikeaa, terapeutti mukauttaa toimintaansa suhteen parantamiseksi.   |
| Empatia                              | 6. Terapeutti on sensitiivinen puolisoiden tunteille eli on empaattinen.  |
| Palaute                              | 90. Terapeutti pyytää palautetta terapiasuhteesta.  |
| Yksimielisyys tavoitteista/yhteistyö | 4. Hoidon tavoitteista keskustellaan.<br>64. Terapeutti ja pariskunta työskentelevät yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.  |
| Arvostava suhtautuminen              | 18. Terapeutti ilmaisee ehdotonta hyväksyntää.  |
| Vastatransferenssin käsitteleminen   | 24. Terapeutissa aktivoituvat omat asiat tai terapeuttiparin keskinäiset ristiriidat häiritsevät yhteistyösuhdetta.   |
| Psykodynaaminen/ylisukupolvinen      | 91. Terapeutti kiinnittää huomiota tiedostamattomiin psyykkisiin ilmiöihin.<br>41. Kiintymyssuhteiden, perhetaustojen tai sukuhistorian vaikutusta pariskunnan elämään tutkitaan. |
| Kognitiivis-behavioraalinen          | 25. Terapeutti opettaa pariskunnalle selkeää kommunikaatioita, ongelmanratkaisutaitoja tai tapoja vähentää stressiä.  |
| Systeeminen                          | 39. Terapeutti tekee paradoksaalisia interventioita.  |
| Sos. konstruktionismi -dialoginen    | 3. Terapeutti jatkaa kommentillaan puolisoiden sanomaa ja sisällyttää heidän sanomansa asiat seuraavaan kysymykseen.  |
| -reflektiivinen                      | 22. Terapiaistunnossa käydään reflektiivistä keskustelua.   |
| -narratiivinen                       | 48. Terapeutti käyttää ulkoistamista ongelman käsittelyssä.   |
| Tunnekeskeinen                       | 81. Terapeutti auttaa puolisoita ilmaisemaan toisilleen kiintymykseen ja läheisyyteen liittyviä aitoja tunteita tai keskinäistä arvostusta.                                       |
| Pariskunnan vuorovaikutus            | 28. Puolisoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa esiintyy toisen arvostelua, puolustelua, halveksuntaa tai keskustelusta vetäytymistä.  |



#### 4. POHDINTA

Tutkimukseni lähti liikkeelle yrityksestä soveltaa Psychotherapy Process Q-set –menetelmää pariterapioiden tarkasteluun osana laajempaa pariterapioihin kohdistuvaa tutkimushanketta (DINADEP; Seikkula ym., 2013). Koska suorittamani pilottiarviot kyseenalaistivat menetelmän validiteetin pariterapiakontekstissa, otin tarkastelun kohteeksi menetelmän osiot, joiden merkitystä pari- ja perheterapioille lähdin tutkimaan asiantuntija-arvioiden avulla. Taustalla olevana ja koko tutkimushankkeen läpäisevänä tavoitteena on ollut löytää osiojoukko, jonka avulla pariterapian prosessia voisi kuvata mahdollisimman monipuolisesti.

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa suomalaiset perheterapiakouluttajat, jotka muodostivat tämän tutkimuksen asiantuntijaryhmän, arvioivat yksilöpsykoterapiassa keskeisten tekijöiden relevanssia pari- tai perheterapia-asetelmissa. Koska pyydetty arviointi tehtiin tutkimusmenetelmän kehittämistä varten, vastaajajoukko oli valikoitu, eikä sen voi katsoa edustavan kattavasti suomalaisten perheterapeuttien tai edes perheterapiakouluttajien joukkoa. Tämä luonnollisesti vaikuttaa tuloksista tehtävien johtopäätösten yleistettävyyteen.

Asiantuntijoiden mielipiteet pari- tai perheterapian kannalta merkityksellisistä yksilöpsykoterapian elementeistä jakautuivat huomattavasti. Perheterapiakouluttajien kesken vallitsi siis heikko yksimielisyys siitä, mitkä PQS:n osiot sopisivat kuvaamaan ihanteellisesti sujuvaa pari- tai perheterapiaistuntoa. Myös *sosiaalista konstruktioismia* edustavien vastaajien keskinäinen yhdenmukaisuus oli vähäistä.

Yksi arviointien epäyhdenmukaisuutta selittävä tekijä voi liittyä käsitteellisiin sekaannuksiin, joita PQS-menetelmän osioiden tarkastelu perheterapeuttisesta näkökulmasta aiheutti. Esimerkiksi asiakkuuden määrittely on pari- tai perheterapiatilanteessa monimutkaisempi kuin yksilöpsykoterapiassa: asiakkaaksi voidaan tilanteesta riippuen mieltää yksi tai useampi (esim. psyykkisesti oireileva) perheenjäsen, koko perhe tai jokin sen alasysteemeistä (esim. Gurman, Kniskern, & Pinosof, 1986). Asiantuntijoiden antamissa kirjallisista palautteista ei käy ilmi, kuinka he ratkaisivat esimerkiksi asiakkuuden ongelman, mutta muita viittauksia käsiteongelmiin tuotiin esiin. Palautetta antaneiden mielestä menetelmää oli ylipäänsä vaikea arvioida monenkeskisen terapiatilanteen näkökulmasta. Samanlaista suullista palautetta antoivat myös ne asiantuntijat, jotka puhelimitse tai sähköpostitse tarkistivat ymmärtäneensä tehtävänannon oikein.

Joitakin PQS:n osioita asiantuntijat sen sijaan arvioivat kohtalaisen samalla tavalla. Esimerkiksi kahdeksaa yksilöpsykoterapiaan liittyvää osiota pidettiin keskimäärin vähintään hyvin olennaisena ja kaikkiaan 23 osiota vähintään kohtalaisen olennaisena myös ideaalisen pari- tai

perheterapiaistunnon kannalta. Kaikki nämä osiot edustavat psykoterapian yleisiä tekijöitä, eikä niiden joukossa ollut lainkaan tietyille terapiasuuntauksille spesifisiä elementtejä. Onkin esitetty, että lähes kaikki yksilöpsykoterapiatutkimuksissa tehdyt havainnot vaikuttavista yhteisistä tekijöistä pätevät myös pari- ja perheterapioissa (esim. Sprenkle, Davis & Lebow, 2009). Tähän tutkimukseen osallistuneet perheterapiakouluttajat pitivät hyvin tärkeänä, että hoidon tavoitteista keskustellaan terapiaistunnossa (vrt. Tryon & Winograd, 2011), terapeutti on tukea-antava, rohkaiseva ja empaattinen (vrt. Bachelor & Horvath, 1999; Bohart ym., 2002; Rogers, 1957) ja että terapeutti tekee korjausliikkeitä, jos vuorovaikutus muuttuu vaikeaksi (vrt. Safran ym., 2011). Muutoinkin terapeutin aktiivista otetta, tarkkaavaisuutta ja kielellistä selkeyttä pidettiin arvossa. Pitkälti samoja tekijöitä ovat tuoneet esiin esimerkiksi DINADEP-projektissa tutkitut pariskunnat, kun heitä on pyydetty kertomaan, mikä terapeutin työskentelyssä on ollut heitä auttavaa (Rautiainen & Seikkula, 2009). Haitalliseksi asiantuntijat sen sijaan määrittivät hyvin yhdenmukaisesti terapiasuhteen seksualisoitumisen. Suhteellisen yksituumaisia oltiin kilpailuhenkisyiden ja terapeutin alentuvan tai holhoavan käytöksen vahingollisuudesta.

Asiantuntijoiden yksimielisyys siitä, että eroottinen lataus asiakkaan ja terapeutin välillä olisi pari- tai perheterapia-asetelmassa haitallista, tuskin yllättää ketään. Kyseistä ilmiötä kuvaava osio on kuitenkin hyvä esimerkki siitä, kuinka tarkasteltava ilmiö saa uudenlaisia merkityksiä kontekstin vaihtuessa. Esimerkiksi psykodynaamisessa yksilöpsykoterapiassa asiakkaan flirttailu voi tulla käsitellyksi transferenssi-ilmiönä tavalla, joka on asiakkaan kannalta hyödyllistä, eikä sen ilmenemistä lähtökohtaisesti pidetä haitallisena (esim. Freud, 1993). Pariterapiatilanteeseen siirrettynä toisen puolison vastaavalla kiinnostuksella terapeutia kohtaan todennäköisesti olisi monimutkaisempi vaikutus terapiatilanteen turvallisuuteen ja terapeutin systeemin yhteistyösuhteisiin (esim. Friedlander & Tuason, 2000). Asiantuntijoille esitetty kysymys ideaaliseen pari- tai perheterapiaistuntoon liittyvistä tekijöistä (vrt. esim. Ablon & Jones, 1998) onkin itsessään jossain määrin problemaattinen, sillä terapeuttien interventioiden hyödyllisyys on vahvasti sidoksissa kontekstiinsa.

Yksi joukko osioita, joissa asiantuntijoiden mielipiteet jakautuivat voimakkaasti, kuvasi sellaisia *psykodynaamiselle psykoterapialle* spesifisiä tekniikoita, kuten tiedostamattomien toiveiden ja tunteiden tulkintaa sekä unista tai fantasioista keskustelemista. Valtaosa vastaajista piti niiden merkitystä pari- tai perheterapiaistunnossa vähäpätöisenä, mutta asiantuntijaryhmän ainoa psykodynaamisesti orientoitunut kouluttaja erittäin suurena. Nämä olivat tässä tutkimuksessa ainoat osiot, joissa vastaajan ilmoittama viitekehys selvästi erotti hänet toisista asiantuntijoista.

Myös sellaiset monille *kognitiivis-behavioraalille terapioille* luonteelliset tekijät, kuten terapeutin opettajamainen rooli ja aktiivinen vuorovaikutuksen kontrollointi (esim. Donohue &

Fisher, 2012; Falloon ym., 1993) nähtiin ei-toivottavana terapeutin toimintana. Tähän saattoi vaikuttaa se, että asiantuntijat arvioivat käännettyjen PQS-osioiden otsikoita ilman alkuperäiseen menetelmään sisältyviä selitysosuuksia (ks. s. 6). Siten esimerkiksi osion *17. Therapist actively exerts control over the interaction (e.g., structuring, and / or introducing new topics)* käännos *Terapeutti kontrolloi aktiivisesti vuorovaikutusta* saattoi saada valvontaa ja tarkkailua korostavan tulkinnan, kun alkuperäinen osio tarkennuksineen kuvaa pikemminkin terapeutin hyvin aktiivista otetta vuorovaikutustilanteessa. Tarkentavien osien puuttuminen asiantuntijoille lähetetyistä osioista sekä edellä kuvatun kaltaiset nyanssierot alkuperäisten ja käännettyjen osioiden välillä saattoivat laajemminkin johtaa erilaisiin tulkintoihin osioiden merkityksistä ja siten vähentää arvioiden yhdenmukaisuutta.

Asiakkaan näkökulmasta arvioitsijat pitivät oleellisena uuden ymmärryksen saamista, tietoista sitoutumista terapiasuhteeseen ja merkityksellisistä asioista keskustelemista. Näiden asiakkaaseen liittyvien tekijöiden yhteys hoidon hyvään lopputulokseen on todettu useissa tutkimuksissa (vrt. Bohart & Tallman, 2010).

Toisessa asiantuntija-arvioinnissa perheterapiakouluttajat tarkastelivat pariterapiaan muokattuja PQS-menetelmän osiota sekä uusia, tätä tutkimusta varten kehitettyjä pariterapiaosioita, joiden muodostamisessa oli huomioitu edellisellä arviointikierröksellä saatu palaute. Ideaalisen pariterapiaistunnon sijasta he arvioivat tällä kertaa osioiden relevanssia pariterapiaprosessin tutkimisen kannalta.

Mielipiteet jakautuivat jälleen voimakkaasti, ja arvioitsijoiden yksimielisyys oli jopa heikompi kuin ensimmäisellä kerralla. Samankin viitekehyksen edustajaksi katsotut perheterapiakouluttajat painottivat terapiaprosessin tutkimisen kannalta olennaisia tekijöitä eri tavoin. Esimerkiksi edellisessä arvioinnissa kolmen *sosiaalista konstruktionismia* edustavan kouluttajan kohtalaisen vahva yksimielisyys väheni huomattavasti.

Keskiarvojen perusteella vähintään kohtalaisen tärkeänä pariterapiaprosessin tutkimisessa pidettiin lähes 60 eri osiota, joista erittäin tärkeiksi arvioitiin 12. Keskeisimmiksi tekijöiksi tässäkin arvioinnissa nousivat psykoterapioiden yhteisiä tekijöitä edustavat osiot, jotka liittyivät terapeutin sensitiivisyyteen, tarkkaan kuuntelemiseen, kielelliseen selkeyteen, tasapuolisuuteen, vaikeiden vuorovaikutustilanteiden korjaamiseen ja hänen kykyynsä pitää yllä toivoa. Terapeutin ja pariskunnan suhteessa asiantuntijat kohdistaisivat huomionsa erityisesti terapiatyöskentelyn tavoitteisiin ja heidän keskinäisten väliensä emotionaaliseen laatuun (vrt. Friedlander ym., 2006; Pinosof, 2004). He pitivät myös erittäin olennaisena sitä, että terapiaistuntoa tutkittaessa tarkastellaan pariskunnan sitoutumista terapiaan ja heidän kokemukseensa autetuksi tulemisesta ja ymmärryksen lisääntymisestä.

Kuten ensimmäiselläkin kerralla, asiantuntijoiden arviot psykodynaamiselle terapialle spesifisten osioiden merkityksestä jakaantuivat voimakkaasti: psykodynaamisesti orientoitunut vastaaja piti niitä erittäin tärkeinä, muut eivät. Kannatus ja asiantuntijoiden yksimielisyys jäivät vähäiseksi myös osioissa, jotka kuvasivat kognitiivis-behavioraalisiin hoitomalleihin läheisesti liittyviä kommunikaatio-, stressinhallinta- ja ongelmanratkaisutaitoja sekä kotitehtävien ja ongelmaan liittyvän tiedon antamista. Tällaisia psykoedukatiivisia elementtejä sisältäviä perhekeskeisiä hoito- ja interventiomalleja, kuten koulutuksellinen perhetyö (Falloon ym., 1993) tai Lapset puheeksi – interventiot (esim. Solantaus, Paavonen, Toikka, & Punamäki, 2010), kuitenkin käytetään paljon Suomessa, erityisesti julkisella sektorilla osana psykkisten häiriöiden hoitoa. Psykoedukatiivinen perheterapia esimerkiksi sisältyy skitsofrenian viralliseen hoitosuositukseen (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015).

Yksi selitys edellä mainittujen, perinteisiin psykoterapian teorioihin pohjautuvien, tekijöiden vähäisestä arvostuksesta toisessa asiantuntija-arvioinnissa liittyy todennäköisesti arvioitsijaryhmän kokoonpanoon. Päinvastaisesta pyrkimyksestä huolimatta ryhmään tuli yliedustus perheterapiakouluttajia (kuusi kymmenestä), jotka määrittelivät itsensä terapeutteina joko suoraan sosiaalisen konstruktionismin edustajiksi tai heidät voitiin sijoittaa tähän luokkaan jonkin heidän ilmaisemansa postmodernistisen terapeuttisen mallin tai orientaation mukaan (esim. avoin dialogia, narratiivisuus tai reflektiivisyys). Esimerkiksi koulutuksellisen tai muun kognitiivis-behavioraalisen perheterapian asiantuntijaa ei arvioitsijaryhmään saatu. Postmodernistisesti suuntautuneet terapeutit tyypillisesti painottavat käytetyn kielen merkityksiä, ongelmien sopimuksenvaraisuutta, yhteistoiminnallisuutta ja ei-asiantuntijuutta (esim. Andersson, 1988). Tähän ryhmään itsensä identifioivat perheterapiakouluttajat todennäköisesti vierastivat osioita, joiden he katsoivat korostavan terapeuttin asiantuntijuutta ja pyrkimyksiä objektiiviseen tiedonsaantiin. Yhden vastaajan asiaan liittyvää palautetta, jossa hän peräänkuulutti yhteistoimintaan liittyviä ilmaisuja *tulkittamisen, osoittamisen ja säätelyn* sijaan, onkin mahdollista lukea modernistisen terapiakäsityksen postmodernina kritiikkinä.

Suomalaisten perheterapeuttien orientaatioista ei tiettävästi ole tehty selvitystä, joten asiantuntijaryhmän edustavuudesta koko kenttään nähden ei voi sanoa mitään varmaa. Alasen (2009) mukaan ensimmäiset koko maahan vaikutuksensa ulottaneet perheterapiakoulutukset 1980-luvun alussa olivat psykodynaamis-systeemisiä. Sittemmin, ennen niiden siirtymistä yliopistoihin, koulutuksia ovat järjestäneet hyvin monet kouluttajayhteisöt erilaisista viitekehyksistä käsin tai eri orientaatioita integroiden. Dialogis-reflektiivisten tekijöiden painotus asiantuntijaryhmässä saattaa kuitenkin kertoa siitä, että Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä kehitetty, kansainvälisestikin tunnustettu avoimen dialogin hoitomalli (”Keroputaan malli”) on saanut Suomessa vahvan aseman

(esim. Alanen, 2009; Seikkula & Olson, 2003), ja monet perheterapeutit tuntevat sen periaatteet ja pitävät niitä arvossa.

Kolmas arviointikierron toteutettiin konsensusperiaatteella, koska aikaisemmissa asiantuntija-arvioinneissa ei löytynyt riittävää yksimielisyyttä pariterapiaprosessin tutkimusmenetelmän osiojoukon valitsemiseksi. Asiantuntijaryhmä oli tällä kertaa pienempi ja koostui viidestä tohtoritutkinnon suorittaneesta perheterapiakouluttajasta.

Ennen konsensusshenkistä käsittelyä asiantuntijat valitsivat itsenäisesti osiojoukosta pois mielestään epäolennaisimmat osiot. Tässäkin tapauksessa arvioitsijaryhmän yhdenmukaisuus oli vähäinen eli asiantuntijat painottivat merkityksellisiä tekijöitä eri tavoin. Tämä oli toistuva havainto kaikissa kolmessa asiantuntija-arviossa. Osioista käyty keskustelu kuitenkin vahvisti jo toisella arviointikierroksella syntyneen käsityksen, että tarkastelun kohteena olleissa 145 osiossa ei juuri ollut pariterapian tutkimisen kannalta epärelevantteja osioita. Todennäköisesti tästä syystä yhteisymmärrys sadasta tutkimusmenetelmään valittavasta osiosta syntyi helposti.

Asiantuntijat kommentoivat kaikilla arviointikiirroksilla tehtävän vaativuutta. Suuren osiojoukon vuoksi (ensimmäisessä vaiheessa 100 osiota, jälkimmäisissä 145) arviointi koettiin työlääksi. Muutamat kuvasivat keskittymisen herpaantumista ja punaisen langan katoamista kesken tehtävän. Yksi hämmennystä aiheuttava seikka olivat osioita tarkentavat ohjeet, jotka oli kirjoitettu Jonesin (2000) PQS-menetelmän koodausmanuaalin mukaisesti (ks. s. 27). Niiden tarkoitus oli täsmentää, mitä terapiaprosessin tekijää osiolla pyritään kuvaamaan, mutta ne aiheuttivatkin jonkin verran väärinkäsityksiä. Koodausmanuaalin teksti on suunnattu ensisijaisesti tutkijalle, joka tarkastelee terapiaistunnon tallennetta. Tämän vuoksi tarkentavat tekstit ohjaavat arvioimaan juuri tutkittavan psykoterapiaistunnon tapahtumia (*Arvioi erittäin tunnusomaiseksi, jos...*). Näillä ohjeilla oli tässä yhteydessä todennäköisesti suggestiovaikutusta, joka häiritsi joidenkin asiantuntijoiden keskittymistä vaativan arviointitehtävän aikana, ja saattoi aiheuttaa joitakin virheratkaisuja.

Kolmen asiantuntija-arviokierroksen jälkeen koottu Pariterapiaprosessin Q-setin pilottiversio (LIITE 2) sisältää 100 osiota, jotka kuvaavat monipuolisesti terapeutin ja pariskunnan toimintaa terapiatilanteessa. Osioissa on edustettuina runsaasti kaikille psykoterapioille yhteisiä tekijöitä pariterapiakontekstiin sovitettuina (esim. allianssin monet ulottuvuudet, terapeutin myönteiset ominaisuudet, palautteen kerääminen terapiasuhteesta ja vastatransferenssin käsitteleminen). Tämän lisäksi joukossa on joitakin tietyille perheterapeuttisille malleille spesifisiä tai hyvin ominaisia elementtejä (ks. s. 44, TAULUKKO 16).

Voidaanko pitkän ja työlään kehittämisprosessin jälkeen olla varmoja, että on löydetty ne sata osiota, jotka sisältävät kaiken oleellisen, tarkasteltiinpa niiden kautta mitä tahansa pariterapiaistuntoa? Vastaus on luonnollisesti kieltävä. Kuten Jones (2000) on todennut, mikään

tämänkaltainen tutkimusmenetelmä ei tavoita edes yksilöterapeuttisen vuorovaikutustilanteen kaikkia ulottuvuuksia. Siirryttäessä kahdenkeskisestä terapiatilanteesta pari- ja perheterapeuttisiin asetelmiin tutkimuksen kohteena olevien vuorovaikutusilmiöiden kompleksisuus vain kasvaa.

Suurin osa PTQS:n pariskuntaan liittyvistä osioista kuvaa heidän yhteistä käyttäytymistään terapiatilanteessa. Yksilöllinen näkökulma on huomioitu kuudessa osiossa, jotka on kirjoitettu erikseen miehelle ja naiselle (esim. Mies/Nainen on ahdistunut tai jännittynyt). Tulevaisuudessa tehtävät empiiriset tutkimukset näyttävät, onko puolisojen yksilöllisyys otettu riittävästi huomioon. Jos jotkin heidän yhteistä toimintaansa kuvaavat osiot osoittautuvat käytännössä toimimattomiksi tai epäinformatiivisiksi, ne voidaan poistaa tai tarpeen mukaan jakaa kahdeksi henkilökohtaista toimintaa kuvaavaksi osioksi. Samaa sukupuolta olevien pariskuntien terapiaistuntoja tarkasteltaessa tutkija voi kirjoittaa yksilöllisten osioiden subjektit esimerkiksi muotoon ”Mies 1/ Mies 2” tai ”Nainen 1/ Nainen 2”.

Tutkimukseen osallistuneiden perheterapeuttien viitekehysten lisäksi on syytä huomioida tämän tutkimuksen tekijän oma, psykodynaamis-dialoginen, orientaatio sekä yli 20 vuoden työhistoria aikuispsykiatrian osasto- ja avohoidon kliinisenä psykologina ja perheterapeuttina. Minulle tutuimpia asetelmia pariskuntien ja perheiden kanssa työskennellessäni ovat ne, joissa terapiaan on päädytty jonkun perheenjäsenen psyykkisen häiriön takia. Vaikka tutkimusta tehdessäni olenkin tietoisesti pyrkinyt laajentamaan näkökulmaa oman työkontekstini ulkopuolelle, on mahdollista, että osioita kerätessäni ja niiden kuvauksia kirjoittaessani ajatukset ovat välillä olleet korostuneesti psykiatriaan päin kallellaan. Tämä saattaa näkyä joissakin painotuksissa.

Se, onko PTQS:n osiojoukko riittävän kattava erilaisten pariterapiaprosessien kuvaajana, jää selvitettäväksi myöhemmin suoritettavissa pariterapiatutkimuksissa. Tutkimusmenetelmän kehittämisessä asiantuntija-arvioita pidetään tärkeinä, mutta sen validiteetti voidaan todentaa vasta empiirisissä tutkimuksissa (esim. Levy ym., 2012; Metsämuuronen, 2002). Käytössäni oleva DINADEP-tutkimusprojektin (Seikkula ym., 2013) aineisto tallennettuine pariterapiaistuntoineen tarjoaa hyvät mahdollisuudet menetelmää kehittäväälle jatkotutkimukselle. PTQS-menetelmän käytettävyydestä saatu myönteinen palaute alustavissa tutkimuksissa (Keituri, 2013; Niemi & Streng, 2015; Pesonen, 2013) rohkaisee osaltaan jatkamaan sen kehittämistä edelleen.

## LÄHTEET

- Aalto, P. (2003). Q-metodologia politiikan tutkimuksessa: Esimerkkinä EU:n pohjoisen ulottuvuuden asiantuntijakeskustelu. *Politiikka*, 45 (2), 117–132.
- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). How Expert Clinicians' Prototypes of an Ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 71–83.
- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2002). Validity of Controlled Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159 (5): 775-783.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (2), 541-568.
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy*, 43 (2), 216–231.
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansen, L. (2011). The contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy*, 14 (1), 14-48.
- Ackerman, N. J. (1984). *A theory of family systems*. New York: Gardner Press.
- Alanen, Y. (2009). Kohti humanistisempää psykiatria: Skitsofreniaryhmän psykoosien tarpeenmukaisen hoidon kehittäminen *Psykoterapia*, 28(3), 226–240.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language, And Possibilities: A Postmodern Approach To Therapy*. New York: BasicBooks.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230 – 238.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. Teoksessa: M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (toim.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 33-56). Washington, DC: APA.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. Teoksessa: M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (toim.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 133-178). Washington, DC: APA.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance-Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the

- Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 842 – 852.
- Bambery, M., Porcerelli, J. H., & Ablon, J. S. (2007). Measuring psychotherapy process with the Adolescent Psychotherapy Q-set (APQ): Development and applications for training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 405.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1 (4): 251-254.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46 (4), 368.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1994). *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen: tiedonsosiologinen tutkielma*. Helsinki: Gaudeamus.
- Blagys, M. D. & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process Literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (2), 167–188.
- Blagys, M. D. & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671 – 706.
- Block, J. (1961). *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. Teoksessa: J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 89-108). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (2010). Clients: The Neglected Common Factor in Psychotherapy. Teoksessa: B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (toim.), *The Heart & Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*, 2. painos (s. 83-111). Washington, DC: APA.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan Systemic Family Therapy. Conversations in Theory and Practice*. USA: BasicBooks.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1985). Commentary: Transgenerational solidarity – therapy’s mandate and ethics. *Family Process*, 24, 454 – 456.
- Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7, 345 – 374.
- Brown, S. R. (1993). A Primer on Q Methodology. *Operant Subjectivity*, 16 (3/4), 91-138.



- de Shazer, S. (1995). *Ratkaisevat erot*. Tampere: Vastapaino.
- Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2008). *The Outcome and Session Rating Scales: The revised administration and scoring manual, including the Child Outcome Rating Scale*. Chicago: Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Falloon, I. R. H., Laporta, M., Fadden, G., & Graham-Hole, V. (1993). *Managing Stress in Families. Cognitive and Behavioural Strategies for Enhancing Coping Skills*. London: Routledge.
- Farber, B. A. & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. Teoksessa: Norcross, J. (toim.). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Farber, B. A. & Lane, J. S. (2001). Positive regard. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 390-395.
- Freud, S. (1993). Observations on Transference-Love. Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis III. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2 (2), 173 – 180.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: APA.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G.M. (2011). Alliance in couple and family therapy. Teoksessa: Norcross, J. (toim.). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Friedlander, M. L., & Tuason, M. T. (2000). Processes and outcomes in couples and family therapy. Teoksessa: S. Brown & R. Lent (toim.), *Handbook of counseling psychology*. New York: Wiley.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the inner world of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Mahwah, Erlbaum.
- Glick, I. D. (1999). Family Therapies: Efficacy, Indications, and Treatment Outcomes. Teoksessa: D. S. Janowsky (toim.), *Psychotherapy Indications and Outcomes*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2000). *Family therapy: An overview*. USA: Brooks/Cole.
- Gottman, J. M. (1993). A Theory of Marital Dissolution and Stability. *Journal of Family Psychology*, 7 (1), 57 – 75.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60 (1), 5-22.
- Gottman, J. M. & Notarius, C. I. (2000). Decade Review: Observing Marital Interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 927-947.

- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington, DC: APA.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). Process Research: Current Trends and Future Perspectives. Teoksessa: L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (toim.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (s. 3–20). USA: Guilford.
- Grencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where Are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors? *Professional Psychology*, 21 (5), 372-378.
- Gurman, A. S., Kniskern, D. P., Pinsof, W. M. (1986). Research on marital and family therapies. Teoksessa: S. L. Garfield & A. E. Bergin (toim.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 2. painos. New York: Wiley.
- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (1994). Self-regulation in Behavioral Couples' Therapy. *Behavior Therapy*, 25 (3), 431 – 452.
- Hayes, J., Gelso, C., & Hummel, A. (2011). Managing countertransference. Teoksessa: J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work*, 2. painos. New York: Oxford University Press.
- Hayes, A. F. & Krippendorff, K. (2007). Answering the Call for Standard Reliability Measure for Coding Data. *Communication Methods and Measures*, 1 (1), 77 – 89.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2002). Self-Disclosure. Teoksessa: Norcross, J. (toim.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. Teoksessa: Norcross, J. (toim.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. Teoksessa: J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work*, 2. painos. New York: Oxford University Press.
- Johnson, S. M. (2002). Marital problems. Teoksessa: D. H. Sprenkle (toim.), *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria: The American Association for Marriage and Family Therapy.
- Johnson, S. M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. New York: Brunner-Routledge.
- Jones, E. & Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac Books.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (1), 48 – 55.
- Jones, E. E., Parke, L. A., & Pulos, S. (1992). How the therapy is conducted in the private consulting room: A multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2, 16 – 30.
- Jones, E. E. & Pulos, S. M. (1993). Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 306 – 316.
- Jones, E. E. & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 38, 985 – 1009.
- Kazdin, A. E. (1986) Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95 – 105.
- Keituri, O. (2013). *Detecting couple therapy for depression with a method Couple Therapy Process Q -set (CTQS): Process-descriptions of two good, and one poor outcome cases*. Master's Thesis. Department of Psychology. University of Jyväskylä.
- Kiser, L. J., Medoff, D., Black, M. M., Nurse, W., & Fiese, B. H. (2010). Family Mealtime Q-Sort: A measure of mealtime practices. *Journal of Family Psychology*, 24(1), 92.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic Alliance and Treatment Progress in Couple Psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (2), 245 – 257.
- Kogan, S. M. (2009). Tiedonanto sähköpostilla.
- Kogan, S. M., Walters, L. H., & Daniels, T. (2002). Contextual Assessment of Couples Therapy: The Clinical Discourse Q-sets. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28 (4), 409 – 422.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C., & Austin, S. B. (2011). Congruence/Genuineness. Teoksessa: J. Norcross (toim.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, 2. painos. New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting Client Feedback. *Psychotherapy*, 48 (1), 72 – 79.
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 217 – 228.
- Leichsenring, F., Ablon, S., Barber, J. P., Beutel, M., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Klein, S., Leweke, F., Steinert, C., Wiltink, J., & Salzer, S. (2015). Developing a prototype for short-term psychodynamic (supportive-expressive) therapy: An empirical study with the

- Psychotherapy Process Q-set. *Psychotherapy Research*, DOI:10.1080/10503307.2015.1051160
- Levy, R. A., Ablon, J. S., Thomä, H., Kächele, H., Ackerman, J., Erhardt, I., & Seybert, C. (2012). A session of psychoanalysis as analyzed by the Psychotherapy Process Q-set: Amalia X, session 152. Teoksessa: R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (toim.) *Psychodynamic psychotherapy research* (s. 509-526). Humana Press.
- Llewelyn, S. & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1 – 21.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everywon has one and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), 995-1008.
- Madanes, C. (1991). Strategic family therapy. Teoksessa: A. S. Gurman & D. P. Kniskern (toim.), *Handbook of family therapy, 2. painos* (s. 396-416). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- McGoldrick, M. (1995). *You Can Go Home Again: Reconnecting with Your Family*. New York: Norton.
- Metsämuuronen, J. (2002). *Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet*. Metodologia-sarja 6. Helsinki: International Methelp Oy.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Niemi, P. ja Streng, N. (2015). *Pariterapiaprosessin merkittävät elementit ja niiden yhteys terapiasuhteeseen sekä asiakkaiden ja terapeuttien sympaattisen hermoston toimintaan*. Pro gradu -tutkielma. Psykologian laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Norcross, J. C. (2010). The Therapeutic Relationship. Teoksessa: B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (toim.), *The Heart & Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*, 2. painos (s. 113-141). Washington, DC: APA.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48 (1), 4-8.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48 (1), 98–102.
- O'Donohue, W. T. & Fisher, J. E. (2012). The Core Principles of Cognitive Behavior Therapy. Teoksessa: W. O'Donohue and J. E. Fisher (toim.), *Cognitive Behavior Therapy: Core Principles for Practice*. Hoboken: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. Teoksessa: S. L. Garfield & A. E. Bergin (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*,

3. painos (s. 311–381).

- Papp, P. (1981). Paradoxes. Teoksessa: S. Minuchin & H. C. Fishman, *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Pesonen, V. (2013). *Pariterapian Q-set suomeksi: Voidaanko tunnistaa jokin yhdeksästä terapiakoulukunnasta luokan erittäin tunnusomainen perusteella?* Pro gradu –tutkielma. Psykologian laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Peura, P. (2012). *Pariterapiaprosessin Q-set*. Julkaisematon lähde.
- Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. Teoksessa: A. O. Horvath & L. S. Greenberg (toim.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12 (2), 137-151.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 585.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R., & Knobloch-Fedders, L. M. (2008). Factorial and Construct Validity of the Revised Short Form Integrative Psychotherapy Alliance Scales for Family, Couple, and Individual Therapy. *Family Process*, 47 (3), 281 – 301.
- Proyty, A. M. & Lyness, K. P. (2011). Feminist Couple Therapy. Teoksessa: Wetchler, J. L. (toim.) *Handbook of Clinical Issues in Couple Therapy*. New York: Routledge.
- Rautiainen, E-L. & Seikkula, J. (2009). Clients as Co-researchers: How Do Couples Evaluate Couple Therapy for Depression? *Journal of Systemic Therapies*, 28, 41 – 60.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *The Journal of Consulting Psychology*, 21, 95 – 103.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford.
- Safran, J. D. & Kraus, J. (2014). Alliance Ruptures, Impasses, and Enactments: A Relational Perspective. *Psychotherapy*, 51 (3), 381 – 387.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubacks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. Teoksessa: J. Norcross (toim.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, 2. painos. New York: Oxford University Press.
- Schneider, C., Pruetzel-Thomas, A., & Midgley, N. (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-set. Teoksessa: Midgley, N., Grainger, E., Nesic-Vuckovic, T., & Urwin, C. (toim.). *Child Psychotherapy and Research*.

- New Approaches, Emerging Findings*. East Sussex: Routledge.
- 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., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P., & Tolvanen, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: a 2-year randomized trial. *Journal of Family Therapy*, 35 (3), 281 – 302.
- Seikkula, J. & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42 (3):403-18.
- Seikkula, J. & Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44 (4), 461–475.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 992-1002.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98 – 109.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- Sirigatti, S. (2004). Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 194–207.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: an experimental analysis*. Oxford: Appleton Century.
- Skitsofrenia (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 3.5.2016). Saatavilla Internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)
- Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S., & Punamäki, R.-L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (12), 883–892.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New Scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family Therapy*, 38, 15-28.
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy. The Overlooked Foundation for Effective Practice*. New York: Guilford.
- Strupp, H. H. (1978). Psychotherapy research and practice: An overview. Teoksessa: S. L. Garfield & A. E. Bergin (toim.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 2. painos. New

York: Wiley.

- Thomas, D. M. & Watson, R. T. (2002). Q-sorting and MIS Research: A Primer. *Communications of the Association for Information Systems*, 8 (1), 141 – 156.
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. Teoksessa: J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work*, 2. painos. New York: Oxford University Press.
- Wahlström, J. (2007). Muutos psykoterapiassa. Teoksessa: Lindeman, M., Hokkanen, L., & Punamäki, R-L. (toim.) *Hermoverkot, mielenterveys ja psykoterapia*. Helsinki: Psykologien kustannus.
- Wampler, K. S. & Halverson, C. F. (1990). The Georgia Marriage Q-sort: An observational measure of marital functioning. *American Journal of Family Therapy*, 18, 223-238.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah: Erlbaum.
- Waters, E. (1995). Appendix A: The attachment Q-set (version 3.0). *Monographs of the society for research in child development*, 234-246.
- Weissman, M. M. (1999). Interpersonal Psychotherapy and the Health Care Scene. Teoksessa: D. S. Janowsky (toim.), *Psychotherapy Indications and Outcomes* (s. 213-231). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.

## LIITTEET

Liite 1. Ensimmäinen asiantuntija-arviointi: kouluttajien ehdotukset menetelmään lisättävistä osioista.

1) Potilaan, asiakkaiden kokemus kuulluksi tulemisesta

2) Ehkä lisää kysymyksiä suhteisiin ja niiden muutoksiin terapian ulkopuolella

3) Monenvälisyyteen liittyviä osiota:

- asiakkaat puhuvat toisilleen
- liittyvät toistensa avauksiin
- terapeutti kommentoi asiakkaiden vuorovaikutusta
- eroista (difference) puhutaan
- moninäkökulmaisuuudelle on tilaa
- erilaisuutta tutkitaan
- terapeutilla on riittävä toimintakyky (ei ole passiivinen)
- keskustelu on dialogista
- ilmaisu jäsentyy
- keskustelu synnyttää uusia näkökulmia
- terapeutti on tasapuolinen
- terapeutti pystyy löytämään uusia näkökulmia syyttelevään/jumiutuneeseen vuorovaikutukseen
- kaikki osallistuvat keskusteluun/tavoitteista neuvotteluun
- lasten huomioiminen on luontevaa (kts. myös edellinen)
- vuorovaikutukseen fokusoivista kysymyksistä voisi olla osia myös odotuksiin, toiveisiin, huoliin



**Osio 1. Puolisot verbalisoivat negatiivisia tunteita (esim. kriittisyyttä, vihamielisyyttä) terapeuttia kohtaan (vs. tekevät hyväksyviä tai arvostavia huomautuksia).**

Arvioi terapiaistunnolle *tunnusomaiseksi*, jos puolisot verbalisoivat kriittisyyden, inhon, kateuden, halveksunnan, kiukun tai vihamielisyyden tunteita terapeuttia kohtaan. Esimerkiksi he moittivat terapeuttia siitä, että tämä ei ole onnistunut antamaan heille riittävästi ohjausta terapian aikana.

Arvioi terapiaistunnolle *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisot ilmaisevat positiivisia tai ystävällisiä tunteita terapeuttia kohtaan. Esimerkiksi he tekevät huomautuksia, jotka näyttävät imartelevan terapeuttia.

**Osio 2. Terapeutti kiinnittää huomiota puolisoiden nonverbaaliseen käyttäytymiseen, esimerkiksi ryhtiin tai eleisiin.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti kiinnittää huomiota puolisoiden nonverbaaliseen käyttäytymiseen, kuten kasvojen ilmeisiin, eleisiin, punastumiseen, naureskeluun tai köhimiseen. Esimerkiksi terapeutti huomauttaa toiselle puolisoista, että vaikka tämä sanoo olevansa vihainen, hän hymyilee.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos nonverbaaliseen käyttäytymiseen kiinnitetään vain vähän tai ei lainkaan huomiota.

**Osio 3. Terapeutti jatkaa kommentillaan puolisoiden sanomaa ja sisällyttää heidän sanomansa asiat seuraavaan kysymykseen.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti näyttää virittäytyvän tarkasti puhujan eli äänessä olevan puolison taajuudelle. Hän kuuntelee tarkasti ja muodostaa kysymyksensä ja kommenttinsa juuri sanotun pohjalta. Tämä voi näkyä esimerkiksi puolisoiden vastausten sanatarkkana toistamisena ennen terapeutin seuraavaa kysymystä tai puolisoiden käyttämien ilmausten sisällyttämisenä terapeutin puheenvuoroon.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutin kommentit tai kysymykset eivät pohjaudu puolisoiden edeltäviin puheenvuoroihin. Esimerkiksi terapeutti näyttää noudattavan kysymyksissään jotain ennalta suunniteltua kaavaa, eikä huomioi puolisoiden vastauksia jatkokysymyksissään.

**Osio 4. Hoidon tavoitteista keskustellaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos keskustellaan siitä, miten puolisot toivoisivat terapiasta hyötyvänsä. Nämä toiveet tai tavoitteet voivat olla henkilökohtaisia ("Toivon, että masennukseni helpottaisi") tai ne voivat liittyä muutoksiin ihmistenvälisissä suhteissa ("Toivon, että pystyisimme taas luottamaan toisiimme") tai sisältää toiveen toisen muutoksesta ("Toivon, että terapian avulla mieheni rohkaistuisi liikkumaan kodin ulkopuolella").

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ja puolisot eivät keskustele terapian tavoitteista.

### **Osio 5. Puolisoilla on vaikeuksia ymmärtää terapeutin kommentteja.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset vaikuttavat hämmentyneiltä terapeutin kommentteista. Syynä voi olla heidän defensiivisyytensä tai terapeutin epäselkeys. Esimerkiksi puoliset pyytävät terapeuttia tarkentamaan kommenttiaan tai muutoin ilmaisevat, että eivät ole ymmärtäneet, mitä terapeutti tarkoittaa.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puoliset ymmärtävät helposti terapeutin kommentit.

### **Osio 6. Terapeutti on sensitiivinen puolisoitten tunteille eli on empaattinen.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti pystyy hyvin eläytymään puolisoitten sisäiseen maailmaan. Hän on sensitiivinen heidän tunteilleen ja kykenee välittämään tämän ymmärryksen sopivalla tavalla. Esimerkiksi terapeutin tekemä huomautus osoittaa terapeutin ymmärtävän, miltä kyseessä olevasta puolisoista tietyssä tilanteessa tuntui.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutilla ei näytä olevan sensitiivistä ymmärrystä puolisoitten tunteista tai kokemuksista.

### **Osio 7. Mies on ahdistunut tai jännittynyt (vs. tyyni ja rentoutunut).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos mies tuo esiin jännittyneisyyttä, ahdistuneisuutta tai huolta. Tämä voi ilmetä suorina sanallisina ilmauksina, esimerkiksi ”Olen kyllä tosi ahdistunut nyt”, tai se voi näkyä epäsuorasti käyttäytymisessä, esimerkiksi änkytyksenä tai takerteluna tms.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos mies vaikuttaa tyyneltä tai rentoutuneelta tai muutoin välittyy, että hänen on helppo olla.

### **Osio 8. Nainen on ahdistunut tai jännittynyt (vs. tyyni ja rentoutunut).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos nainen tuo esiin jännittyneisyyttä, ahdistuneisuutta tai huolta. Tämä voi ilmetä suorina sanallisina ilmauksina, esimerkiksi ”Olen kyllä tosi ahdistunut nyt”, tai se voi näkyä epäsuorasti käyttäytymisessä, esimerkiksi änkytyksenä tai takerteluna tms.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos nainen vaikuttaa tyyneltä tai rentoutuneelta tai muutoin välittyy, että hänen on helppo olla.

### **Osio 9. Terapeutti on etäinen ja varautunut (vs. vastaanottavainen ja tunnetasolla läsnä).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutin asennoituminen puolisoita kohtaan on viileä, muodollinen ja etäinen tai siinä on merkkejä emotionaalista vetäytymisestä tai arkailusta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti on aidosti vastaanottavainen ja läsnä tunnetasolla.

### **Osio 10. Keskustelussa ennakoitaan tulevaisuutta ja pyritään varautumaan parisuhdetilanteen tai indeksipotilaan psyykkisen oireilun vaikeutumiseen.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos keskustelussa otetaan huomioon tilanteen mahdollinen vaikeutuminen tulevaisuudessa. Keskustelussa voidaan esimerkiksi pohtia tilanteen huononemista ennakoivia varomerkkejä ja niitä toimintatapoja, joilla puoliset voisivat vaikuttaa tilanteeseen.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos nämä teemat eivät ole esillä tapaamisen aikana.

### **Osio 11. Seksuaalisuudesta keskustellaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos tapaamisessa keskustellaan seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. Keskustelu voi liittyä pariskunnan seksuaalisiin tunteisiin, kokemuksiin, toiveisiin, ongelmiin tai fantasioihin.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos seksuaalisista tai eroottisista asioista ei keskustella tapaamisen aikana.

### **Osio 12. Terapeutti pyytää puolisoita esittämään jotakin heille tyypillistä vuorovaikutuskuvioita, jotta sen piirteet tulisivat näkyviksi.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti pyytää istunnon aikana puolisoita esittämään jotakin heille tavallista vuorovaikutuskuvioita ja tekee itse siitä havaintoja. Tarkastelun kohteena voi olla esimerkiksi normaali keskustelu, riitely, päätöksenteko, toisen lohduttaminen jne. Oleellista on, että vuorovaikutus tehdään näkyväksi toiminnan kautta, eikä sitä ainoastaan kuvailla kielellisesti.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei pyydä puolisoita esittämään keskinäisiä vuorovaikutuskuvioita terapiaistunnon aikana.

### **Osio 13. Mies on aktiivinen tai innostunut.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos mies vaikuttaa innostuneelta tai hyvin virittyneeltä asioiden käsittelyyn. Tämä voi tulla esiin suoraan puheessa tai se voi näkyä hänen käyttäytymisessään. Esimerkiksi mies ottaa keskustelunaiheita esiin tai kuuntelee kiinnostuneena terapeutin tai puolisonsa ajatuksia ja ottaa aktiivisesti osaa keskusteluun.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos mies vaikuttaa kyllästyneeltä, laimealta tai passiiviselta, eikä juuri osallistu keskusteluun tai ota keskustelunaiheita esiin.

### **Osio 14. Puolisot eivät koe terapeutin ymmärtävän häntä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot ilmaisevat huolta tai olettavat, että terapeutti ei voi ymmärtää heitä, tai heistä välittyy kokemus väärinymmärretyksi tulemisesta. Esimerkiksi puolisot epäilevät terapeutin kykyä ymmärtää heidän vaikeuksiaan, koska tämä ei ehkä itse ole ollut vastaavassa tilanteessa.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisot jollakin lailla ilmaisevat, että terapeutti ymmärtää heidän kokemuksiaan tai tunteitaan. Esimerkiksi toinen puolisoista kommentoi vastauksena terapeutin huomautukseen: ”Kyllä, juuri tuota minä tarkoitin”.

### **Osio 15. Nainen on aktiivinen tai innostunut.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos nainen vaikuttaa innostuneelta tai hyvin virittyneeltä asioiden käsittelyyn. Tämä voi tulla esiin suoraan puheessa tai se voi näkyä hänen käyttäytymisessään. Esimerkiksi nainen ottaa keskustelunaiheita esiin tai kuuntelee kiinnostuneena terapeutin tai puolisonsa ajatuksia ja ottaa aktiivisesti osaa keskusteluun.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos nainen vaikuttaa kyllästyneeltä, laimealta tai passiiviselta, eikä juuri osallistu keskusteluun tai ota keskustelunaiheita esiin.

### **Osio 16. Sosiaalisten, kulttuuristen tai poliittisten tekijöiden merkityksestä pariskunnan elämään keskustellaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos keskustelussa esimerkiksi huomioidaan parisuhdetta laajemman sosiaalisen kontekstin, kulttuurin tai yhteiskunnallisen tilanteen vaikutusta puolisoitten elämään. Esimerkiksi keskustellaan puolisoitten edustaman etnisen tai muun vähemmistöryhmän ja valtakulttuurin jännitteistä, työttömyyden vaikutuksesta pariskunnan elämään, sukupuolirooleista ja niihin liittyvistä odotuksista jne.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos nämä teemat eivät ole istunnossa esillä.

### **Osio 17. Terapeutti pyrkii aktiivisesti kontrolloimaan vuorovaikutusta.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti on vuorovaikutuksessa aktiivinen, esimerkiksi strukturoi keskustelua tai ottaa keskustelunaiheita esiin. Terapeutti voi esimerkiksi pyytää puolisoita puhumaan vuorotellen tai pyrkii keskeyttämään puolisoitten välisen negatiivisen vuorovaikutuskehän. Älä perusta arviotasi väliintulojen osuvuuteen tai sopivuuteen. Arvioi *erittäin tunnusomaiseksi*, jos terapeutti on niin aktiivinen, että hän toistuvasti keskeyttää esittääkseen kysymyksiä tai alleviivataksaan asian ydintä, tai hän antaa paljon ohjeita istunnon aikana.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti tekee väliintuloja suhteellisen harvoin, eikä juuri ponnistele vuorovaikutuksen strukturoimiseksi, tai keskustelu näyttää etenevän pääasiassa puolisoitten johdolla.

### **Osio 18. Terapeutti ilmaisee ehdotonta hyväksyntää.**

**(Huom. Sijoittaminen ei-luonteenomaiseen suuntaan viittaa paheksuntaan, hyväksynnän puuttumiseen.)**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti pidättäytyy kaikenlaisten negatiivisten arvioiden tekemisestä puolisoista. Esimerkiksi jommankumman puolison ei-hyväksyttävän tai ongelmallisen käyttäytymisen käsittelyssä välittyy tunne, että tämä on ihmisenä arvokas. Terapeutin osoittama hyväksyntä on ehdotonta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutin kommentteista tai äänensävyä välittyy kriittisyys ja hyväksynnän puute. Ääripäähän sijoittaminen viittaa siihen, että terapeutti ilmaisee pitävänsä jommankumman puolison (tai molempien) persoonaa jollakin tapaa epämiellyttävänä, vastenmielisenä tai hankalana.

Huom.! On tärkeä erottaa toisistaan terapeutin suhtautuminen ihmisen persoonaan ja tämän tekoihin. Esimerkiksi terapeutti voi ottaa selvästi kantaa, että kaikenlainen väkivaltainen käyttäytyminen on tuomittavaa, mutta suhtautua silti hyväksyvästi väkivaltaa käyttäneen puolison persoonaan.

### **Osio 19. Terapeutti kysyy puolisoiden uskomuksia ja havaintoja heidän keskinäisestä suhteestaan tai suhteesta toisiin perheenjäseniin.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti pyytää puolisoita kuvailemaan keskinäistä suhdettaan tai suhteitaan toisiin perheenjäseniin. Terapeutti voi myös pyytää toista puolisoa kertomaan havaintojaan toisen puolison ja jonkun toisen, ei paikalla olevan perheenjäsenen välisestä suhteesta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei esitä tällaisia suhteisiin liittyviä kysymyksiä.

### **Osio 20. Mies tuntee itsensä surulliseksi tai masentuneeksi (vs. hilpeäksi tai hyväntuuliseksi).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos miehen mieliala näyttää alakuloiselta, surulliselta tai masentuneelta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos mies vaikuttaa iloiselta, hyväntuuliselta tai hän jollakin tapaa ilmaisee hyvän olon tai onnellisuuden tunnetta.

### **Osio 21. Terapeutti kertoo jotain itsestään.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti tuo esiin henkilökohtaisia asioita omasta elämästään, kiinnostuksen kohteistaan, arvostuksistaan tai suhtautumisestaan puolisoihin. Esimerkiksi terapeutti voi jakaa pariskunnan kanssa omia kokemuksiaan puolisona tai vanhempana: ”Tuo, mistä puhuit, on kyllä tuttua minullekin omassa parisuhteessani” tai ”Minäkin olin tosi väsynyt silloin, kun meidän vauvalla oli korvatulehduskierre”.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti on pidättäytyvä, eikä tuo esiin henkilökohtaista ainesta.

### **Osio 22. Terapiaistunnossa käydään reflektiivistä keskustelua.**

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

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

### **Osio 23. Dialogilla on tietty fokus.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos keskustelu pitäytyy yhdessä tai muutamassa teemassa. Esimerkiksi istunnon päällimmäinen aihe on puolisoiden keskinäisten tarpeiden ja toiveiden ilmaiseminen.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos istunnossa keskustellaan useista aiheista tai jos dialogi vaikuttaa jollakin lailla hämärältä.

## **Osio 24. Terapeutissa aktivoituvat omat asiat tai terapeuttiparin keskinäiset ristiriidat häiritsevät työskentelysuhdetta.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos vaikuttaa siltä, että terapeutin toiminta puolisoiden kanssa on jotenkin tehotonta tai epätarkoituksenmukaista hänessä itsessään aktivoituvien asioiden vuoksi. Esimerkiksi terapeutti näyttää toiminnallaan estävän jonkin keskeisen teeman käsittelyn tai terapeutin voimakkaat tunnereaktiot heikentävät vuorovaikutusta puolisoiden kanssa. Työparityöskentelyssä tähän liittyvät myös terapeuttien välillä esiintyvät yhteistyöongelmat, esimerkiksi keskinäinen kilpailu.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutin henkilökohtaiset emotionaaliset reaktiot eivät häiritse terapeutista suhdetta epätarkoituksenmukaisesti.

## **Osio 25. Terapeutti opettaa pariskunnalle selkeää kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti opettaa pariskunnalle sellaisia kommunikaatiotaitoja, kuten aktiivinen kuuntelu, positiivisten ja negatiivisten tunteiden ilmaiseminen tai pyyntöjen esittäminen. Tai terapeutti neuvoo puolisoille erilaisia keinoja ongelmanratkaisuun (esimerkiksi kotikokoukset, aivoriidet jne.) tai stressinhallintaan. Arvioi *erittäin tunnusomaiseksi*, jos terapeutti tekee pariskunnan kanssa näihin teemoihin liittyviä harjoituksia istunnon aikana ja/tai antaa niihin liittyviä kotitehtäviä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei istunnon aikana pyri opettamaan kommunikaatio-, ongelmanratkaisu- tai stressinhallintataitoja.

## **Osio 26. Puolisot kokevat jotakin epämukavaa tai kipeää tunnetta.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot ilmaisevat häpeän, syyllisyyden, pelon tai surun tunteita istunnon aikana. Arvioi *erittäin tunnusomaiseksi*, jos esiin tulleet tunteet ovat intensiivisiä ja molempien puolisoiden ilmaisemia.

Arvioiminen *ei-tunnusomaiseksi* tarkoittaa, että puolisot eivät ilmaise näitä hankalia tunteita tai että he ilmaisevat mukavuuden tai tyytyväisyyden tunteita.

## **Osio 27. Terapeutti antaa selkeitä ohjeita ja neuvontaa (vs. kieltäytyy antamasta, vaikka häntä painostettaisiin tekemään niin).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti antaa selkeitä ohjeita tai tekee sellaisia ehdotuksia, jotka puolisot ovat vapaita hyväksymään tai jättämään huomiotta. Esimerkiksi terapeutti sanoo: ”Teille voisi olla hyödyksi, jos kääntyisitte juristin puoleen perintöasiassanne.” Tai terapeutti voi ohjata puolisoita pohtimaan vaihtoehtoisia toimintamalleja ja tarkastelemaan kutakin vaihtoehtoa. Esimerkiksi terapeutti voi ottaa esiin mahdollisuuksia, jotka puolisot ovat jättäneet huomiotta ja ohjata heitä tutkimaan erilaisten toimintatapojen mahdollisia seurauksia.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti pidättäytyy neuvojen antamisesta. Sijoittaminen tähän ääripäähän tarkoittaa sitä, että terapeutti ei suostu neuvomaan, vaikka puolisot painostaisivat häntä siihen.

## **Osio 28. Puolisoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa esiintyy toisen arvostelua, puolustelua, halveksuntaa tai keskustelusta vetäytymistä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisoiden välisessä vuorovaikutuksessa tulee esiin jotakin seuraavista: Arvostelu eli toisen persoonallisuutta tai luonnetta kohtaan esitetyt kriittiset kommentit, joiden tarkoituksena tavallisesti on todistaa oma näkemys oikeaksi ja toisen vääräksi. Esimerkiksi sellaiset yleistyksiset, kuten ”aina sinä...”, ”sinä et koskaan...” ja ”sinä olet sellainen ihminen, joka...” kuuluvat tähän ryhmään. Puolustelu eli defensiivisyys tarkoittaa sitä, että puoliso kokee itsensä uhriksi ja koettaa torjua havaitsemansa itseensä kohdistuvat hyökkäykset. Esimerkiksi puoliso selittää käyttäytymistään ulkopuolisilla tekijöillä (”Viina se tekee minut vihaiseksi”) tai esittää vastasytöksen puolison kritiikkiin (”Niinhän sinäkin aina teet”) tai toistelee omaa näkemystään välittämättä puolison kannasta jne. Halveksunta tarkoittaa toisen persoonaan kohdistuvaa loukkaavaa käyttäytymistä, kuten nimittelyä, haukkumista, vihamielistä huumoria, pilkkaamista ym. Se voi tulla esiin myös ei-kielellisesti, esim. irvailevina eleinä tai muutoin ruumiinkielen kautta. Keskustelusta vetäytyminen on pyrkimys välttää konfliktia. Se voi näkyä vaikenemisena, ynähtelemisenä, puheenaiheen vaihtamisena tai fyysisenä poiskääntymisenä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa ei esiinny tällaisia piirteitä. Tähän ääripäähän arvioiminen tarkoittaa sitä, että puoliset antavat negatiivisen palautteen toisilleen ilman syytöksiä tai ottavat vastuun käyttäytymisestään, kun toinen antaa negatiivista palautetta tai ilmaisevat toisilleen arvostusta.

## **Osio 29. Molemmilla puolisoilla on tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos molemmilla puolisoilla näyttää olevan mahdollisuus ottaa esille heille tärkeitä keskustelunaiheita ja niistä keskustellaan yhdessä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos keskustelussa painottuvat vain toisen puolison ja/tai terapeutin näkökulmat siten, että toinen puoliso ei näytä saavan ääntään kuuluviin.

## **Osio 30. Terapeutti ja pariskunta etsivät yhdessä uusia, vähemmän ongelmallisia tapoja kuvata yksilöllisiä tilanteita ja ihmistenvälisiä suhteita.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti etsii yhdessä puolisoiden kanssa vaihtoehtoisia kuvauksia heidän ongelman kyllästämiselle tarinoilleen. Tämä voi näkyä esimerkiksi ongelman uudelleen nimeämisenä siten, että jonkin patologisoivan leiman tilalle etsitään positiivisempi ilmaus (”Jos unohdat termin ´persoonallisuushäiriö´, kuinka itse kuvaisit tätä ongelmaa?”). Tai terapeutti kysyy lisää ja laajentaa positiivisen lopputuloksen sisältävää kertomusta (”Kertokaa tarkemmin, mitä teitte, että saitte riitelyenne loppumaan noin lyhyeen”). Tai terapeutti etsii aktiivisesti poikkeuksia ongelmallisille tapahtumakuluille.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos tämänkaltainen työskentely ei ole istunnolle tyypillistä.

## **Osio 31. Terapeutti kysyy lisää tai pyytää tarkennusta.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti kysyy kysymyksiä, joilla hän pyrkii saamaan lisää tietoa, tai hän kannustaa puolisoita antamaan yksityiskohtaisemman kuvauksen käsiteltävästä asiasta. Esimerkiksi terapeutti kyselee puolisoiden henkilö- tai yhteisestä historiasta tai hän pyytää puolisoita kuvaamaan, mitä he tietyssä tilanteessa ajattelivat ja tunsivat.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei aktiivisesti pyri hankkimaan lisää tietoa.

### **Osio 32. Puolisot saavat uutta ymmärrystä tai oivalluksen.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos uusi näkökulma, asioiden välinen yhteys, asenne tai aiemmin torjuttu sisältö tulee esiin istunnon aikana. Tämä voi näkyä esimerkiksi siten, että terapeutin tekemän huomautuksen jälkeen puolisot muuttuvat mielteliääksi ja toinen heistä sanoo: ”Tuo on varmaankin totta. En ole tullut koskaan ajatelleeksi asiaa tuolta kannalta.”

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos istunnon aikana ei selvästikään tule esiin uusia oivalluksia tai uutta tietoisuutta.

### **Osio 33. Puolisot puhuvat keskinäisestä rakkaudestaan, halusta olla toista lähellä tai toisen tarvitsemisesta.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot puhuvat rakkaudestaan, läheisyyden kokemuksistaan tai halustaan olla lähellä toista. Esimerkiksi puolisot kuvailevat omista näkökulmistaan, mitkä asiat parisuhteessa lisäävät läheisyyden ja rakkauden kokemuksia.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisoiden keskinäinen rakkaus tai läheisyys ei ole keskustelun kohteena.

### **Osio 34. Puolisot syyttävät muita tai ulkoisia voimia vaikeuksistaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisoilla on taipumus ulkoistaa ongelmiaan eli he syyttävät muita ihmisiä tai olosuhteita vaikeuksistaan. Esimerkiksi puolisot ajattelevat, että heidän työssään kokemansa stressi aiheuttaa riitoja heidän välilleen.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisot hyväksyvät vastuunsa omista ongelmistaan. Esimerkiksi molemmat puolisot pohtivat omaa osuuttansa ristiriitatilanteessa.

### **Osio 35. Terapeutti etsii pariskunnan ongelmakuvauksille poikkeuksia, joita käytetään hyväksi ratkaisujen löytämiseksi.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti kiinnittää huomionsa sellaisiin puolisoiden käyttäytymisen piirteisiin, havaintoihin, ajatuksiin tai tunteisiin, jotka ovat ristiriidassa heidän ongelmalliseksi kokemiansa asioiden kanssa, ja pyrkii laajentamaan niiden vaikutusta ratkaisujen löytymiseksi. Esimerkiksi terapeutti tutkii yksityiskohtaisesti, millä tavalla suhteensa etäiseksi kokevat puolisot onnistuivat järjestämään molempia tyydyttävää yhteistä tekemistä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei etsi poikkeuksia pariskunnan ongelmakuvauksille.

### **Osio 36. Puolisot ymmärtävät ja hyväksyvät toistensa tavoitteet terapialle.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot osoittavat ymmärrystä toistensa henkilökohtaisille tavoitteille terapiassa ja ottavat ne huomioon omassa toiminnassaan. Tämä voi näkyä esimerkiksi toisen tekemiin keskustelunavauksiin yhtymisenä, toisen ilmaisemien odotusten validoimisena tai tilan antamisena siten, että toinen voi rauhassa tuoda esiin itselleen tärkeitä asioita.



Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puoliset eivät näytä ymmärtävän tai hyväksyvän toisensa terapiaan kohdistamia odotuksia. Tämä voi tulla esiin esimerkiksi suorina sanallisina ilmaisuina tai näyttäytyä epäsuorasti puolisoitten toiminnassa, esimerkiksi puheenaiheen vaihtamisena jne.

### **Osio 37. Terapian ulkopuolisten tapahtumien vaikutusta pariskunnan elämään tarkastellaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos istunnossa keskustellaan pariskunnan elämään vaikuttavista tekijöistä ja tapahtumista terapiatilanteen ulkopuolella.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos istunnossa keskitytään juuri tapahtuvaan vuorovaikutukseen.

### **Osio 38. Terapeutti antaa puolisoille tehtäviä istuntojen välillä suoritettavaksi.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos istunnossa keskustellaan tehtävistä, joita terapeutti pyytää tai on pyytänyt puolisoita tekemään istuntojen välillä. Nämä voivat liittyä esimerkiksi keskinäiseen vuorovaikutukseen, kommunikaatioon, tunteiden ilmaisuun, läheisyyteen, arkipäiväisten tehtävien tekemiseen tai ongelmanratkaisuun. Esimerkiksi terapeutti antaa puolisoille kommunikaatioharjoituksen, jota hän pyytää puolisoitten tekemään päivittäin.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei anna puolisoille tällaisia tehtäviä.

### **Osio 39. Terapeutti tekee paradoksaalisia interventioita.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti toimii tarkoituksellisesti tavoilla, jotka pariskunnan näkökulmasta todennäköisesti vaikuttavat yllättäviltä tai järjenvastaisilta. Tämä voi näkyä esimerkiksi ongelmaksi koetun käyttäytymisen uudelleenmäärittelyä ("Suuttuminen on merkki välittämisestä"), pari- tai koko perhesysteemiä koskevana kuvailuna, jossa ongelma- tai oirekäyttäytyminen määritellään systeemin kannalta välttämättömäksi tai terapeutin pyrkimyksenä hillitä (suotuisaa) muutosta. Tällainen terapeutin toiminta voi liittyä esimerkiksi pyrkimykseen päästä eteenpäin jumiutuneessa tilanteessa tai esimerkiksi tilanteeseen, jossa terapeutti joutuu tekemisiin pariskunnan vastustuksen kanssa ja koettaa välttää joutumasta heidän kanssaan valtataisteluun.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutin interventiot eivät ole paradoksaalisia, vaan suoria ja perustuvat sujuvaan yhteistyöhön pariskunnan kanssa.

### **Osio 40. Puolisoitten välisestä suhteesta välittyy keskinäinen kunnioitus, kiintymys ja empatia.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset suhtautuvat toisiinsa myötätuntoisesti ja heidän tavastaan olla yhdessä syntyy vaikutelma, että he pitävät toisistaan ja arvostavat toisiaan.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puoliset suhtautuvat toisiinsa kylmäkiskoisesti tai välinpitämättömästi.

### **Osio 41. Kiintymyssuhteiden, perhetaustojen tai sukuhistorian vaikutusta pariskunnan elämään tutkitaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisoitten varhaisten kiintymyssuhteiden ja muiden perhetaustaan liittyvien ihmissuhteiden merkitystä pohditaan parisuhteen kannalta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos varhaisempien ihmissuhteiden merkitystä parisuhteen kannalta ei käsitellä istunnossa.

#### **Osio 42. Puolisot torjuvat (vs. hyväksyvät) terapeutin kommentit ja havainnot.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos istunnolle on tyypillistä, että puolisot ovat eri mieltä terapeutin kanssa tai jättävät huomiotta terapeutin ehdotukset, havainnot tai tulkinnat. Esimerkiksi kun terapeutti kertoo tekemistään johtopäätöksistä, puolisot osoittavat, että ne eivät heidän mielestään osuneet ihan kohdalleen.

Arvioiminen *ei-tunnusomaiseksi* tarkoittaa, että puolisoilla on taipumus hyväksyä terapeutin tekemät huomautukset.

#### **Osio 43. Terapeutti identifioi ja tutkii puolisojen ajatuksia ja uskomuksia, jotka liittyvät heidän ongelmiinsa.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti tutkii puolisojen yksilöllisiä kuvauksia ongelmien historiasta, vaikutuksesta heidän ja mahdollisten muiden läheisten ihmisten elämään tai muista ongelmiin liittyvistä yksilöllisistä merkityksistä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei kiinnitä huomiota puolisojen ongelmia koskeviin yksilöllisiin ajatuksiin, uskomuksiin tai merkityksiin.

#### **Osio 44. Puolisot ovat varuillaan tai epäluuloisia (vs. ovat luottavaisia ja kokevat olonsa turvalliseksi).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot ovat varautuneita, epäileviä tai epäluuloisia terapeuttia kohtaan. Esimerkiksi he pohtivat, mahtaako terapeutti todella olla kiinnostunut heidän asioistaan tai sisältyykö terapeutin huomautuksiin kätkeytyjä merkityksiä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisot vaikuttavat luottavaisilta.

#### **Osio 45. Muiden perheenjäsenten tai pariskunnalle muuten läheisten ihmisten tilanne huomioidaan keskustelussa.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos keskustelussa otetaan huomioon myös muita pariskunnan elinpiiriin kuuluvia tärkeitä henkilöitä. Esimerkiksi jos pariskunnalla on lapsia, käydään keskustelua vanhemmuuteen ja lasten kasvatukseen liittyvistä kysymyksistä tai pohditaan vanhempien ongelmien vaikutusta lapsiin.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos keskustelussa ei huomioida muiden läheisten ihmisten tilannetta.

#### **Osio 46. Terapeutti kommunikoi pariskunnan kanssa selkeällä, koherentilla tyylillä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutin käyttämä kieli on yksiselitteistä, suoraa ja helposti ymmärrettävää. Arvioi erittäin *tunnusomaiseksi*, jos terapeutin kielellinen tyyli on elävää ja raikasta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutin käyttämä kieli on hämärää, liian abstraktia, muodollista tai sisältää paljon ammattislangia.

**Osio 47. Kun vuorovaikutus on vaikeaa, terapeutti mukauttaa toimintaansa suhteen parantamiseksi.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti vaikuttaa halukkaalta ja valmiilta tekemään kompromisseja ja korjaamaan toimintaansa erimielisyyttä herättävissä tilanteissa, kun terapeutin ja puolisoiden suhde ajautuu konfliktiin tai kun yhteistyösuhteen laatu muulla tavoin heikkenee. Esimerkiksi terapeutti pyrkii rauhoittamaan kiihtynyttä puolisoa tai terapeutti tutkii, mistä syntyneessä konfliktissa on kyse ja huomioi saamansa palautteen toiminnassaan.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei säädi toimintaansa, vaikka vuorovaikutus muuttuu vaikeaksi.

**Osio 48. Terapeutti käyttää ulkoistamista ongelman käsittelyssä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti muotoilee pariskunnan kokeman ongelman siten, että sitä ja sen vaikutuksia voidaan tarkastella erillisenä puolisoiden persoonasta tai heidän keskinäisestä suhteestaan. Esimerkiksi terapeutti voi määritellä mustasukkaisuuden synkäksi voimaksi, joka häiritsee pariskunnan yhteiseloä, minkä jälkeen hän tarkastelee sen vaikutuksia pariskunnan elämään ja pohtii heidän kanssaan keinoja vastustaa sitä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei käytä ulkoistamista pariskunnan ongelmien käsittelyssä.

**Osio 49. Puolisot kokevat ambivalentteja tai ristiriitaisia tunteita terapeuttia kohtaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot ilmaisevat sekavia tunteita terapeuttia kohtaan tai jos se, mitä puolisot terapeutista puhuvat, on ristiriidassa heidän muun käyttäytymisensä kanssa, tai jos näyttää tapahtuvan tunteiden siirroksia. Esimerkiksi toinen puolisoista hyväksyy iloisesti terapeutin ehdotuksen, mutta ilmaisee heti perään vihamielisyyttä sellaisia ihmisiä kohtaan, jotka pyrkivät neuvomaan häntä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisoiden ambivalenssin ilmauksia terapeuttia kohtaan esiintyy vähän.

**Osio 50. Terapeutti kiinnittää huomionsa puolisoiden välisiin haitallisiin vuorovaikutuskuvioihin.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ottaa puheeksi jonkin negatiivisen vuorovaikutuskuvion, joka syntyy puolisoiden välille terapiaistunnon aikana. Esimerkiksi terapeutti voi ehdottaa, että he yhdessä tutkisivat puolisoiden välille virinnyttä syyttelyn kehää. Tai terapeutti voi pukea sanoiksi havaintonsa, että nainen muuttui epävarman oloiseksi sanomisissaan, kun mies alkoi korottaa ääntään. Tai terapeutti keskeyttää kovaäänisen riitelyn ja pyrkii tutkimaan pariskunnan kanssa tapahtunutta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei kiinnitä huomiota pariskunnan negatiiviseen vuorovaikutukseen, vaikka sitä esiintyisi terapiaistunnon aikana.

Arvioi *neutraaliksi*, jos puolisoiden välillä ei esiinny negatiivista vuorovaikutusta istunnon aikana.

**Osio 51. Puolisoiden kanssa etsitään keinoja, joilla he voivat rauhoittaa itsensä riitatilanteissa, joissa tunteet kuohuvat yli.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisoita autetaan säätelemään tunteitaan tai ottamaan niihin etäisyyttä tilanteissa, joissa vaikeat tunteet, kuten häpeä, pelko, avuttomuus tai raivo, uhkaavat käydä sietämättömiksi. Terapeutti voi käyttää tässä tarkoituksessa esimerkiksi erilaisia tietoisuustaitoihin (mindfulness) tai hengitystekniikkaan liittyviä harjoituksia. Tai terapeutti voi auttaa puolisoita nimeämään näitä tunteita, kuvailemaan niihin liittyviä ruumiillisia tuntemuksia, selkiinnyttämään tapahtumia, jotka virittivät tunteen jne.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos itsensä rauhoittamiseen tai tunteiden säätelyyn liittyviä keinoja ei käsitellä istunnon aikana.

**Osio 52. Pariskunta luottaa, että terapeutti pystyy ratkaisemaan heidän ongelmiaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos pariskunnan tapa esittää ongelmansa terapeutille vaikuttaa sisältävän toiveen tai odotuksen, että terapeutti tarjoaisi suoria ehdotuksia tai neuvoja, jotka johtaisivat ratkaisuun. Esimerkiksi pariskunta kysyy terapeutilta, pitäisikö heidän muuttaa erilleen vai jatkaa yhdessä asumista. Huomaa, että ratkaisun pyytämisen ei tarvitse olla selkeästi esitetty, vaan se voi kätkeytyä tapaan, jolla pariskunta keskustelelee ongelmasta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos pariskunta ei selkeästi ilmaisten eikä kätkeytyä oletta terapeutin ratkaisevan heidän ongelmiaan.

**Osio 53. Terapeutti pitää toivoa yllä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutin toteamuksista tai asennoitumisesta välittyy usko siihen, että asiat voivat muuttua paremmiksi. Esimerkiksi terapeutti muistuttaa, että pariskunta on selvinnyt vastaavista hankaluuksista aiemminkin. Tai terapeutti tuo esiin jo saavutettuja tavoitteita, jotka uhkaavat unohtua vaikeana hetkenä. Tai terapeutti kertoo tutkimustuloksiin tai omiin kokemuksiinsa tms. nojaten esimerkkejä vastaavista hankalista tilanteista, joista ihmiset ovat selvinneet.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutin asennoitumista ei välity toivo asioiden korjautumiselle. Arvioi *erittäin ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti tuo esiin pessimismisiä ja epäuskoa puolisoitten kykyyn selvitä vaikeuksistaan.

Huom.! Terapeutti voi tuoda esiin adekvaatteja huolia pariskunnan tai jommankumman puolison tilanteesta ja välittää siitä huolimatta toiveikkautta positiiviselle muutokselle.

**Osio 54. Puolisoiden itseilmaisu on selkeää ja jäsentynyttä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisoitten tapa ilmaista itseään on helposti ymmärrettävää ja suhteellisen selkeää ja sujuvaa.

Arvioiminen *ei-tunnusomaiseen* päähän viittaa jaaritteluun, toistuvaan syrjähtelyyn tai epäselvyyteen. Tämä voi näkyä siten, että arvioitsijan on paikoitellen vaikea seurata asioiden välisiä yhteyksiä puolisoitten puheissa.

### **Osio 55. Pariskunta ilmaisee terapiaan kohdistuvia positiivisia odotuksia.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset ilmaisevat toiveita tai odotuksia, että terapiasta voisi olla heille apua. Tähän ääripäähän arvioiminen viittaa siihen, että puoliset ilmaisevat epärealistisen positiivisia odotuksia. Toisin sanoen pariskunta odottaa, että terapia ratkaisisi kaikki heidän ongelmansa ja suojaisi heitä tulevaisuuden vaikeuksilta. Esimerkiksi puoliset voivat esittää toiveen, että terapia tuottaisi nopeita tuloksia.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos pariskunta esittää kritiikkiä terapiaa kohtaan. Esimerkiksi toinen puolisoista tuo esiin pettymyksen tunnettaan, että terapia ei ole tehokkaampaa tai palkitsevampaa. Arvioiminen tähän ääripäähän viittaa siihen, että pariskunta tuo julki epäilyä, pessimismii tai pettymystä siihen, mitä terapiassa on mahdollista saavuttaa.

### **Osio 56. Keskustellaan niistä tekijöistä, jotka ovat auttaneet pariskuntaa terapiassa tai sen ulkopuolella.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos käydään keskustelua niistä tekijöistä, jotka ovat terapiassa olleet pariskunnan kannalta hyödyllisiä tai niistä, jotka ovat terapian ulkopuolella auttaneet jonkin ongelman tai vaikeuden kanssa.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos näistä tekijöistä ei keskustella istunnossa.

### **Osio 57. Terapeutti selittää, mihin hänen käyttämänsä tekniikka tai hoitomenetelmä, perustuu.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti selittää jotakin terapiaan liittyvää tekijää pariskunnalle tai esittää heille kysymyksiä hoitoprosessista. Esimerkiksi terapeutti voi vastata hänelle esitettyyn suoraan kysymykseen tai toiveeseen, että hän katsoo parhaimmaksi olla vastaamatta välittömästi, koska näin tarjoutuu parempi mahdollisuus tutkia kysymykseen liittyviä ajatuksia tai tunteita. Tämä osio on tarkoitettu tavoittamaan myös terapeutin pariskunnalle tekemät ehdotukset tai ohjeistukset, jotka liittyvät tiettyihin terapiatekniikkoihin. Esimerkiksi terapeutti ehdottaa, että puoliset yrittäisivät keskittää huomionsa tunteisiinsa tai että puoliset sulkisivat silmänsä ja yrittäisivät kuvitella tapahtuman mielessään.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti pyrkii vain vähän tai ei pyri lainkaan selittämään käyttämänsä hoitomenetelmän perusteita, vaikka siihen olisi painetta tai siitä saattaisi olla jopa hyötyä.

### **Osio 58. Pariskunta vastustaa ongelmaan tai keskinäiseen erimielisyyteen liittyvien ajatusten, reaktiotapojen tai motiivien tarkastelua.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset ovat haluttomia tarkastelemaan omaa rooliaan ongelman elossapysymisessä. Esimerkiksi tietyn teeman tullessa esiin puoliset jättävät sen huomiotta, välttelevät, lukkiutuvat tai vaihtavat välittömästi puheenaihetta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puoliset aktiivisesti tarkastelevat sisältöjä, jotka voivat olla emotionaalisesti kuormittavia tai järkyttäviä.

**Osio 59. Puolisot kokevat itsensä riittämättömiksi ja vähäpätöisiksi (vs. tehokkaiksi ja erinomaisiksi).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot ilmaisevat riittämättömyyden, alemmuuden tai tehottomuuden tunteita. Esimerkiksi toinen puolisoista väittää, että mikään, mitä hän yrittää, ei onnistu, niin kuin hän toivoisi.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisot ilmaisevat tehokkuuden tai ylivoimaisuuden kokemusta tai jopa voitonriemua. Esimerkiksi puolisot luettelevat henkilökohtaisia tai yhteisiä saavutuksiaan tai kiinnittävät huomion henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa tai taitoihinsa.

**Osio 60. Pariskunta kokee voimakasta tunnekokemusta seuraavan helpotuksen (katharsiksen).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos pariskunta kokee helpotusta purettuaan torjuttuja tai tukahdutettuja tunteitaan. Esimerkiksi puolisot itkevät kertoessaan kohtaamastaan menetyksestä, minkä jälkeen he kertovat terapeutille, että heistä tuntuu paremmalta, koska he saivat ilmaista tunteitaan.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos voimakasta tunnekokemusta ei seuraa rentoutumisen tai helpottumisen tunne.

Arvioi *neutraaliksi*, jos katartinen kokemus ei ole istunnon kannalta olennainen.

**Osio 61: Puolisot ovat epävarmoja tai vaivaantuneita**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot vaikuttavat istunnon aikana ujoilta, nolostuneilta, epävarmoilta tai - äärimmillään - nujerretuilta tai häväistyiltä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisot vaikuttavat itsevarmoilta.

**Osio 62. Terapeutti identifioi toistuvan teeman puolisoitten kokemuksissa tai käyttäytymisessä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti esittää toteamuksen toistuvasta kaavasta pariskunnan käyttäytymisessä tai heidän kuvaamisissaan kokemuksissa. Esimerkiksi terapeutti huomauttaa, että mies näyttää muuttuvan ärtyisäksi puolisoaan kohtaan tilanteissa, joissa hän itse asiassa kaipaisi tämän tukea.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei identifioi tuollaista teemaa tai toistuvaa toimintamallia.

**Osio 63. Puolisot käsittelevät ristiriitojaan lempeästi ja myönteisesti.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot käsittelevät keskinäisiä ristiriitojaan hyvässä hengessä ja toistensa näkökulmat huomioiden.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos ristiriitojen käsittely saa puolisot riitelemään keskenään, aiheuttaa keskinäistä syytelyä, suuttumista jne.

Arvioi *neutraaliksi*, jos ristiriitojen käsittely ei ole istunnossa olennainen teema.

#### **Osio 64. Terapeutti ja pariskunta työskentelevät yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset ja terapeutti näyttävät olevan yhtä mieltä terapian päämääristä ja tämä yhteisymmärrys välittyy heidän keskinäisessä vuorovaikutuksessaan. Tämä voi näkyä esimerkiksi avoimena keskusteluna istunnon tai koko terapiaprosessin päämääristä, yhteistuumin asetettuina tavoitteina, tavoitteiden uudelleen arviointina tai muulla tavoin syntyvänä vaikutelmana, että työskentelyn päämäärä on yhteisesti jaettu.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutin ja pariskunnan tavoitteet eivät näytä kohtaavan tapaamisen aikana.

#### **Osio 65. Terapeutti selventää, ilmaisee toisin tai muotoilee uudelleen puolisoiden kommunikaatiota.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ilmaisee toisin tai muotoilee uudelleen puolisoiden tunteita, heidän repliikkejään tai ajatuksiaan. Esimerkiksi terapeutti huomauttaa: ”Tunnutte olevanne huolissanne siitä, onko terapiasta teille hyötyä”.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti harrastaa vain vähän tämänkaltaista selkeyttävää toimintaa istunnon aikana.

#### **Osio 66. Terapeutti on avoimen rauhoitteleva.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti pyrkii suoraan lievittämään puolisoiden ahdistusta ja pitää yllä toivoa, että asiat menevät parempaan suuntaan. Esimerkiksi terapeutti sanoo pariskunnalle, että ei ole syytä olla huolissaan – hän on varma, että ongelma voidaan ratkaista.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti vaikuttaa pidättäytyvän tarjoamasta tämänkaltaista suoraa rauhoittelua, vaikka siihen olisi painetta.

#### **Osio 67. Terapeutin ja pariskunnan välillä on luottamusta, lämpöä ja välittämistä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos pariskunnan tuntuu olevan helppo luottaa terapeuttiin ja heidän keskinäisessä suhteessaan on aitoa lämpöä ja välittämistä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos yhteisestä työskentelystä tuntuu puuttuvan luottamusta tai terapeutin ja pariskunnan keskinäinen suhde vaikuttaa etäiseltä, muodolliselta tai jollakin lailla negatiivisesti latautuneelta.

#### **Osio 68. Puolisot korjaavat kommunikaatiotaan, jos keskinäinen vuorovaikutus käy vaikeaksi.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset tekevät korjausliikkeitä, kun heidän keskinäinen vuorovaikutuksensa uhkaa tulla säröjä. Tämä voi näkyä esimerkiksi äänensävyyn pehmentämisenä, anteeksipyyntönä, itsehävainnointia osoittavan toteamuksen esittämisenä (”Taisin sanoa turhan jyrkästi äsken”, ”En haluaisi olla vihainen, mutta olen silti”) tai jonain muuna viestinä, joka viittaa pyrkimykseen rakentaa sopua.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puoliset eivät pyri korjaamaan kommunikaatiotaan vaikeissa tilanteissa. Arvioi *erittäin ei-tunnusomaiseksi*, jos vaikeat vuorovaikutustilanteet eskaloituvat ja puoliset näyttävät pikemminkin heittävän bensaa liekkeihin.

### **Osio 69. Terapeutti pukee sanoiksi hypoteesinsa eli terapiatyöskentelyään ohjaavan käsityksensä pariskunnan tilanteesta.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti tuo esiin käsityksensä siitä, kuinka pariskunnan esittämät ongelmat nivoutuvat heidän keskinäiseen suhteeseensa, perhesysteemiinsä tai johonkin laajempaan systeemiin. Esimerkiksi terapeutti voi kertoa havainnoistaan, kuinka miehen masennusoireilu elää perheen vuorovaikutussuhteissa ja mikä merkitys sillä koko perheen kannalta voisi olla. Tai terapeutti tuo esiin käsityksensä siitä, kuinka puolisoitten omat varhaiset kiintymyssuhteet näyttävät heidän parisuhteessaan.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei tuo selkeästi esille käsitystään pariskunnan tilanteesta.

### **Osio 70. Puolisot kamppailevat kontrolloidakseen tunteitaan tai impulssejaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset yrittävät hallita tai kontrolloida voimakkaita tunteita tai impulsseja. Esimerkiksi toinen puolisoista taistelee pidätelläkseen kyyneleitä, vaikka häntä selvästikin itkettää.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puoliset eivät vaikuta pyrkivän kontrolloimaan, pitämään kurissa tai lieventämään tunteita, joita he parhaillaan kokevat, tai vaihtoehtoisesti heillä ei näytä olevan vaikeuksia saavuttaa tunnekontrollia.

### **Osio 71. Puolisoilla on itsesyytöksiä; ilmaisevat häpeää tai syyllisyyttä.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset ilmaisevat itsesyytöksiä, häpeää tai syyllisyyttä. Esimerkiksi vaimo sanoo, että jos hän olisi kiinnittänyt enemmän huomiota miehensä alakuloisuuteen, tämä ei olisi ehkä yrittänyt itsemurhaa.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos itsesyytökset, häpeäntunne tai huono omatunto eivät heijastu puolisoitten puheissa.

### **Osio 72. Puolisot ymmärtävät terapian luonteen ja sen, mitä siitä on odotettavissa.**

Kuinka *tunnusomaiseksi* tämä osio arvioidaan, riippuu siitä, missä määrin puoliset vaikuttavat ymmärtävän toisaalta sen, mitä heiltä odotetaan ja toisaalta sen, mitä terapiassa tulee tapahtumaan.

Arvioiminen *ei-tunnusomaiseksi* viittaa siihen, että puoliset ovat epävarmoja tai hämmentyneitä tai ovat ymmärtäneet väärin oman roolinsa terapiassa ja sen, mitä heiltä tilanteessa odotetaan.

### **Osio 73. Puolisot ovat sitoutuneet terapiatyöskentelyyn.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset vaikuttavat sitoutuneilta terapiatyöskentelyyn. Tämä voi näkyä heidän valmiutenaan tehdä rahaan, aikaan ja mukavuudenhaluun liittyviä uhrauksia, jotta työskentely voisi jatkua. Tähän voi myös kuulua pariskunnan vilpitön toive saada aikaan muutosta ongelmallisiksi koettuihin vuorovaikutuskuvioihin, vaikka niiden käsitteleminen aiheuttaisikin psyykkistä kuormittumista. Esimerkiksi puoliset ovat niin motivoituneet aloittamaan terapian, että



ovat valmiita muokkaamaan työaikojaan tai tinkimään harrastuksistaan, jotta terapiatapaamiset toteutuisivat.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puoliset vaikuttavat ambivalenteilta terapian suhteen tai ovat haluttomia sietämään terapiaan mahdollisesti sisältyvää emotionaalista kuormaa. Tämä voi tulla esiin valituksina terapian kustannuksista tai aikatauluongelmista tai epäilyksinä terapian tehokkuudesta tai epävarmuutena omasta muutoshalukkuudesta.

#### **Osio 74. Huumoria on mukana keskustelussa.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti tai puoliset ilmaisevat huumoria istunnon aikana. Tämä voi tulla esiin monin tavoin. Huumori voi toimia defenssinä tai coping-keinona. Terapeutti tai puoliset voivat myös käyttää vitsikkyyttä tai ironiaa hyväkseen tuodakseen esiin jonkin oleellisen asian tai parantaakseen keskinäistä yhteistyösuhdettaan. Esimerkiksi puoliset esittävät jonkin todellisen ongelmansa humoristisessa valossa.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos vuorovaikutus vaikuttaa vakavalta, karulta tai synkältä.

#### **Osio 75: Hoidon keskeytyksistä tai tauoista tai terapian päättämisestä keskustellaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos hoidon keskeytyksistä tai tauoista (esimerkiksi loman tai sairauden takia) tai terapian päättämisestä keskustellaan. Tähän luetaan kaikki viittaukset hoidon keskeyttämiseen tai päättämiseen eli kyseessä voi olla toive, pelko tai uhka.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos keskustelua terapian keskeyttämisestä tai päättämisestä tunnutaan välttelevän. Esimerkiksi tulevasta kesälomasta aiheutuva pitkähkö tauko mainitaan ohimennen, mutta kukaan osallistujista ei tartu aiheeseen.

Arvioi *neutraaliksi*, jos viittauksia terapian keskeyttämiseen tai päättämiseen ei tehdä.

#### **Osio 76. Puolisoiden välillä esiintyy valtataistelua.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset näyttävät käyvän kamppailua siitä, kumpi saa päättää asioita tai kumpi saa määritellä, kuinka asiat todellisuudessa ovat. Tämä voi näkyä esimerkiksi molempien pyrkimyksenä sanoa viimeinen sana tai yrityksinä saada toinen tanssimaan oman pillin mukaan tai pyrkimyksinä saada toinen vakuutetuksi.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisoitten välillä ei esiinny valtataistelua, vaan puoliset pystyvät kuulemaan toisen erilaisiakin näkemyksiä ilman pyrkimystä muuttaa toisen kantaa.

#### **Osio 77. Terapeutti on tahditon.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti näyttää muotoilevan kommenttinsa siten, että ne pariskunnan kannalta katsottuna ovat todennäköisesti loukkaavia tai alentuvia. Tämän tahdikkuuden tai sensitiivisyyden puutteen takana ei välttämättä ole terapeutin kiukku ja ärtymys, vaan pikemminkin se on tulosta taidon puutteesta, epäselkeydestä tai kielellisestä kömpelyydestä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutin kommentit heijastelevat ystävällisyyttä, harkintaa ja huolellisuutta.

### **Osio 78. Pariskunta etsii terapeutin hyväksyntää, kiintymystä tai sympatiaa.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puoliset käyttäytyvät tavalla, jolla he näyttävät pyrkivän saamaan terapeutin pitämään itsestään tai saamaan huomiota tai palauttamaan tämän luottamuksen itseensä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puoliset eivät käyttäydy tällä tavalla.

### **Osio 79. Terapeutti kommentoi muutoksia puolisoitten mielialassa tai tunteissa.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti kiinnittää huomionsa muutoksiin puolisoitten mielialassa tai kokemuksen laadussa. Esimerkiksi terapeutti huomauttaa, että keskustelun seurauksena miehen kokemus, että puoliso ei välitä hänestä, vaihtui haavoittuvuuden tunteeseen, jonka tavoitettuaan mies kykeni puhumaan syytelemättä suhteeseen liittyvistä toiveistaan.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei juuri kommentoi muutoksia puolisoitten mielentiloissa istunnon aikana.

### **Osio 80. Terapeutti esittää kokemuksen tai tapahtuman toisesta näkökulmasta.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti muotoilee uudelleen sen, mitä puoliset ovat kuvanneet siten, että he voivat nähdä tilanteen eri tavalla ("reframing" tai "kognitiivinen uudelleenstrukturoida"). Uusi (ja tavallisesti positiivisempi) merkitys annetaan samalle sisällölle. Esimerkiksi kun toinen puolisoista toruu itseään siitä, että aloitti inhottavan riidan, terapeutti sanoo: "Ehkäpä tämä on sinun tapasi ilmaista, mitä juuri sinä tarvitset suhteessanne". Tämän osion arvioinnissa se tapahtuma tai kokemus, joka on muotoiltu uudelleen, pitää pystyä identifioimaan.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos tämä ei ole merkityksellinen osa terapeutin toimintaa tässä istunnossa.

### **Osio 81. Terapeutti auttaa puolisoita ilmaisemaan toisilleen kiintymykseen ja läheisyyteen liittyviä aitoja tunteita tai keskinäistä arvostusta.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti esimerkiksi etsii puolisoitten negatiivisten vuorovaikutusilmiöiden taustalla olevia tunteita, auttaa puolisoita tunnistamaan niitä ja ilmaisemaan niitä toisilleen. Esimerkiksi toinen puolisoista huomaa negatiivisten tunneilmaisujensa liittyvän pelkoon hylätyksi tulemisesta ja terapeutin avustamana hän pystyy ilmaisemaan pelkonsa puolisolleen.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei aktiivisesti työskentele tällä tavoin.

### **Osio 82. Terapeutti muotoilee uudelleen puolisoitten istunnonaikaista käyttäytymistä nostamalla esiin seikkoja, joihin ei aikaisemmin ole selkeästi kiinnitetty huomiota.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti tekee toistuvia tai muutamia selkeästi havaittavia huomautuksia puolisoitten käyttäytymisestä istunnon aikana siten, että käyttäytyminen näyttää uudessa valossa. Esimerkiksi terapeutti ehdottaa, että pariskunnan myöhästymisellä saattaa olla jokin merkitys. Tai terapeutti huomauttaa, että aina, kun toinen puolisoista ryhtyy puhumaan tunnepitoisista asioista, toinen vaihtaa nopeasti puheenaihetta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei pyri muotoilemaan uudelleen puolisoiden istunnonaikaista käyttäytymistä.

### **Osio 83. Puolisot ovat vaativia terapeuttia kohtaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos pariskunta esittää terapeutille enemmän kuin ”tavanomaisen” määrän vaatimuksia tai pyyntöjä tai he painostavat terapeuttia vastaamaan pyyntöihinsä. Esimerkiksi puolisot pyytävät tapaamisia terapeutin normaalin työajan ulkopuolella tai he vaativat lääkitystä tai pyytävät terapeutilta enemmän struktuuria tai aktiivisuutta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos puolisot ovat haluttomia tai epävarmoja esittämään tavallisiakaan tai aiheellisia pyyntöjä terapeutille. Esimerkiksi pariskunta ei onnistu pyytämään ajan vaihtamista, vaikka terapia menee päällekkäin jonkin hyvin tärkeän tapahtuman kanssa.

### **Osio 84. Puolisot ilmaisevat vihaisuuden tai aggression tunteita toisilleen.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot ilmaisevat toisilleen suuttumusta, kiukkua, katkeruutta, vihaa tai aggressiota (Tähän eivät kuulu tällaiset terapeuttiin kohdistuvat tunteet; katso Osio 1).

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos tällaisten tunteiden ilmaisua ei esiinny tai puolisot ilmaisevat pitämisen tai rakkauden tunteita.

### **Osio 85. Terapeutti rohkaisee puolisoita kokeilemaan uusia tapoja toimia toistensa tai muiden ihmisten kanssa.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ehdottaa vaihtoehtoisia tapoja olla tekemisissä toinen toisensa tai muiden ihmisten kanssa. Esimerkiksi terapeutti kysyy toiselta puolisoilta, mitä tämä arvelisi tapahtuvan, jos tämä kertoisi avoimemmin miehelleen, mitä hän oikeasti suhteelta toivoo. Ääripäähän sijoittaminen viittaa siihen, että terapeutti aktiivisesti valmentaa pariskuntaa, kuinka toimia keskenään uudella tavalla tai harjoituttaa uusia toimintatapoja.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei tee ehdotuksia siitä, kuinka pariskunta voisi toimia uudella tavalla joko keskenään tai toisten ihmisten kanssa.

### **Osio 86. Terapeutti on luotettava ja itsevarma (vs. epävarma ja defensiivinen).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti vaikuttaa luotettavalta, varmalta ja ei-defensiiviseltä.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti vaikuttaa epävarmalta, vaivaantuneelta tai neuvottomalta.

### **Osio 87. Pariskunta kontrolloi istunnon kulkua.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos pariskunta toiminnallaan hallitsee tai säätelee istunnon kulkua. Esimerkiksi toinen puolisoista dominoi vuorovaikutusta pakonomaisella puhumisella tai keskeyttää terapeutin toistuvasti.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos pariskunta ei kontrolloi vuorovaikutusta, vaan toimii pikemminkin yhteistyössä terapeutin kanssa.

### **Osio 88. Puolisot ottavat esiin merkittäviä asioita.**

Arvioiminen *tunnusomaiseksi* viittaa siihen, että arvioitsijan mielestä se, mitä puolisot istunnon aikana ottavat esiin ja mistä he puhuvat, liittyy olennaisesti heidän todellisiin ongelmiinsa tai huolenaiheisiinsa.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos keskustelu vaikuttaa ”jutustelulta” eli ei näytä olevan yhteydessä keskeisiin huolenaiheisiin tai on siirtynyt niistä pois.

### **Osio 89. Terapeutti kerää tietoja pariskunnan elämän keskeisistä teemoista, arvoista ja merkittävistä elämäntapahtumista.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti kerää näitä tietoja ja keskustelee pariskunnan kanssa niistä istunnon aikana.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei esitä kysymyksiä pariskunnan elämän keskeisistä teemoista, arvoista tai elämäntapahtumista.

### **Osio 90. Terapeutti pyytää palautetta terapiasuhteesta.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti pyytää istunnon aikana pariskunnalta palautetta terapiasuhteesta. Esimerkiksi terapeutti osoittaa kiinnostusta siihen, kuinka pariskunta on kokenut yhteisen työskentelyn, mikä heitä terapiassa on auttanut jne. Palautteen kysyminen voi tapahtua suullisesti tai erilaisia kyselylomakkeita käyttäen. Arvioi *erittäin tunnusomaiseksi*, jos terapeutti rutiininomaisen kysymisen sijasta, näyttää paneutuvan teemaan huolellisesti.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei pyydä pariskunnalta palautetta terapiasuhteesta.

### **Osio 91. Terapeutti kiinnittää huomiota tiedostamattomiin psyykkisiin ilmiöihin.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti kiinnittää huomiota puolisoiden uniin tai fantasioihin tai tunteisiin, ajatuksiin ja impulsseihin, jotka eivät ehkä ole täysin tietoisia. Tämä voi tulla esiin esimerkiksi terapeutin pyrkimyksenä tehdä tulkintoja, joiden tavoitteena on aiemmin tiedostamattoman aineksen saaminen tietoiseksi.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti keskittyy materiaaliin, joka vaikuttaa olevan selkeästi puolisoiden tietoisuudessa.

### **Osio 92. Puolisoiden tunteita tai käsityksiä yhdistetään menneisyyden tapahtumiin.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisoiden nykyhetken tunnekokemuksia tai käsityksiä esimerkiksi heidän parisuhteestaan selkeästi yhdistetään heidän tunnekokemuksiinsa tai havaintoihinsa menneisyydessä. Esimerkiksi terapeutti huomauttaa (tai pariskunta tajuaa), että toisen puolison parisuhteessa kokema hylätyksi tulemisen pelko juontaa juurensa lapsuudessa tapahtuneeseen vanhemman menetykseen.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos nykyisistä ja menneisyyden kokemuksista keskustellaan, mutta niitä ei selkeästi yhdistetä toisiinsa.

Arvioi *neutraaliin* kategoriaan, jos näistä aiheista keskustellaan hyvin vähän tai ei lainkaan.

### **Osio 93. Terapeutti on neutraali.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti pidättäytyy omien mielipiteidensä tai näkemystensä esittämisestä niistä asioista, joista pariskunta puhuu. Terapeutti omaksuu puolueettoman kommentaattorin roolin, eikä asetu kummankaan puolison puolelle tai hän vaikuttaa olevan vuoroin toisen, vuoroin toisen puolella.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ilmaisee paljon omia mielipiteitään tai ottaa kantaa joko selkeästi (eksplisiittisesti) tai kätkeytyä (implisiittisesti). Terapeutti voi vaikuttaa puolueelliselta ja ilmaista enemmän ymmärrystä, huomiota tai empatiaa toiselle puolisolle.

Huom. Neutraalisuus ei ole synonyymi passiivisuudelle. Terapeutti voi olla aktiivinen ja silti ylläpitää neutraalia asennetta.

### **Osio 94. Nainen tuntee itsensä surulliseksi tai masentuneeksi (vs. hilpeäksi tai hyväntuuliseksi).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos naisen mieliala näyttää alakuloiselta, surulliselta tai masentuneelta.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos nainen vaikuttaa iloiselta, hyväntuuliselta tai hän jollakin tapaa ilmaisee hyvän olon tai onnellisuuden tunnetta.

### **Osio 95. Puolisot kokevat tullessa autetuiksi.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos pariskunnasta jollakin lailla välittyä autetuksi tulemisen, helpotuksen tai toiveikkuuden tunne.

Arvioiminen *ei-tunnusomaiseksi* viittaa siihen, että tapa, jolla terapia etenee, herättää puolisoissa alakuloa, turhautuneisuutta tai kokemusta kontrolloiduksi tulemisesta. (Huom. Osio ei viittaa tapahtumiin terapian ulkopuolella.)

### **Osio 96. Kotitöiden ja muiden yhteiselämään liittyvien vastuiden jakautumisesta keskustellaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos istunnon aikana käydään keskustelua siitä, kuinka erilaiset yhteiselämään liittyvät vastuut jakautuvat pariskunnan kesken.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos näistä teemoista ei keskustella istunnon aikana.

### **Osio 97. Puolisot havainnoivat itseään ja tutkivat mielellään sisimpiä ajatuksiaan ja tunteitaan tai keskinäistä vuorovaikutustaan.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos puolisot eivät vaikuta pidättyväsiltä tai defensiivisiltä. Tutkiessaan ja tarkastellessaan ajatuksiaan ja tunteitaan he kykenevät tavallisia sosiaalisia suhteita vapaampaan ja rohkeampaan ilmaisuun.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos pariskunnan keskustelu vaikuttaa epäröivältä, estyneeltä, rajoittuneelta, varautuneelta tai kontrollin jäykistämältä, eikä ole rentoa, vapaata tai vapautunutta.

### **Osio 98. Terapiasuhte on keskustelun kohteena.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapiasuhteesta keskustellaan. Esimerkiksi terapeutti kiinnittää huomion pariskunnan ja hänen itsensä välisen vuorovaikutuksen tai intersubjektiveisuuden prosessin piirteisiin.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos ei terapeutti eikä pariskunta kommentoi heidän välisensä vuorovaikutuksen luonnetta, vaan he keskittyvät sisältöön.

### **Osio 99. Terapeutti haastaa puolisoitten näkökulman (vs. validoi heidän havaintojaan).**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti jollakin tapaa kyseenalaistaa puolisoitten toiminnan tai näkökulman johonkin kokemukseen tai tapahtumaan. Esimerkiksi terapeutti voi sanoa: ”Kuinka niin?” tai ”Mahtaa kohan se olla noin?”. Tai terapeutti voi tuoda esiin pariskunnan tai toisen puolison kannasta selkeästi poikkeavan näkemyksen tai vaatia puolisoita perustelemaan toimintaansa (”Huomaatko, että hän keskeyttää sinut jatkuvasti? Miksi siedät sitä?”) Tämä osio ei viittaa tulkintoihin eikä uudelleenmuotoiluihin, joiden tarkoituksena on luoda uusi tai erilainen merkitys puolisoitten puheelle, vaan sen sijaan osio viittaa yksinkertaisesti puolisoitten näkökulman tai toiminnan kyseenalaistamiseen jollakin tavalla.

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti jollakin tavalla ilmaisee olevansa samaa mieltä tai vahvistaa puolisoitten näkökulmaa tai toimintaa. Esimerkiksi terapeutti voi sanoa: ”Luulenpa, että olet oikeassa tuossa” tai ”Teillä on näköjään melko lailla oivallusta asiaan”.

### **Osio 100. Terapeutti kohdistaa huomionsa pariskunnan voimavaroihin.**

Arvioi *tunnusomaiseksi*, jos terapeutti kiinnittää huomiota parisuhteen tai puolisoitten yksilöllisiin voimavaroihin ja pärjäävyyteen. Tämä voi näkyä vahvuuksien sanallisena noteeraamisena silloin, kun ne esiintyvät puolisoitten puheenvuoroissa, tai positiivisten toimintatapojen aktiivisessa etsimisessä (”Mitähän sinä voisit tehdä, että hän ei jäisi niin yksin tuon pulmansa kanssa, kuten nyt näyttää tapahtuneen?”)

Arvioi *ei-tunnusomaiseksi*, jos terapeutti ei kiinnitä huomiota esiin tulleisiin voimavaroihin, eikä pyri niitä etsimäänkään.

### Liite 3. PTQS:n pilottiversion osioiden lähdeviitteet

Osiot 1 - 2, 4 - 9, 11, 13 - 15, 17 - 18, 20 - 21, 23 - 24, 26 - 27, 31 - 34, 38, 42, 44, 46 - 47, 49, 52, 54 - 55, 57 - 62, 65 - 66, 70 - 75, 77 - 80, 82 - 88, 91 - 95 ja 97 - 99; Jones, 2000

Osiot 3. Seikkula & Trimble, 2005

Osiot 10. esim. Falloon ym., 1993

Osiot 12. Jones & Asen, 2000; Minuchin & Fishman, 1981

Osiot 16. esim. Proyty & Lyness, 2011

Osiot 19. esim. Jones & Asen, 2000

Osiot 22. Andersen, 1991

Osiot 25. Falloon ym., 1993

Osiot 28. Gottman, 1993

Osiot 29. esim. Wampler & Halverson, 1990

Osiot 30. White & Epston, 1990

Osiot 35. de Shazer, 1991

Osiot 36. Friedlander ym., 2006

Osiot 37. esim. Asay & Lambert, 1999

Osiot 39. Papp, 1981

Osiot 40. Gottman, 1993

Osiot 41. McGoldrick, 1995

Osiot 43. Jones & Asen, 2000

Osiot 45. esim. Solantaus ym., 2010

Osiot 48. White & Epston, 1991

Osiot 50 - 51. esim. Greenberg, 2002

Osiot 53. esim. Rogers, 1957

Osiot 56. esim. de Sahzer, 1991

Osiot 63. esim. Greenberg, 2002

Osiot 64. Friedlander ym., 2006; Tryon & Winograd, 2011

Osiot 67. esim. Bordin, 1979; Pinsof, Zinbarg ja Knobloch-Fedders, 2008

Osiot 68. Greenberg, 2002

Osiot 69. esim. Balgys & Hilsenroth, 2002; Greenberg, 2002

Osiot 76. esim. Wampler & Halverson, 1990

Osiot 81. Greenberg, 2002

Osiot 89. esim. McGoldrick, 1995

Osio 90. Lambert & Shimokawa, 2011

Osio 96. esim. Spanier, 1976

Osio 100. esim. Jones & Asen, 2000