

**KORKEAN VIREYSTASON HETKET HYVÄN JA  
HUONON HOITOTULOKSEN  
PARITERAPIAPROSESEISSA**

Ray Ohtonen  
Sigri Sauna-aho  
Pro-gradu tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Syyskuu 2017

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

OHTONEN, RAY & SAUNA-AHO, SIGRI: Korkean vireystason hetket hyvän ja huonon hoitotuloksen pariterapiaprosesseissa

Pro gradu -tutkielma 40 s.; 1 liite

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologia

Syyskuu 2017

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Relationaalinen mieli monitoimijaisten terapiadialogien muutoshetkissä -projektin pariterapioiden tuloksellisuutta sekä pariterapian tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä hyvän ja huonon hoitotuloksen pariterapiatapauksissa. Tuloksellisuustutkimuksen perusteella valitsimme yhden hyvän ja yhden huonon hoitotuloksen pariterapiatapaukset. Tutkimuksen aineistona olivat projektiin osallistuneiden pariterapia-asiakkaiden täyttämät Outcome Ratings Scale (ORS)- lomakkeet, Jyväskylän yliopiston tutkimus- ja opetuslinikalla videoidut neljä pariterapiaistuntoa ja terapiaistuntojen ajalta asiakkaiden ihon sähköjohtavuuden mittaukset. Projektiin osallistuneiden pariskuntien terapian tuloksellisuutta arvioitiin laskemalla ORS-lomakkeiden ensimmäisen ja viimeisen istunnon arvojen erotus, ja arvioimalla muutosta Reliable Change Index (RCI) avulla. Yhden hyvän ja yhden huonon hoitotuloksen pariterapioista tarkasteltiin neljää terapiaistuntoa, joista valittiin kahdeksan hetkeä joissa asiakkaiden autonominen hermosto oli poikkeuksellisen korkeasti virittäytynyt. Jokaisesta terapiaistunnosta määriteltiin yksi korkean vireystason hetki asiakasta kohden. Korkean vireystason hetkiä tarkasteltiin Dialogical Investigations of Happenings of Change- menetelmän, terapiaistuntojen videotallenteiden sekä niistä tehtyjen litterointien laadullisen havainnoinnin menetelmin. Tuloksellisuustutkimuksen mukaan 16,7%:lla asiakkaista tapahtui tilastollisesti merkitsevää myönteistä kehitystä ja kliinisesti merkitsevää muutosta tapahtui 8,1%:lla asiakkaista. 58%:lla asiakkaista ei tapahtunut mitattavissa olevaa muutosta ja tilastollisesti merkitsevää kielteistä kehitystä tapahtui 16,7%:lla asiakkaista. Hyvän ja huonon hoitotuloksen pariterapiaprosessien korkean vireystason hetkissä oli havaittavissa sekä yhtäläisyyksiä että eroja. Korkeiden vireystasojen hetkissä molempien pariskuntien pariterapiadialogeissa käsiteltiin vaikeita aiheita kuten luottamusta, luottamuksen menettämistä, pettämistä sekä yhteiseen arkeen liittyviä erimielisyyksiä. Korkean vireystilan hetkissä hyvän hoitotuloksen pariskunnalla dialogi muodostui asiakkaiden välille ja huonon hoitotuloksen pariterapiassa se muodostui enimmäkseen yhden asiakkaan ja yhden terapeutin välille. Huonon hoitotuloksen pariterapiaistunnoissa toinen asiakas vetäytyi dialogista korkean vireystilan hetkissä, mutta terapiaprosessissa ilmeni myös muita tekijöitä jotka saattoivat vaikuttaa huonoon hoitotulokseen. Tämän tutkimuksen perusteella autonomisen hermoston mittausten avulla voidaan mahdollisesti paikantaa hetkiä, jolloin terapiaistunnossa käsitellään asiakkaalle merkityksellisiä tai vaikeita aiheita. Tulevaisuudessa autonomisen hermoston aktiivisuutta voitaisiinkin tutkia useammassa terapiaprosesseissa ja useampien menetelmien kuten sydämensykevälivaihtelun avulla.

Avainsanat: pariterapia, pariterapian tuloksellisuus, dialogisuus, ihon sähköjohtavuus, autonominen hermosto

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

Department of Psychology

OHTONEN, RAY & SAUNA-AHO, SIGRI:

Moments of high arousal in two couples therapy cases representing good and poor therapy outcomes

Master's Thesis, 40 p.; 1 appendices

Supervisors: Jaakko Seikkula

Psychology

September 2017

---

The purpose of the study was to investigate the therapeutic outcome of couples' therapies conducted in the Relational Mind project, which looks at events of change in multi-actor therapeutic dialogues. Our aim was to examine psychophysiological and dialogical factors affecting the therapy outcomes in two couples therapy processes with good and poor outcomes. The data consisted of Outcome Rating Scale (ORS) questionnaires filled by clients (n=24), video recordings of four couples therapy sessions that were recorded in the Psychotherapy Training and Research Centre, and measurements of two couples' electrodermal activity during the therapy sessions. The outcome of the couples' therapies was counted by subtracting the initial ORS-ratings from the clients' final ratings and assessed with Reliable Change Index (RCI). Eight moments of high level arousal were selected from two couples therapy processes. Moments of high level arousal were defined so that each client had one significant moment of high arousal per session. The high levels of arousal were examined by the Dialogical Investigations of Happenings of Change procedure, and by making observations of the video recordings and transcriptions written from the therapy sessions. According to our results 16.7% of clients were found to gain significant benefit and 8.1% improved clinically from the couples' therapy. 58% of the clients showed no changes, and negative change was found in 16.7% of the clients. Similarities and differences were found in the moments of high level arousal. Both couples had discussions of controversial issues, such as trust, losing trust, adultery and conflict concerning everyday life. Dialogue was found to take place between clients at moments of high level arousal in the case of good therapy outcome. In the case of the poor therapy outcome dialogue was found to take place between client and therapist only, while the other client retreated from the conversation in moments of high level arousal. Furthermore, other factors were found in the therapy process that might have contributed to the poor outcome. According to this research, measurements of the autonomic nervous system could offer insight into locating moments and topics that are meaningful for the client. Hence, we suggest that the activity of the autonomic nervous system should be researched further in psychotherapy settings. Furthermore, other psychophysiological measurements, such as heart rate variability, could bring insight into the effects of the autonomic nervous system in psychotherapy settings.

Keywords: couples therapy, couples therapy outcome, dialogism, electrodermal activity

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b> .....	1
1.1 Terapeuttinen muutos pariterapiassa .....	1
1.2 Emootiot .....	2
1.3 Autonomisen hermoston vasteet vuorovaikutuksessa .....	3
1.4 Dialogisuus pariterapiassa.....	5
1.5 Tutkimuksen tarkoitus .....	6
<b>2. MENETELMÄT</b> .....	6
2.1 Tutkimuksen aineisto.....	7
2.2 Outcome rating scale (ORS).....	8
2.3 Reliable Change Index .....	9
2.4 Autonomisen hermoston mittaukset.....	10
2.5 Dialogical Investigations of Happenings of Change pariterapiadialogin analyysimenetelmänä .....	11
2.6 Tunneilmaisuuden havainnointi korkeiden vireystasojen hetkissä.....	12
<b>3. TULOKSET</b> .....	14
3.1 Pariterapioiden tuloksellisuus.....	14
3.2 Autonomisen hermoston korkeasti virittäytyneet hetket kahden terapiaprosessin alku- ja loppuvaiheessa .....	16
3.2.1 Hyvän hoitotuloksen (J003) pariterapiaprosessin ensimmäinen mittausistunto	17
3.2.2 Hyvän hoitotuloksen (J003) pariterapiaprosessin viimeinen mittausistunto .....	21
3.2.3 Yhteenvedo hyvän hoitotuloksen (J003) pariterapiaprosessin korkean vireystason hetkistä .....	23
3.2.4 Huonon hoitotuloksen (J008) pariterapiaprosessin ensimmäinen mittausistunto .....	25
3.2.5 Huonon hoitotuloksen (J008) pariterapiaprosessin viimeinen mittausistunto....	28
3.2.6 Yhteenvedo huonon hoitotuloksen (J008) pariterapiaprosessin korkean vireystason hetkistä .....	30
3.3 Hyvän ja huonon hoitotuloksen pariterapioiden korkean vireystason hetkien erot ja yhtäläisyydet.....	32
<b>4. POHDINTA</b> .....	34
4.1 Pariterapioiden tuloksellisuus.....	34
4.2 Korkeiden vireystasojen hetket hyvän ja huonon hoitotuloksen pariterapioissa ..	35
4.3 Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet .....	37
<b>5. LÄHTEET</b> .....	41
<b>6. LIITTEET</b> .....	46

# 1. JOHDANTO

Pariterapia on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi pariskuntien parisuhdeongelmien ja kroonisten sairauksien, kuten masennuksen hoidossa (Barbato & D'Avanzo . 2008; Martire, Schulz & Helgeson, 2010; Snyder & Balderrama-Durbin, 2012). Pariterapian hyödyt ovat tutkitusti moninaisia, mutta osa asiakkaista ei kuitenkaan hyödy pariterapiasta (Snyder & Balderrama-Durbin, 2012). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella pariterapian tuloksellisuutta ja tuloksellisuuteen liittyviä tekijöitä sillä pariterapian tuloksellisuutta tutkimalla voidaan kohdentaa tarkoituksenmukaista hoitoa pariskuntien tarpeisiin ja vaikuttaa siihen että asiakkaat hyötyvät terapiasta.

## 1.1 Terapeuttinen muutos pariterapiassa

Lääketieteellisesti määriteltynä terapeuttinen muutos tarkoittaa oireiden lievittämistä hoitamalla niiden taustalla olevia ongelmia (Leiper, Rob & Maltby, Michael, 2004). Psykoterapian tavoitteena on Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2005) määritelmän mukaan: “poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä ja niihin liittyvää kärsimystä, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä lisätä henkilön valmiuksia itse ratkaista ongelmiaan”. Terapeuttisella muutoksella tarkoitetaan yleisesti hyvinvointia lisäävää ja oireita lievittävää muutosta asiakkaiden elämässä.

Wampoldin (2001) mukaan terapeuttiseen muutokseen vaikuttavia tekijöitä ovat terapeuttinen suhde, luottamuksen syntyminen, hoitoasetelma, terapiaan liittyvät odotukset, käsitejärjestelmien tai uskomusten kanssa tehtävä merkitystyö, sekä terapiaprosessiin liittyvä säännöllisyys ja osallistuminen. Wampoldin (2001) mukaan nämä ovat keskeisiä tekijöitä kaikissa terapiaprosesseissa psykoterapeuttisesta suuntauksesta riippumatta. Psykoterapiasta tehtyjen meta-analyysien (Wampold, 2001) mukaan 80% tavanomaista hoitoa saaneista voi paremmin kuin ilman hoitoa jääneet tutkimushenkilöt, ja psykoterapian onnistumisprosentti vaihtelee 31%-69%:n välillä. Hansenin, Lambertin ja Formanin (2002) tekemän psykoterapian tuloksellisuustutkimuksen mukaan 8,2%:lla asiakkaista tulos heikkeni terapian aikana, 56,8%:lla asiakkaista ei ollut vastetta hoitoon, 20,9%:lla tapahtui myönteistä kehitystä ja 14,1%:lla asiakkaista kliinisesti merkittävää myönteistä kehitystä. Toisessa psykoterapian vaikuttavuudesta tehdyssä meta-analyysissä (Lambert, Whipple, Hawkins, Vermeersch, Nielsen & Smart, 2003) tutkittiin psykoterapian kehityksen seuraamisen vaikutusta terapian lopputulokseen, kielteistä kehitystä tapahtui 5-9%:lla asiakkaista, ja joko tilastollisesti luotettavaa tai kliinisesti merkittävää tulosten paranemista tapahtui 38-39%:lla

asiakkaista. Mohrin (1995) mukaan kielteisen hoitotuloksen riskiryhmään kuuluvat asiakkaat, joilla on esimerkiksi epävakaa persoonallisuus, obsessiivis-kompulsiivinen persoonallisuus, suuret interpersoonalliset ongelmat, huono motivaatio tai se, että he odottavat terapian olevan kivutonta.

Pariterapiassa terapeutin muutos tapahtuu aina yksilöllisistä lähtökohdista ja tilanteista käsin. Pariskunnat hakeutuvat pariterapiaan useista eri syistä, kuten vuorovaikutuksen ongelmien, uskottomuuden tai eroaikkeiden vuoksi (Helsingin kaupunki, 2017). Parisuhdetyytyväisyyden kannalta tärkeässä roolissa ovat puolisoitten välinen vuorovaikutus, fysiologinen viriäminen ja tunteiden hallinta ristiriitatilanteissa (Gottman, Coan, Carrere ja Swanson, 1998). Gottmanin tutkimusryhmän (1998) mukaan parisuhdetyytyväisyyden keskeinen vakauttava tekijä on pariskunnan kyky ilmaista myönteisiä tunteita ja ajatuksia myös ristiriitatilanteissa. Tutkimusryhmän (Gottman ym. 1998) mukaan ylenkatse, hyökkäävyys, vetäytyminen ja puolustautuvuus näyttivät olevan tuhoisimpia toimintamalleja parisuhteen konfliktien ratkaisemisessa. Gottman ym. (1998) mukaan pariterapiassa tulisi harjoittaa lempeyttä ristiriitojen selvittämisessä, jännityksen vähentämistä (de-escalating), sekä fysiologista itsen ja kumppanin rauhoittamista. Gottman (1998) tutkimusryhmä ehdottaa, että pariterapiassa tulisi huomioida ja tarpeen mukaan muuttaa tapoja, joilla pariskunta pyrkii ratkaisemaan erimielisyyksiä. Kumpulan ja Malisen (2010) mukaan pariterapiassa harjoitellaankin viitekehystä riippumatta ristiriitatilanteiden korjaavia yrityksiä. Ristiriitatilanteiden selvittämisen harjoittelulla pyritään osaltaan lievittämään asiakkaiden arjessa kokemia psyykkistä stressiä, mikä on keskeinen tekijä pariterapiassa tapahtuvassa terapeutisessä muutoksessa (Kuhlman 2012).

Terapeutista muutosta pari- ja perheterapiassa ollaan tutkittu viime vuosikymmeninä terapiaprosessin, muutoksen mekanismien sekä terapian tuloksellisuuden näkökulmasta (Goldenberg & Goldenberg 2013). Greenberg:n ja Pinsof:n (1986) määritelmän mukaan prosessitutkimus keskittyy systeemien kuten terapian osapuolten uskomusten ja ajatusmallien väliseen vuorovaikutukseen, ja sen tavoitteena on tunnistaa systeemien välisen vuorovaikutuksen muutosprosesseja. Terapian tuloksellisuustutkimuksissa keskitytään mittaamaan terapian vaikuttavuutta ja terapeuttien muutosten aikaansaamia pysyviä hyötyjä potilaiden elämänlaadussa (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

## **1.2 Emootiot**

Emootioilla eli tunnetiloilla tarkoitetaan muutamista sekunneista tunteihin kestäviä kehollisia vasteita (Nummenmaa 2016). Niiden lyhyt kesto erottaa ne pidempikestoisista mielialoista, ja ne säätelevät keskus- ja ääreishermoston tiloja ja vaikuttavat siten käyttäytymiseemme (Nummenmaa 2016).

Voimakkuudeltaan emootiot voivat vaihdella huomaamattomista reaktioista lamaanuttaviin paniikkireaktioihin (Nummenmaa 2016).

Emootiot perustuvat Nummenmaan (2016) mukaan aina kehossa tapahtuviin muutoksiin ja ne myös säätelevät keskushermoston tilaa. Emootioihin liittyy myös motorisia vasteita kuten kasvonilmeitä, jotka viriävät noin puolessa sekunnissa emootion syntymisen jälkeen (Dimberg, 1982). Kehollisiin muutoksiin liittyvillä henkilökohtaisilla merkityksenannoilla on aina yksilöllinen vaikutus emootioiden muodostumiseen sekä niihin reagoimiseen (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson ja Loftus, 2003; Nummenmaa 2016). Damasion (2010) mukaan ihminen reagoi tunnepohjaisiin ärsykkeisiin automaattisesti ja keholähtöisesti kognitiivisten ideoiden ja mallien perusteella. Tunneilmaisut ovatkin tärkeä osa ihmisten välistä vuorovaikutusta, sillä niiden avulla ilmaiseimme ja saamme tietoa toisistamme jatkuvasti (Nummenmaa, 2016). Esimerkiksi kasvonilmeitä käsittelevien ohimolohkojen alueiden on todettu reagoivan toisen ihmisen kasvonilmeissä esiintyviin tunteisiin noin 150 millisekunnissa (Sugase, Yamane, Ueno, Kawano, 1999). Keholliset ilmaisut kuten kasvonilmeet synnyttävät siis reaktioita myös niiden vastaanottajassa ennen tietoista ajattelua tai prosessointia.

Emootioiden tutkimuksessa käytetään Ekmanin (1999) kategorioita perustunteista, joita ovat viha, inho, pelko, ilo (tai mielihyvä), suru ja hämmästys. Myös muut monisyisemmät tunteet liittyvät perustunteisiin, mutta niihin liittyviä hermoratoja ja syntyprosesseja aivoissa ei vielä tunneta (Nummenmaa 2016). Perustunteiden on eri tutkimuksissa osoitettu olevan yleismaailmallisia, eri kulttuureissa tunnistettavissa ja erotettavissa toisistaan (Nummenmaa 2016). Joidenkin perustunteita ilmaisevien kasvonilmeiden, kuten inhon, on osoitettu aktivoivan myös niitä katsovien ihmisten aivoissa samoja kyseiseen perustunteeseen liittyviä järjestelmiä (Wicker, Keysers, Plailly, Royet, Gallese, Rizzolatti, 2003, Nummenmaa 2016). Sanaton vuorovaikutuksen taso saattaa Ojalan ja Uuttelan (1993) mukaan paljastaa yksilön ajatuksen tai tunnetilan, jota hän ei halua tai pysty ilmaisemaan verbaalisesti

### **1.3 Autonomisen hermoston vasteet vuorovaikutuksessa**

Autonomisella hermostolla on nykyteorioiden mukaan tärkeä rooli emootioiden muodostumisessa (Kreibig, 2010 ; Levenson, 2014), sillä emootioiden nähdään vastaavan autonomisen hermoston ja muiden fysiologisten vasteiden aktivoitumisesta (Levenson, 2014, Nummenmaa 2016). Tästä johtuen autonomisen hermoston aktivaatiota mittaamalla voidaan saada tärkeää tietoa

vuorovaikutustilanteista, kuten psykoterapiassa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta ja tunteista (Levenson, 2014; Mauss & Robinson, 2009).

Autonominen hermosto jakautuu kahteen osaan: sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon (Porges, 1992; Silverthorne, 2007). Parasympaattisen hermoston voidaan ajatella vastaavan lepoon ja palautumiseen liittyvistä toiminnoista, kun taas sympaattinen hermosto hallitsee stressaavissa tilanteissa (Silverthorne, 2007). Parasympaattisen hermoston ja sympaattisen hermoston hallitsevuus vaihtelee päivän aikana useaan otteeseen (Silverthorne, 2007), mutta ne voivat toimia myös yhtäaikaaisesti (Andreassi, 2007; Stern, Ray & Quigley, 2000). Yksi voimakkaimmista sympaattisen hermoston toiminnan esimerkeistä on ”pakene tai taistele”-reaktio (Silverthorne, 2007; Smith, 1999) Smithin (1999) mukaan ”pakene tai taistele”- reaktiossa sydämen syke nousee ja veri virtaa jalkoihin ja käsiin ja hikoilun määrä nousee.

Ihon sähköisen aktiivisuuden (electrodermal activity, EDA) avulla voidaan mitata sympaattisen hermoston toimintaa ja viriämistä (Andreassi, 2007; Dawson, Schell, & Filion, 2007). Sen avulla voidaan myös tutkia tunteiden viriämistä ja reaktiivisuutta, sillä muutosten ihon sähköisessä aktiivisuudessa on todettu olevan lineaarisessa yhteydessä tunteiden viriämiseen (Bradley & Lang, 2000; Sequeira, Hot, Silvert, & Delplanque, 2009). Ihon sähköisen aktiivisuuden on todettu olevan myös yhteydessä psykologiseen stressiin (Setz, Arnrich, Schumm, La Marca, Tröster & Ehlert, 2010).

Ihon sähköistä aktiivisuutta mitataan ihon sähkönjohtavuuden avulla (skin conductance, SC) (Andreassi, 2007; Dawson ym. 2007). Ihon sähkönjohtavuutta mitataan tutkimuksessa kämmenistä (Andreassi, 2007; Dawson ym. 2007; Mendes, 2009), jossa sijaitsee paljon pieniä hikirauhasia (eccerine) (Andreassi, 2007). Kädessä sijaitsevat hikirauhaset reagoivat voimakkaasti psykologiseen stimulusiin, kuten stressiin, ahdistukseen, pelkoon ja kipuun. (Andreassi, 2007; Wilke, Martin, Terstegen & Biel, 2007). Ihon sähkönjohtavuus voidaan jakaa nopeisiin (skin conductance response) SCR ja hitaisiin (skin conductance level, SCL) osatekijöihin (Benedek & Kaernbach, 2010 ; Mendes, 2009). Ihon sähkönjohtavuuden nopeaa vaihtelua kutsutaan faasisiksi vaihteluksi ja sen muutokset voidaan mitata sekunneissa ympäristön tapahtumista (Andreassi, 2007, Sequeira ym., 2009)

Autonomisen hermoston yhteyttä tunteisiin ja keholliseen aktivaatioon on aikaisemmin tutkittu paljon. Kreibigin (2010) tekemän katsauksen mukaan tunteisiin kohdistuneissa tutkimuksissa on selvinnyt että lisääntyneet ihon sähkönjohtavuuden nopeat osatekijät (SCR) voivat liittyä vihan, ahdistuksen, inhon, pelon ja huvittuneisuuden tunnetiloihin. Nopeiden ihon sähkönjohtavuuden osatekijöiden (SCR) havaittiin laskevan surun ja helpotuksen tunteissa. Hot, Leconte, & Sequeira (2005) löysivät tutkimuksessaan terveillä koehenkilöillä, että ihon sähkönjohtavuuden osatekijät ja emotionaaliset kokemukset ovat yhteydessä toisiinsa. Aikaisemmin ihon sähkönjohtavuuden avulla



on tutkittu autonomisen hermoston synkroniaa pariterapiassa (Karvonen, Kykyri, Kaartinen, Penttonen & Seikkula, 2016) ja terapeuttien ja asiakkaiden kehollista virittäytymistä (Seikkula, Karvonen, Kykyri, Kaarinen & Penttonen, 2015).

#### **1.4 Dialogisuus pariterapiassa**

Pariterapiassa käytävän avoimen dialogin tavoitteena on kutsua pariskunta terapeuttiseen prosessiin siten, että vaikeista, aikaisemmin puhumattomistakin aiheista voidaan keskustella turvallisessa, tasavertaisessa ja hyväksyvässä ilmapiirissä (Seikkula & Olson 2016). Avoimen dialogisuuden periaatteisiin kuuluu, että asiakkaat ovat itse omien elämäntilanteidensa asiantuntijoita (Seikkula ja Trimble, 2005).

Pariterapiaprosessin lähtökohtana ovat Seikkulan ym. (2016) mukaan usein voimakkaasti virittäytyneet tilanteet, joihin kaikki pariterapiaistuntojen osapuolet tulevat osallisiksi. Kumpulan ja Malisen (2010) mukaan pariterapian perustana on luoda turvallinen tila, jossa kaikenlaisia tunteita ja ajatuksia voidaan ilmaista luottamuksellisesti. Pariterapiaistunnoissa kaikista läsnäolijoista tulee aktiivisia osallisia siitä, mitä ja miten puhetta tuotetaan ja millaisista asioista keskustellaan. Kumpulan ja Malisen (2010) mukaan kumppaneille pyritään luomaan tasavertainen mahdollisuus puhua ja tulla kuulluiksi. Dialogisessa viitekehyksessä huomioidaan, että keskusteluun voi vaikuttaa myös elehtimällä, hiljaisuudella tai vetäytymällä keskustelusta.

Seikkula, Laitila ja Rober (2012) kehittivät *Dialogical Investigations of Happenings of Change* -menetelmän pariterapiaistuntojen dialogien analysoimiseen. Dialogisen analyysin menetelmä perustuu Mikhail Bakhtinin (1984) käsitteeseen dialogisuudesta, jossa kaikki keskustelun osapuolet nähdään aktiivisina vaikuttajina puhuttuihin kertomuksiin, ja siihen millaisia merkityksiä puhuja tarinoilleen antaa. Seikkula ja Olson (2016) kuvaavatkin terapiaa prosessina, jossa pyritään kuuntelemaan ja luomaan uusia merkityksiä kokemuksille, joista on ollut aikaisemmin vaikeaa tai mahdotonta puhua.

Psykoterapian tavoitteena on muodostaa erilaisten kokemusten välille uudenlaisia merkitysten "siltoja" siten, että ongelmallisia kokemuksia kohtaan syntyy ymmärrystä ja niistä voi kehittyä tiedostettuja itseän liitettyjä voimavaroja (Stiles, 2001). Stiles'in (2001) mukaan erilaiset kokemukset säilyvät kehon muistiin jääneinä jälkinä tai ääninä jotka aktivoituvat uusien samankaltaisten kokemusten tai aiemmasta kokemuksesta muistuttavien tilanteiden johdosta. Pariterapiassa kuultavien erilaisten äänten ja kokemusten välille voi rakentua ymmärrystä ja uudenlaisia merkityksiä

ajan kanssa. Seikkula ja Olson (2016) kuvailevat pariterapiaistuntoa kontekstina, jossa uutta kieltä, uusia ääniä ja uudenlaisia tarinoita voi ajan myötä kehittyä pariskunnan välille.

## 1.5 Tutkimuksen tarkoitus

Tämän pro gradu- tutkielman tarkoituksena on tutkia Relationaalinen mieli monitoimijaisten terapiadialogien muutoshetkissä- projektiin kuuluneiden pariterapioiden tuloksellisuutta ja syventää näkemystä terapeutiseen muutokseen liittyvistä tekijöistä tutkimalla asiakkaiden autonomisen hermoston aktivaatiota ja vuorovaikutusta pariterapiaistunnoissa. Tutkimuksen tulokset voivat tuoda lisätietoa autonomisen hermoston reaktioista pariterapiassa. Seikkulan ym. (2015) mukaan olisi tärkeää selvittää, voivatko autonomisen hermoston reaktiot antaa viitteitä asiakkaille merkityksellisistä aiheista, jotka saattavat olla vielä asiakkaan tiedostamattomissa.

Tutkimme ja vertailemme kahden pariskunnan terapiaprosesseista hetkiä, joissa asiakkaiden autonomisen hermoston virittäytyminen on ollut poikkeuksellisen korkeaa. Selvitämme millaiset tilanteet ovat liittyneet asiakkaiden voimakkaaseen autonomisen hermoston viriämiseen, millaisista aiheista ja miten hetkien aikana on keskusteltu. Tutkimme millaiset hetket terapiaistunnoissa ovat mahdollisesti olleet asiakkaille kaikkein stressaavimpia tai tunteita herättäviä. Pyrimme selvittämään millä tavoin hyvän ja huonon hoitotuloksen pariskuntien terapiaprosesseissa virittäytyneiden hetkien aikaiset vuorovaikutukselliset piirteet poikkeavat toisistaan, tai minkälaisia samankaltaisia piirteitä niistä on havaittavissa. Tutkimuksessa pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin.

1. Millaista terapian tuloksellisuutta esiintyi Relationaalinen mieli- projektin pariterapiaprosesseissa?
2. Millaista dialogia ja kehollista ilmaisua esiintyi hyvää hoitotulosta ja huonoa hoitotulosta edustavien pariterapiaprosessien korkeiden vireystasojen hetkissä?
3. Millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä on löydettävissä korkeiden vireystasojen hetkissä hyvää ja huonoa hoitotulosta edustavissa pariterapiaprosesseissa?

## 2. MENETELMÄT

### 2.1 Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksemme on osa Jyväskylän yliopistossa toteutettua Relationaalinen mieli monitoimijaisten terapiadialogien muutoshetkissä- projektia. Projekti on osa Human mind research programme - projektia, joka on Suomen akatemian rahoittama. Relationaalinen mieli- projektissa tutkitaan vuorovaikutuksen aikana syntyviä kehollisia vasteita, jotka ovat yhteydessä autonomisen hermoston toimintaan.

Projektiin osallistui 12 pariskuntaa (n=24). Projektissa työskennelleet terapeutit ovat kaikki perheterapeutteja. Kaikkiin istuntoihin osallistui pariskunnan lisäksi kaksi terapeuttia. Ensimmäiseksi tutkimme pariterapioiden tuloksellisuutta ORS-lomakkeiden avulla. Toiseksi teimme tapaustutkimuksen kahden pariskunnan terapiaistunnoista, joiden aikana mitattiin ihon sähkönjohtavuutta.

Pariskunnat olivat hakeutuneet Jyväskylän yliopiston psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskitykselle asiakkaiksi erilaisten parisuhteen ongelmien, kuten haasteellisten elämäntilanteiden, ongelmallisten perhesuhteiden tai parisuhdeväkivallan vuoksi. Terapiaistuntojen määrä vaihteli pariskunnilla 4-24:n kerran välillä ja keskimäärin istuntoja pidettiin 7,7 kertaa. Istuntojen kesto oli 90 minuuttia. Pariterapiaan osallistuneiden asiakkaiden iät vaihtelivat 27 vuoden ja 61 vuoden välillä (M = 43,26. SD = 9,41). Tutkimukseen osallistuneista asiakkaista miehiä oli 11 ja naisia 13.

Tutkimuksemme ensimmäisen vaiheen aineisto koostuu tutkimusprojektiin osallistuneiden pariin jokaisella istuntokerralla täyttämistä ORS-lomakkeista. ORS-lomakkeista vertasimme terapian ensimmäisellä istunnolla täytetyn ja terapian viimeisellä istunnolla täytetyn lomakkeen arvoja ja laskimme niiden välisen erotuksen. ORS-lomakkeiden arvojen muutosten avulla tarkastelimme terapian tuloksellisuutta käyttäen Reliable Change Index:iä (RCI). Tulosten perusteella valitsimme aineistosta ”extreme case” -ajatuksen mukaisesti yhden erittäin hyvää tuloksellisuutta edustavan tapauksen sekä yhden erittäin huonoa tuloksellisuutta edustavan tapauksen. Tutkimuksemme valikoitui kaksi pariskuntaa, joiden muutos oli ollut RCI:n mukaan tilastollisesti merkitsevää. Hyvän hoitotuloksen pariskunnaksi valikoitui tässä tapauksessa tapaus J003 ja huonon hoitotuloksen pariskunnaksi valikoitui tapaus J008.

Tutkimuksen toinen vaihe koostuu kahden valitsemamme pariskunnan terapiaistuntojen tapaustutkimuksista. Parin J003 asiakkaat olivat eri sukupuolta ja parin J008 asiakkaat olivat samaa sukupuolta. Parin kolmeasiakkaat olivat perusterveitä, ja parin kahdeksan asiakkailla oli molemmilla diagnosoitu mielenterveyden häiriö ja heillä molemmilla oli käytössään mielialalääkitys. Parin

kahdeksan parisuhteessa oli ollut väkivaltaa. Parilla J008 viides istunto pidettiin viiden kuukauden tauon jälkeen, mikä on hyvin poikkeuksellinen tilanne. Tämän istunnon jälkeen pari lopetti terapian kesken.

Tutkimme pariskuntien ihon sähkönjohtavuuden kuvaajia parien toisessa ja viidennessä terapiaistunnossa. Näistä istunnoista poimimme hetket, joissa asiakkaiden ihon sähkönjohtavuudessa esiintyi runsaasti poikkeuksellisen korkeita vireystason piikkejä. Jokaisen asiakkaan kohdalta poimimme yhden korkean vireystason hetken molemmista istunnoista siten, että tarkasteluun valikoitui yhteensä neljä hetkeä molemmilta pariskunnilta. Tarkastelimme valittuja hetkiä videotallenteita katsomalla ja teimme havaintoja asiakkaiden olemuksesta, tunnelmaisusta ja liikehdinnästä.

Katsoimme kaikki istunnot läpi useaan kertaan kokonaisuudessaan ja jaottelimme istunnot dialogisiin episodeihin Seikkulan ym. (2012) kehittämän dialogisen analyysin menetelmällä. Tarkastelimme miten dialogiset episodit ajoittuivat suhteessa ihon sähkönjohtavuuden mittauksista poimittuihin poikkeuksellisen korkeisiin vireystasoihin. Teimme dialogisen analyysin poikkeuksellisen korkeiden vireystasojen hetkistä, niissä käsitellyistä teemoista, vuorovaikutuksen dynamiikasta, määrällisestä, semanttisesta ja interaktionaalisesta dominanssista. Lisäksi tarkastelimme videotallenteilta asiakkaiden kehollista vuorovaikutusta, liikkeitä, eleitä ja ilmeitä korkeiden vireystasojen hetkissä.

## **2.2 Outcome rating scale (ORS)**

Jokaisen terapiaistunnon alussa asiakkaat täyttivät hyvinvoinnin eri osa-alueita kattavan Outcome rating scale (Miller ja Duncan 2004) -lomakkeen, johon viitataan vastaisuudessa lyhenteellä ORS. ORS-lomake (suom. muutosarviointiasteikko; liite 1) on erittäin lyhyt neljän kysymyksen itse raportoitava lomake, jonka tavoitteena on mitata asiakkaan kokemaa psyykkistä stressiä (Campbell & Hemsley, 2009) ja seurata terapian aikana tapahtunutta muutosta asiakkaan psyykkisessä tilassa (Miller & Duncan, 2004)

Muutosarviointiasteikko on kehitetty Lambertin ym. (1996) kehittämän Outcome Questionnaire-45:n (OQ-45) pohjalta. Sekä muutosarviointiasteikko että OQ-45 pyrkivät mittaamaan asiakkaan hyvinvointia kolmella eri terapian tuloksellisuuden kannalta tärkeällä osa-alueella: henkilökohtainen hyvinvointi, interpersoonalliset suhteet ja sosiaalinen suorituskyky töissä tai koulussa ja ystävyysuhteissa (Kuhlman, 2012). Lisäksi muutosarviointiasteikko kuvaa Kuhlmanin (2012) mukaan elämäntilannetta kokonaisuudessaan. ORS -lomakkeessa on neljä eri kysymystä, joihin vastataan käyttämällä visuaalis-analogista asteikkoa. Vastaaminen tapahtuu merkitsemällä

merkki 10cm pituiselle janalle. Janan oikea pää kuvastaa parempaa tilannetta ja vasen pää huonompaa; janan vasen reuna kuvastaa arvoa 0 ja oikea pää arvoa 10 ja lomakkeen eri kysymysten yhteenlaskettu suurin pistemäärä on 40. Muutosarviointiasteikon on todettu mittaavan hyvin asiakkaan kokemaa psyykkistä stressiä (Campbell & Hemsley, 2009; Miller, Duncan, Brown, Sparks, & Claud, 2003). Sen on todettu myös mittaavan hyvin terapiassa tapahtuvaa muutosta. Terapian aikana muutosarviointiasteikolla mitattu arvojen nousu kertoo terapian tuloksellisuudesta (Miller & Duncan, 2004; Miller ym., 2003). Muutosarviointiasteikon kliiniseksi katkaisupisteeksi on määritetty arvo 25 (Miller & Duncan, 2004) Tämän alapuolelle jäävät pisteet kertovat merkittävästä määrästä psyykkistä stressiä ja ahdistusta ja että asiakkaalla on muutostoiveita tilanteensa suhteen (Kuhlman, 2012).

Muutosarviointiasteikon täyttäminen vie alle minuutin, ja sen helppokäyttöisyyttä pidetäänkin vahvuutena kliinisessä työssä (Miller ym., 2003). Muutosarviointiasteikon reliabiliteetti ja validiteetti eivät kuitenkaan ole vähentyneet sen nopeasta rakenteesta tai sen helppokäyttöisyydestä johtuen (Campbell & Hemsley, 2009; Miller ym., 2003).

### **2.3 Reliable Change Index**

Reliable Change Indexin (RCI) avulla voidaan määrittää onko asiakkaan pisteissä tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta terapian aikana (Jacobson & Truax, 1991; Jacobsen, Follette, & Revenstorf, 1984; Parsons, Notebaert, Shields & Guskiewicz, 2009). RCI lasketaan siten, että asiakkaan pisteistä ennen terapiaa vähennetään terapian jälkeiset pisteet, tämän jälkeen alku- ja loppupisteiden erotus jaetaan erotuksen keskihajonnalla kyseisessä testissä (Jacobson & Truax, 1991). Miller ja Duncan (2004) ovat määrittäneet ORS-lomakkeen manuaalissa RCI:n vaihtelevan 4.3 ja 6.8 välillä. Käytimme tutkimuksessa Millerin ja Duncanin (2004) mukaan robusteinta arvoa, joka oli 6.8. Pyöristimme arvon ylöspäin ja tilastollisesti merkitseväksi raja-arvoksi muodostui 7 pistettä. Jacobson & Truax (1991) ovat määrittäneet, että kliinisesti merkitsevää muutosta tapahtuu kun potilaan pisteet ylittävät kliinisen katkaisurajan kyseisen testin RCI arvon verran, esimerkiksi ORS-lomakkeessa se tarkoittaa vähintään 7 pisteen muutosta, samalla ylittäen kliinisen katkaisurajan 25 pistettä.

## 2.4 Autonomisen hermoston mittaukset

Käytimme ihon sähkönjohtavuuden mittauksia asiakkaiden autonomisen hermoston poikkeuksellisen korkeasti virittäytyneiden hetkien tunnistamiseen. Päädyimme käyttämään ihon sähkönjohtavuutta, koska sen on todettu mittaavan hyvin autonomisen hermoston aktivaatiota, (Andreassi, 2007; Mendes, 2009) emotionaalisia tunnekokemuksia, niiden viriämistä (Hot ym., 2005; Kreibig, 2010; Sequeira ym., 2009) sekä psyykkistä stressiä (Setz ym., 2010). Tutkimuksessamme ihon sähkönjohtavuus analysoitiin ihon sähkönjohtavuuden nopeista osatekijöistä (SCR). Ihon sähkönjohtavuuden nopeiden osatekijöiden muutos voidaan havaita 1-4 sekuntia ärsykkeen havaitsemisesta (Andreassi, 2007; Hughdal, 1995, Lindberg & Wallin, 1981; Mendes, 2009). Lyhyt 1-4:n sekunnin viive mahdollistaa terapian aikana viriävien tunnekokemusten ja autonomisen hermoston aktivaation tutkimuksen lähes reaaliajassa. Ihon sähkönjohtavuuden on kuitenkin havaittu kohoavan myös muista syistä, kuten aistiärsykkeiden ja fyysisen aktiivisuuden seurauksena (Dawson ym. 2007; Kreibig, 2010).

Ihon sähkönjohtavuuksien mittaukset olivat suoritettu Relationaalinen mieli tutkimusprojektin henkilöiden toimesta. Tilastollisen analyysin suoritti toinen Relationaalinen mieli-projektin tutkimuspari. (Haapanen & Niemi, 2016). Tutkijat aloittivat ihon sähkönjohtavuuden analysoinnin erottamalla sen muusta autonomisen hermoston aineistosta omaksi tiedostokseen. Tutkijat erittelivät ihon sähkönjohtavuuden nopeisiin ja hitaisiin osatekijöihin Ledalab-ohjelmiston avulla, joka perustuu Benedictin ja Kaernbachin (2010) algoritmiin. Tutkijat nimesivät kahden keskihajonnan päässä olevat nopeat osatekijät poikkeuksellisen korkeiksi vireystasoiksi. Jokaisen osallistujan ihon sähkönjohtavuuden vasteet standardoitiin z-pistemääräksi, minkä jälkeen etsittiin kahta z-arvoa suuremmat ihon sähkönjohtavuuden tasot ja niiden ajankohdat tallennettiin. Standardijakaumassa kahta suurempia arvoja on vähemmän kuin 5%, jolloin näitä ihon sähkönjohtavuuden tasoja voidaan pitää tilastollisesti merkitsevinä ( $p < 0.05$ ) ja täten niiden voidaan todeta olevan poikkeuksellisen korkeita.

Valitsimme kahden pariskunnan pariterapiasta yhteensä kahdeksan hetkeä, joissa poikkeuksellisen korkeita vireystasoja esiintyy useita kertoja. Valittujen hetkien pituudet vaihtelivat kestoltaan vajaasta kolmesta minuutista kahdeksaentoista ja puoleen minuuttiin. Näitä jaksoja kutsumme jatkossa korkean vireystason hetkiksi. Poimimme hetket terapioiden alku- ja loppuvaiheista, järjestysluvultaan toisesta ja viidennestä terapiaistunnosta, jolloin ihon sähkönjohtavuutta mitattiin koko istuntojen ajalta. Valitsimme pariskuntien molemmista tarkasteltavista istunnoista yhden korkean vireystason hetken jokaiselta asiakkaalta. Nämä kohdat ovat terapian kannalta kiinnostavia, sillä ne antavat viitteitä vuorovaikutuksen aikana esiintyneestä

autonomisen hermoston korkeasta aktivaatiosta (Andreassi, 2007; Mendes, 2009), tunteiden viriämisestä (Hot, Leconte, & Sequeira, 2005; Kreibig, 2010; Sequeira, Hot, Silvert, & Delplanque, 2009) ja psyykkisestä stressistä (Setz ym., 2010). Valitsimme asiakkailta sellaisia hetkiä, jotka seurasivat ajallisesti toisiaan tai olivat samanaikaisia. Peräkkäisten tai samanaikaisten hetkien valitsemisella pyrimme tarkkailemaan asiakkaiden välistä vuorovaikutusta ja dialogin sisältöä.

## **2.5 Dialogical Investigations of Happenings of Change pariterapiadialogin analyysimenetelmänä**

Pariterapiadialogien laadulliseksi analyysimenetelmäksi valitsimme Dialogical investigations of happenings of change -menetelmän (Seikkula, Laitila & Rober, 2012). Viittaamme tässä tutkimuksessa jatkossa menetelmään lyhenteellä DIHC. Menetelmässä tutkitaan terapeutin keskustelun muuntuvia rakenteita kuten kuka keskustelua kulloinkin vie eteenpäin, kuka tekee aloitteita ja millä tavoin puheenvuoroihin vastataan terapiaistunnossa. (Seikkula, Laitila & Rober, 2012).

DIHC -menetelmässä on kolme analyysivaihetta. Ensiksi puheesta erotellaan tallenteiden ja litteraation avulla aihealueelliset episodit tietyn aiheen ympärillä käydyn keskustelun perusteella. Uusi episodi alkaa puheenaiheen vaihtuessa. DIHC -menetelmässä tutkitaan puheen sisältöä ja vuorovaikutusta kunkin episodin kohdalla erikseen (Seikkula, Laitila & Rober, 2012). Analyysit perustuvat terapiatallenteiden ja litteraatioiden pohjalta tehtyihin tarkkaileviin havaintoihin (Vilkka, 2006).

Seuraava analyysin vaihe on tarkastella millä tavoin kuhunkin puheenvuoroon vastataan tai jätetään vastaamatta. Tarkoituksena on tarkastella miten kukin terapiaistunnon osapuolista on omalta osaltaan luomassa yhteistä vastavuoroista vuorovaikutusta. Samalla tarkastellaan kuka episodin aikana on eniten äänessä, ja kuka taas on vuorovaikutuksellisesti, interaktionaalisesti aktiivinen, eli kommentoi tai vastaa eniten muiden puheenvuoroihin. Toisessa vaiheessa tarkastellaan myös kuka tuo keskusteluun uusia teemoja tai uusia sanoja tietyssä keskustelun kohdassa. Tällä tavoin määrittyy semanttinen tai aihealueellinen dominanssi, eli henkilö joka vaikuttaa eniten keskustelun sisältöön. (Seikkula, Laitila & Rober, 2012.)

Kolmas analyysin vaihe on tutkia terapiadialogissa käytettyä kieltä ja narratiivisia prosesseja. Episodin ajalta tarkastellaan onko puhe tyyliltään monologista vai dialogista. Sen lisäksi käytetty kieli luokitellaan symboliseksi tai indikatiiviseksi. Indikatiiviseksi dialogiksi luokitellaan puhe, jossa asioista raportoidaan, kerrotaan tapahtuneesta, tapahtumakuluista ja reaktioista. Symbolisessa

puheessa sanoja käytetään symbolisessa mielessä, kuvaamaan sanoja, ajatuksia ja keskustelussa syntyviä merkityksiä (Seikkula ja Olson 2016).

Tutkimme pariskuntien toista ja viidettä istuntoa dialogisen analyysin avulla kokonaisuudessaan. Sen jälkeen vertasimme korkeiden vireystasojen hetkiä dialogisiin analyysihin. Tutkimme esiintyvätkö ihon sähkönjohtavuuden poikkeavan korkeat vireystasot samoissa kohdissa temaattisten episodien kanssa, vai reagoiko ihon sähkönjohtavuus voimakkaasti myös temaattisten episodien välillä, keskustelun aiheiden vaihtuessa toiseen. Kokonaisia istuntoja koskevat DICH -analyysit oli aiemmin suoritettu toisen tutkimusryhmän toimesta (Haapanen ja Niemi, 2016).

## **2.6 Tunneilmaisun havainnointi korkeiden vireystasojen hetkissä**

Dialogisen analyysin lisäksi havainnoimme asiakkaiden tunneilmaisua korkean virittäytyneisyyden hetkissä. Tunneilmaisulla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa asiakkaiden ilmeitä, eleitä, äänenkäyttöä sekä dialogissa esiintyvää tunnesanojen käyttöä. Tarkoituksemme oli selvittää millaista tunneilmaisua asiakkailta voitiin havaita korkeiden autonomisen hermoston vireystasojen aikana pariterapiassa.

Laadullisen tutkimuksen menetelmänä käytimme tarkkailevaa ja vapaata havainnointia, joka perustui terapiaistuntojen videotallenteiden katsomiseen ja muistiinpanojen tekemiseen useaan otteeseen (Hirsjärvi, 2003; Vilka, 2006; Grönfors, 1985). Vilkan (2007) tieteellisen havainnoinnin määritelmän mukaisesti rajasimme havaintomme koskemaan asiakkaiden selkeästi havaittavissa olevaa tunneilmaisua korkeiden vireystasojen hetkissä. Havainnoimme asiakkaiden kehollisia reaktioita kuten kasvonilmeitä, käsien, pään ja silmien liikkeitä, äänen voimakkuutta, äänen nopeutta ja äänen korkeuden muutoksia ja teimme niistä muistiinpanoja jokaisella katsomiskerralla. Lisäksi havainnoimme miten asiakkaat katsovat toisiaan ja terapeutteja, millaisella äänensävyllä he keskustelevat ja miten he ilmehtivät toisilleen ja terapeuteille. Pyrimme nimeämään ja luokittelemaan asiakkaiden selkeästi tunnistettavissa olevia ilmaisuja perustunteiden (Ekman, 1999) kategorioihin selvittääksemme millaisia tunteita korkean vireystason hetkissä on mahdollisesti esiintynyt. Grönfors:in (1985) mukaan tutkija havainnoi tutkittavia aina omien tunteidensa avulla. Asiakkaiden



tunneilmaisuun liittyvät havaintomme perustuivat subjektiivisiin, ulkopuolisina tutkijoina tekemiimme huomioihin ja muistiinpanoihin, eivätkä sisällä tutkittavien asiakkaiden omakohtaisia kokemuksia tai näkemyksiä.

### 3. TULOKSET

Luvussa 3.1 esitämme kaikkien Relationaalinen mieli monitoimijaisten terapiadialogien muutoshetkissä -tutkimusprojektin pariterapioiden tuloksellisuustutkimuksen tulokset. Valitsimme tuloksellisuuden perusteella kaksi pariskuntaa joiden ihon sähkönjohtavuuden mittauksia tutkimme toisen ja viidennen terapiaistunnon ajalta. Luvussa 3.2 esitämme pariskuntien ihon sähkönjohtavuuden mittausten perusteella valitut korkean vireystason hetket terapiaprosessien alusta ja lopusta, sekä niistä tehtyihin dialogiseen analyysiin ja havaintoihin perustuvat analyysit. Luvussa 3.3 vertailemme korkean vireystason hetkien eroja ja yhtäläisyyksiä kahdessa eri pariterapiaprosessissa.

#### 3.1 Pariterapioiden tuloksellisuus

Ensimmäisen parin (J001:n) molemmat asiakkaat pisteyttivät sekä ensimmäisen että viimeisen istuntonsa ORS-lomakkeet alle katkaisupisterajan, mutta heidän pisteensä nousivat hieman pariterapian aikana. He arvioivat psyykkisen hyvinvointinsa heikoksi sekä pariterapian alussa että lopussa. Toisen parin (J002:n) asiakas C3 pisteytti ensimmäisen istunnon ORS-lomakkeen alle katkaisurajan ja viimeisen istunnon yli katkaisurajan ja hänen kohdallaan tapahtui kliinisesti merkitsevä muutos. Hänen puolisonsa, asiakas C4:n, pisteet olivat sekä alku että loppumittauksessa kliinisen katkaisurajan yläpuolella. Kolmannen parin (J003:n) molempien asiakkaiden pisteet olivat terapian alussa ja lopussa katkaisupisterajan yläpuolella, ja heillä molemmilla tapahtui tilastollisesti merkitsevää myönteistä kehitystä terapian aikana. Myös neljännen parin (J004:n) molemmat asiakkaat olivat terapian alussa ja lopussa kliinisen katkaisupisterajan yläpuolella, mutta heillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta. Viidennen pariskunnan (J005:n) asiakkaiden terapian alussa ja lopussa mitatut pisteet olivat kliinisen katkaisupisteiden yläpuolella. Toisella asiakkaalla (C16) kehitys myönteistä ja tilastollisesti merkitsevää. Kuudennen parin (J006:n) asiakkaan C11 pisteet olivat ensimmäisellä istunnolla alle katkaisurajan, viimeisellä istunnolla katkaisurajan yläpuolella, ja muutos oli kliinisesti merkittävää. Toisen asiakkaan C12 pisteet olivat yli katkaisurajan sekä terapian alussa että lopussa. Seitsemännen parin (J007:n) ORS-lomakkeiden arvot olivat terapian alussa ja lopussa yli kliinisen katkaisurajan. Kahdeksannen parin (J008:n) ORS-lomakkeiden arvot olivat sekä ensimmäisellä että viimeisellä istunnolla alle kliinisen katkaisupisteiden. Terapiaprosessin aikana molempien asiakkaiden pisteet laskivat tilastollisesti merkitsevästi. Yhdeksännen parin

(J009:n) ORS-lomakkeiden arvot olivat terapian ensimmäisellä istunnolla ja terapian viimeisellä istunnolla katkaisupisterajan yläpuolella.

TAULUKKO 1. ORS-lomakkeiden pisteet

Pari	Asiakas	Sp	Alku	Loppu	Erotus
J001	C1	N	15	20	5
	C2	M	9	14	5
J002	C3	N	21	34	13**
	C4	M	33	28	-5
J003	C5	N	27	35	8*
	C6	M	26	38	12*
J004	C7	M	29	34	5
	C8	N	27	33	6
J005	C15	N	26	32	6
	C16	M	27	35	8*
J006	C11	M	12	28	16**
	C12	N	29	32	3
J007	C9	M	33	33	0
	C10	N	33	27	-6
J008	C13	N	20	13	-7*
	C14	N	23	15	-8*
J009	C17	N	37	40	3
	C18	M	37	40	3
J010	C19	N	34	27	-7*
	C20	M	36	39	3
J011	C21	N	26	30	4
	C22	M	25	29	4
J012	C23	N	28	19	-9*
	C24	M	26	36	10*

\*= tilastollisesti merkitsevä muutos \*\*= kliinisesti merkitsevä muutos

Kymmenennen parin (J010:n) asiakas C19 pisteytti ensimmäisen istunnon ORS-lomakkeen yli katkaisurajan. Viimeisen istunnon ORS-lomakkeen arvot olivat kuitenkin alhaisemmat ja muutos huonompaan suuntaan oli tilastollisesti merkitsevää. Hänen puolionsa, asiakkaan C20:n, pisteet olivat ensimmäisellä ja viimeisellä istunnolla katkaisupisteen yläpuolella. Yhdennentoista parin (J011:n) molempien asiakkaiden arvot olivat terapian alussa ja lopussa kliinisen katkaisupisteen yläpuolella. Kahdennentoista parin (J012:n) asiakas C23 pisteytti ensimmäisen istunnon ORS-lomakkeen katkaisurajan yläpuolelle, mutta viimeisellä istunnolla ORS-lomakkeen arvot olivat kliinisen katkaisupisteen alapuolella ja muutos huonompaan oli tilastollisesti merkitsevää. Toisen asiakkaan C24:n pisteet sen sijaan olivat ensimmäisellä ja viimeisellä istunnolla yli kliinisen katkaisurajan, ne nousivat pariterapian aikana 10 pistettä ja muutos oli tilastollisesti merkitsevä.

24:stä asiakkaasta neljällä (16,7%:lla) tapahtui tutkimuksen aikana tilastollisesti merkitsevää myönteistä muutosta psyykkisessä hyvinvoinnissa. Kahdella asiakkaalla (8,1%:lla) muutos parani ja oli myös kliinisesti merkittävä. Tilastollisesti merkitsevästi kielteistä kehitystä oli neljällä (16,7%) ja heistä kaksi lopetti terapian kesken. 14:llä (58%:lla) asiakkaalla ei tapahtunut muutosta ORS-lomakkeilla mitattuna. Vain yhden pariskunnan, J003:n, osapuolilla psyykkinen hyvinvointi parani molemmilla tilastollisesti merkitsevästi. Vastaavasti vain yhden pariskunnan, J008:n, psyykkinen hyvinvointi huononi molemmilla osapuolilla tilastollisesti merkittävästi, ja tämä pari oli myös ainoa tutkimukseen osallistunut pari joka lopetti terapian kesken.

### **3.2 Autonomisen hermoston korkeasti virittäytyneet hetket kahden terapiaprosessin alku- ja loppuvaiheessa**

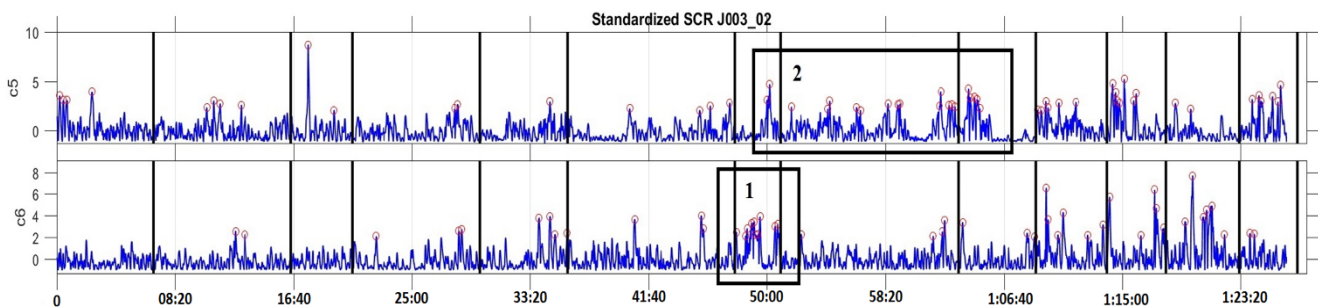
Tutkimme tapauskohtaisesti yhden hyvän hoitotuloksen ja yhden keskeytyneen, heikon hoitotuloksen terapiaistuntoja terapiaprosessien alku- ja loppuvaiheessa. Vastaisuudessa viittaamme Selman ja Maurin (pariskunta J003:n) sekä Millan ja Janikan (pariskunta J008:n) pariterapioihin. Kaikki nimet ovat muutettu asiakkaiden yksilöllisyyden suojaamiseksi. Selman ja Maurin itsearvioitu psyykkinen hyvinvointi pysyi kliinisen katkaisurajan yläpuolella terapiaprosessin alusta loppuun, ja molemmilla mitattiin kliinisesti merkitsevä myönteinen muutos teraprosessin aikana. Millan ja Janikan itsearvioitu psyykkinen hyvinvointi oli heikkoa, alle kliinisen katkaisurajan sekä terapian alussa että lopussa, ja muutos pariterapiaprosessin aikana oli tilastollisesti merkitsevästi kielteinen.

Tapaustutkimuksissa esittelemme graafisesti asiakkaiden ihon sähkönjohtavuuden aktivaatiota tutkittavien terapiaistuntojen ajalta. Kuvioista 1, 2, 3 ja 4 on nähtävissä asiakkaiden ihon sähkönjohtavuuden nopeat osatekijät. Poikkeuksellisen korkeat vireystasot on ympyröity molemmilta asiakkailta koko istuntojen ajalta. Kuviossa mustilla neliöillä merkityt korkeiden vireystasojen hetket muodostettiin useiden poikkeuksellisen korkeiden vireystasojen esiintymien perusteella. Istuntojen aikaiset dialogiset episodit on eroteltu dialogisen analyysin (Seikkula ym. 2012) avulla. Taulukkoon on lisätty dialogisten episodien rajat mustilla pystyviivoilla.

### 3.2.1 Hyvän hoitotuloksen (J003) pariterapiaprosessin ensimmäinen mittausistunto

Kokonaisuudessaan Maurin ja Selman, pariskunta J003:n, toisen pariterapiaistunnon keskustelussa oli tunnistettavissa 14 erilaista temaattista episodtia. Korkean vireystason hetkissä keskustelua syntyi parisuhteen ulkopuolisesta kolmannesta henkilöstä, parisuhteen ulkopuolisen suhteen vaikutuksesta Selman ja Maurin väliseen parisuhteeseen, sekä pariskunnan välisistä ristiriitaisista tilanteista, tunteista ja näkemyksistä. Istunnon aikana puhuttiin myös suhteen tilanteesta ennen pettämistä sekä suhteen tulevaisuudesta.

KUVIO 1. Selman (C5) ja Maurin (C6) toisen terapiaistunnon poikkeuksellisen korkeat vireystasot, valitut poikkeuksellisen korkeiden vireystasojen hetket ja dialogiset episodit.



Maurin vireystaso (Kuvio 1, C6) pysyi terapiaistunnon ajan melko tasaisena. korkeiden vireystasojen esiintymä oli havaittavissa Maurilla 47:stä minuutista alkaen, ja se loppui 51:n minuutin kohdalla. Maurin vireystaso kohosi uudelleen 67:n minuutin kohdalla se pysyi korkealla istunnon loppuun asti. Selman vireystaso (Kuvio 1, C5) pysyi terapiaistunnon ajan melko tasaisena, mutta 50:n minuutin jälkeen vireystasossa esiintyi enemmän korkeita piikkejä.

Tarkastelemamme korkean vireystason hetket Maurin ja Selman ihon sähkönjohtavuudessa sijoittuivat kahdelle peräkkäiselle temaattiselle episodille istunnon loppupuolella (Kuvio 1, kohdat 1 ja 2). Molemmissa episodeissa keskusteltiin suhteen ulkopuolisesta kolmannesta henkilöstä. Alla olevassa taulukossa esitetään dialogisen analyysin tulokset korkeiden vireystasojen hetkistä.

TAULUKKO 2. Dialoginen analyysi poikkeuksellisten korkeiden vireystasojen hetkistä: pariskunta J003, ensimmäinen mittausistunto.

Korkean vireystason hetki	Mauri(47:51-50:45) Selma (50:00-1:04:59)		
Dialoginen episodi	7	8	9
Dialogisen episodin kesto	47:46 - 50:57	50:58-01:03:30	1:03:31-08:56
Dialogisen episodin teema	Entisen suhteen vaikutus nykyiseen suhteeseen	Selman suhde kolmanteen osapuoleen	Ystävyysuhteet vastakkaiseen sukupuoleen
Määrällinen dominanssi	Mauri	Selma	Mauri
Semanttinen dominanssi	Mauri	Mauri	Selma
Interaktionaalinen dominanssi	T1	Mauri	T1
Keskustelun laatu	Monologinen	Monologinen	Dialoginen
Keskustelun kieli	Symbolinen	Symbolinen	Symbolinen
Muutoshetki	Ei	Kyllä	Kyllä

Maurin korkean vireystason hetki alkoi ensimmäisenä ja se sijoittui kokonaisuudessaan seitsemännen dialogisen episodin ajalle (Kuvio 1, kohta 1). Dialoginen episodi alkoi Maurin aloitteesta, kun hän alkoi kertomaan ajatuksiaan suhteen ulkopuolisesta kolmannelta henkilöstä 47:n minuutin kohdalla (Kuvio 1, kohta 1). Videotallenteelta on nähtävissä, että Maurin puhe kiihtyi ja hänen eleistään ja ilmeistään oli nähtävissä kiihtymystä ja hämmennystä koko dialogisen episodin ajan.

Maurin puheenvuoron jälkeen Selma kertoi omista kokemuksistaan ja näkemyksistään. Selman korkean vireystason hetki (Kuvio 1, kohta 2) alkoi Maurin aloittaman keskustelunaiheen aikana seitsemännessä dialogisessa episodissa ja jatkui episodeihin kahdeksan ja yhdeksän. Molempien asiakkaiden puheen laatu on monologista korkean vireystason hetkien alussa. Seuraava terapiadialogin ote on poimittu kohdasta jossa Maurilla esiintyi poikkeuksellisen korkeita vireystasoja ihonsähköjohtavuudessa.

**48:40**

Mauri: emmä tiedä että pel- pelkääkö se hän (*äänenkorkeus nousee*) sen takia että... että me yhdes... et mä nään sen kaverin vai pelkääkö se sitä että se kaveri näkee mejät yhdes vai- vai mitä hän pelkää mutta

**48:50**

T1: mm

Mauri: sen- sen takia jää tämmösiä yhteisiä tekemisiä pois... ku se kolmas on täs kokoajan mukana

T1: mmh

Mauri: täs elämäs

T1: mm

**49:00**

Mauri: mä en ees tiedä MILLÄ tavalla se on mukana täs elämäs mut se on (*nyökkää päällään kiihtyneenä*) tällä lailla on- on täs meidän yhteises elämäs meidän °mukana°

Otteessa Mauri pohtii Selman ajatuksia ja pelkoja silminnähden kiihtyneenä. Dialogisessa episodissa on indikatiivisia osia, joissa Mauri kertoo konkreettisista tapahtumista, mutta enimmäkseen puhe on symbolista merkitysten muodostamista hänen ja Selman ajatuksista, arvomaailmoista ja peloista. Mauri nostaa äänenkorkeuttaan, elehtii käsillään ja katsoo puhuessaan molempia terapeutteja ja Selmaa. Terapeutti vastaa Maurin puheenvuoroon pohtimalla Maurin ajatuksia toisen terapeutin kanssa. Mauri katsoo terapeutteja silmät suurina, mutta hänen autonominen hermostonsa rauhoittuu terapeuttien dialogin aikana. Seuraavassa dialogin otteessa terapeutit pohtivat keskenään kolmannen osapuolen vaikutusta suhteessa.

**49:05**

T1: se on varmaan jotenkin tärkeä kysymys että onko se... kolmas... samalla tavalla

**49:10** (*Mauri katsoo terapeutteja ja liikuttaa huuliaan*)

T1: tai eri tavalla mukana niinkun toisaalta Maurin mielessä ja toisaalta Selman... mielessä että

T2: mm... mm

T1: että siitä on ilmeisesti kamalan vaikeeta puhua

**49:22**

T2: mm... mm... °totta°

T1: tottakai se on vaikeeta puhua mutta että oishan siitä puhuttava että... mikä

T5: mm-

Terapeuttien reflektoinnin jälkeen Maurin ihon sähkönjohtavuus laskee ja sitä seuraa lyhyt Selman ihon sähkönjohtavuuden kohoaminen. Selman korkeasti virittäytynyt hetki (Kuvio 1, kohta 2) alkaa, kun hän vastaa Maurille 50:n minuutin kohdalla dialogisessa episodissa seitsemän. Selma aloittaa puheenvuoronsa rauhallisella äänensävyllä, joka kiihtyy puheenvuoron edetessä. Puhuessaan Selma liikuttaa käsiään. Tämän jälkeen Mauri kommentoi Selman puhetta, Selman ihon sähkönjohtavuuden aktiivisuus laskee hetkeksi ja Maurilla aktiivisuus nousee. Videolla on nähtävissä, että Mauri ottaa puheenvuoron itselleen.

**50:30**

Mauri: mutta että sehän- sehän niin- niin (1) sehän täs nyt on se se semmonen meidän yhteisten... juttujen ja tämmösten

T1: mmh

**50:40** (*Maurin ihon sähkönjohtavuudessa esiintyy kaksi korkeaa huippua.*)

Mauri: jos täs yhtä ihmistä pitää väistellä koko aika

T1: mm

(*Maurin puheen rytmi ja äänentaso rauhoittuu*)

Mauri: ei voida mennä... ku pitää väistellä... sehän niinku... tän niinku myrkyttää tän (*Mauri katsoo terapeutteja. Selma katsoo alas.*)

**50:57** (*Temaattisen episodin muutoskohta*)

T1: miten sää... Selma kuvaisit sitä että... jos... tämän... miehen suhteen joudut luopumaan jostakin niin mistä sä... luovut?

Mauri ilmaisee puheenvuorossaan näkemyksensä ja tunteensa vaikeasta aiheesta. Temaattinen episodi vaihtuu, kun terapeutti esittää Selmalle kysymyksen kolmanteen osapuoleen liittyen. Keskustelun aikana Selma pohtii tunteitaan kolmanteen osapuoleen, Maurin ja Selman erilaisia näkemyksiä vastakkaisten sukupuolten välisestä ystävydestä, tunnesiteistä sekä ystävien merkityksestä. Selma ottaa katsekontaktia Mauriin ja molempiin terapeutteihin, korottaa varovaisesti ääntään ja painottaa sanojaan. Seuraavassa ote on dialogisesta episodista yhdeksän, jossa Selma vastaa terapeutin kysymykseen.

### **01:04:30**

Selma: eli mä... joutusin luopumaan sellasista tunteista että mä tykkään jostain ihmisestä... ihmisenä

T1: Mauri käytti sanaa rakkaus

Selma: nii... no esimerkiksi vaikka rakkaus et kyl mä tunnen niinkun... tietynlaista rakkautta montaa muutakin miestä kohtaan

T1: mm

Selma: mitä- minkä mä koen niinku semmoseks... ..et mä- jos mä ajattelen jotain- sitä ihmistä... tai niitä... ni... mulle tulee semmone hyvä... olo

T3: mm

### **01:05:10**

C5: mutta sitten se rakkaus ei välttämättä tar- ei se oo sitä samaa mitä niinku siihen... niinku siihen kumppaniin

T3: mmh

C5: mä tiä... ymmärtääkö Mauri sitä että voi rakastaa muitaki ihmisiä... ku vaa sitä kumppaniansa... ..et siinä on se Maurin [perinteinen vastaan mun

Selman äänensävyistä ja eleistä on nähtävissä jännittyneisyyttä ja psyykkistä stressiä. Selma kuvailee tunteitaan ja ajatuksiaan ja pohtii Maurin ajatuksia rakkaudesta. Selma ja Mauri puhuvat Selman korkean vireystason kohdassa Selmalle tärkeistä asioista, kuten ystävien merkityksestä, tunnesiteistä ja rakkaudesta. Dialogisissa episodeissa kahdeksan ja yhdeksän Selma ja Mauri esittävät uusia oivalluksia ja ne sisältävät terapeutin muutoksen piirteitä. Dialogiin osallistuvat Selma, Mauri ja terapeutti. Terapeutti tekee tarkentavia kysymyksiä, joihin sekä Selma että Mauri vastaavat symbolisella kielellä pohdiskellen tunteitaan ja ajatuksiaan.

Videotallenteen perusteella korkean vireystason hetkissä oli nähtävissä tunneilmaisuun liittyvää elehdintää ja ilmeitä. Maurin korkean vireystason aikana Mauri ilmaisi kiihtymystä korottamalla ääntään, suuttumusta käyttämällä vahvoja ilmaisuja, pettymystä sanallisesti kuvailemalla, sekä mahdollisesti pelkoon liittyvää hämmennystä pyörittämällä silmiään ja korottamalla äänenkorkeuttaan. Lisäksi hän liikutteli korkean vireystason aikana käsiään ja puhui kiihtyneellä äänellä asioista jotka hän koki pettämiseksi parisuhteessa. Selman korkean vireystason aikana Selma ilmaisee varovaisuutta miettimällä sanojaan pitkään ja laskemalla varovaisesti päätään

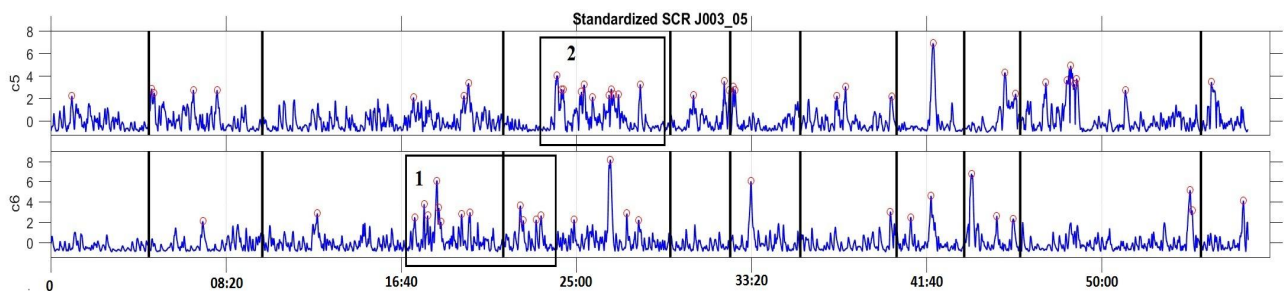


sekä katsetaan. Selma puhui katkonaisesti, varovaisesti toistellen ja sanojaan selitellen. Hän myös huokaili syvään ja katsoi terapeutteja hättäänntyneen ja ahdistuneen oloisena esittäessään Maurin näkemyksistä poikkeavia omia ajatuksiaan.

### 3.2.2 Hyvän hoitotuloksen (J003) pariterapiaprosessin viimeinen mittausistunto

Selma ja Mauri tulivat viimeiseen istuntoon rentoutuneen oloisina. He hymyilivät ja hakivat istunnon aikana useasti katsekontaktia toisiinsa. Kokonaisuudessaan viidennestä terapiaistunnosta oli löydettävissä 12 erilaista dialogista episodista (Kuvio 2). Istunnon aikana Mauri ja Selma pohtivat pariterapian onnistumista, yhteiselämää toistensa kanssa ja tekivät päätöksen pariterapian lopettamisesta. Päätöksen jälkeen terapiaistunto loppuu, kestäen vain 61 minuuttia. Istunnon aikana ei enää palattu toisen terapiaistunnon aikana keskusteltuun aiheeseen suhteen ulkopuolisesta kolmannesta henkilöstä. Istuntoa leimasi tyytyväisyys nykyiseen parisuhteeseen ja terapian onnistumiseen.

KUVIO 2. Selman (C5:n) ja Maurin (C6:n) viidennen istunnon poikkeuksellisen korkeat vireystasot, valitut poikkeuksellisen korkeiden vireystasojen hetket ja dialogiset episodit.



Selman (C5) vireystaso oli istunnon alussa melko tasaista, mutta 24:n minuutin kohdalla siinä on havaittavissa useiden poikkeuksellisen korkeiden vireystasojen esiintymä, joka loppui 28:n minuutin kohdalla. Toinen poikkeuksellisen korkeiden vireystasojen ryhmittymä alkoi 45:n minuutin kohdalla ja päättyi 48:n minuutin kohdalla. Myös Maurin (C6) vireystaso oli istunnon alussa tasaista ja hänellä oli yksi korkeiden vireystasojen ryhmittymä alkaen 17:sta minuutista ja päättyen 23:n minuutin kohdalla.

Valitsemamme Maurin ja Selman korkean vireystason hetket sijoittuvat kahdelle peräkkäiselle, kolmannelle ja neljännelle temaattiselle episodille istunnon alkupuolella. Maurin

korkean vireystason hetki (kuvio 2, kohta 1) alkaa episodissa kolme, kun terapeutit reflektoivat pariskunnan tilannetta ja pohtivat pariskunnan välisiä, ajatuksiin ja elämäntapoihin liittyviä eroja. Ihon sähkönjohtavuuden korkeat tasot esiintyvät Maurin ollessa itse hiljaa, paikoillaan ja kuunnellessaan terapeuttien reflektointia. Mauri vastaa terapeuttien reflektioon, minkä jälkeen alkaa Selman korkean vireystason hetki. Samalla Maurin vireystaso rauhoittuu. Selman korkean vireystason hetki (kuvio 2, kohta 2) sijoittuu kokonaisuudessaan episodiin neljä, jossa hän pohtii kyläyhteisön tapoja ja omaa rooliaan kyläyhteisössä. Seuraavaksi esittelemme dialogisen analyysin tulokset poikkeuksellisten vireystasojen hetkistä.

TAULUKKO 3. Dialoginen analyysi korkeiden vireystasojen hetkistä: pariskunta J003, viimeinen mittausistunto.

Korkean vireystason hetki	Mauri (17:19)-2 Selma (24:05-:27:01)	
Dialoginen episodi	3	4
Dialogisen episodin kesto	10:04-21:32	21:33-29:29
Dialogisen episodin teema	Maurin asema kyläyhteisössä	Pariskunta osana kyläyhteisöä
Määrällinen dominanssi	Mauri	Selma
Semanttinen dominanssi	Selma	Selma
Interaktionaalien dominanssi	T1	T1
Keskustelun laatu	Dialoginen	Dialoginen
Keskustelun kieli	Indikatiivinen	Indikatiivinen
Muutoshetki	Ei	Ei

Dialogisessa episodissa kolme terapeutit aloittaa keskustelun pariterapiaprosessille keskeisestä “perusjutusta”, Maurin ja Selman parisuhteen määrittelemisestä. Terapeutit reflektoivat Maurin ja Selman elämäntyyliä ja yhteensopivuutta parisuhteessa toisen terapeutin kanssa. Terapeutit pohtivat Maurin ja Selman erilaisia elämäntilanteisiin ja työhistoriaan liittyviä lähtökohtia kyläyhteisöön sopeutumisessa. Mauri kuuntelee terapeutteja tarkkaavaisesti ensimmäisten ihon sähkönjohtavuuden huippujensa aikana, jotka esiintyvät kahden ja puolen minuutin reflektoinnin aikana kohdassa 17:06-19:34. Tämän jälkeen Mauri kuvailee omaa työn kautta saavutettua asemaansa ja kertoo haluavansa jäädä sivuun aktiivisesta toiminnasta. Hän kertoo kaipaavansa “enemmän aikaa yhteiselolle ja kodille vaimon kanssa”. Mauri ja Selma vitsailevat ja nauravat pariskunnan perinteisistä sukupuolirooleista ja tavoista. Kaikki hymyilevät ja nauravat huvittuneina. 21:40:n minuutin kohdalla Selma tuhahtaa,

että kyläläiset paheksuvat hänen tapojaan. Mauri kuvailee kuinka hyvin he hänen mielestään sopivat Selman kanssa yhteen pariskuntana. Selma katsoo Mauria ja kuuntelee Maurin puhetta.

Selman korkea vireystaso (kuvio 2, kohta 2) alkaa neljännen dialogisen episodin aikana kohdassa 24:30, jolloin Selma pohtii kyläyhteisön suhtautumista hänen elämäntyylinsä. Selma esittää näkemyksiään, hänen vireystasonsa nousee ja Maurin vireystaso laskee. Terapeutti kysyy 25:n minuutin kohdalla, onko Selma tällä hetkellä tyytyväinen elämäntapaansa Maurin kanssa. “Kyllä mä oon” Selma vastaa ja nyökyttelee. Selma kertoo ahdistuneen oloisesti siitä, että ei mielellään haluaisi osallistua kyläyhteisön tapahtumiin ja elämäntyylisiin. 25:40:n minuutin kohdalla Selman vireystasossa on piikki, jolloin Selma sanoo: “Suon itselleni vapauden olla oma itseni kyläläisistä välittämättä”. Tämän jälkeen sekä Selma että Mauri kertovat olevansa parisuhteeseensa tyytyväisiä ja hyväksyvänsä toisensa sellaisina kuin ovat.

Yleisvireeltään asiakkaat ovat koko istunnon ajan rauhallisia ja hyväntuulisia mikä näkyy asiakkaiden hymyissä, toisiinsa kohdistuvissa katseissa sekä puheenaiheissa. Maurin korkeiden vireystasojen aikana Mauri on enimmäkseen hiljaa, kuuntelee terapeuttien reflektiivistä puhetta sekä Selman pohdintaa pariskunnan elämäntilanteesta. Maurin korkean vireystason hetken lopussa Mauri nauraa pitkään hänen ja Selman yhteiselle vitsailulle. Korkean vireystason aikana Maurin tunneilmaisusta on havaittavissa huvittuneisuutta, naurua ja iloa. Selman korkean vireystason aikana Selma pohtii kyläyhteisön arvoja ja keskustele dialogisesti terapeutin ja Maurin kanssa. Selma kuuntelee, puhuu rauhallisella äänellä ja kohdan loppupuolella pyörittää päätään ja tuhahtaa kertoessaan mielipiteensä.

### **3.2.3 Yhteenveto hyvän hoitotuloksen (J003) pariterapiaprosessin korkean vireystason hetkistä**

Selman ja Maurin ensimmäisessä mittausistunnossa paneuduttiin pariskunnan välisiin ristiriitoihin. Tutkimissamme korkean vireystason hetkissä asiakkaat kertoivat vuorotellen omia näkemyksiään vaikeasta aiheesta, joka herätti molemmissa osapuolissa ristiriitaisia tunteita kuten sanallisesti ja kehollisesti ilmaistua hämmennystä, suuttumusta ja pelkoa.

Sekä Mauri, että Selma puhuivat korkeiden vireystasojen hetkissä monologiseen tyyliin ja käyttivät pohdinnoissaan symbolista kieltä. Maurin korkean vireystason hetken aikana Mauri määritteli puheenaiheen ja puhui eniten, eli oli sekä määrällisesti että semanttisesti dominantti. Puheenvuorossaan Mauri ilmaisi tunteita kuten suuttumusta ja hämmennystä kehollisesti, sanallisesti

ja ääntään korottamalla. Maurin korkean vireystason hetkeä seurasi molemmissa istunnoissa Selman korkean vireystason hetki, jossa hän vastaa Maurin puheenvuoroon.

Ensimmäisessä mittausistunnossa Selman korkean vireystason hetken aikana määrällinen dominanssi on Selmalla ja semanttinen dominanssi Maurilla, sillä puheenaihe pysyy Maurin esiin nostamassa aiheessa. Maurille määrittyy myös interaktionaalinen dominanssi, sillä hän kommentoi aktiivisesti Selman puheenvuoroa. Tämän dialogisen episodin jälkeen Selma vaihtaa puheenaiheen yleisempään pohdintaan ystävyuden merkityksestä. Selman puheenvuoron jälkeen Mauri vastaa Selman esiin nostamaan teemaan. Tässä dialogisessa episodissa pariskunta on aktiivisessa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa, semanttisen dominanssin määrittäessä Selmalle ja määrällisen dominanssin Maurille. Samalla Selman vireystaso laskee ja keskustelun laatu muuttuu monologisesta dialogiseksi. Tämä dialoginen episodi luokiteltiin terapeutiksi muutoshetkeksi, sillä sen aikana keskustelussa luodaan uudenlaisia merkityksiä vaikean aiheen tiimoilta, ja pariskunnan välille syntyy dialogia.

Selman ja Maurin viimeisessä mittausistunnossa valmistellaan terapian loppumista ja keskustellaan terapian kulusta, sen myönteisistä vaikutuksista suhteeseen sekä pariskunnan yhteisestä arjesta. Tunneilmaisuus on viimeisessä mittausistunnossa enimmäkseen myönteistä ja korkeiden vireystasojen hetket sisältävät naurua ja hymyilyä. Keskustelun laatu on korkean vireystason hetkissä dialogista ja keskustelun kieli on indikatiivista, puheenaiheen pysyessä konkreettisissa tapahtumissa. Maurin korkean vireystason hetki alkaa hänen kuunnellessaan terapeuttien reflektiivistä puhetta Selman esiin nostamasta aiheesta. Mauri on määrällisesti dominantti ja Selma semanttisesti dominantti Maurin korkean vireystason hetkessä. Maurin korkea vireystaso rauhoittuu Maurin nauraessa pitkään pariskunnan yhteiselle vitsailulle. Tämän jälkeen Selma nostaa esiin uuden puheenaiheen, jolloin Selman vireystaso nousee ja Maurin vireystaso laskee. Selman korkean vireystason hetkessä Selma tuottaa eniten puhetta ja on määrällisesti ja semanttisesti dominantti. Selman tunneilmaisusta oli havaittavissa huvittuneisuutta, hämmennystä ja ärtymystä. Pariskunnan korkeiden vireystasojen hetkien aikaista dialogia ei luokiteltu terapeutiksi muutoshetkiksi, sillä puheessa keskitytään konkreettisten tapahtumien ja ajatusten kertaamiseen, ja vuorovaikutuksen dynamiikka pysyy dialogisena koko istunnon ajan.

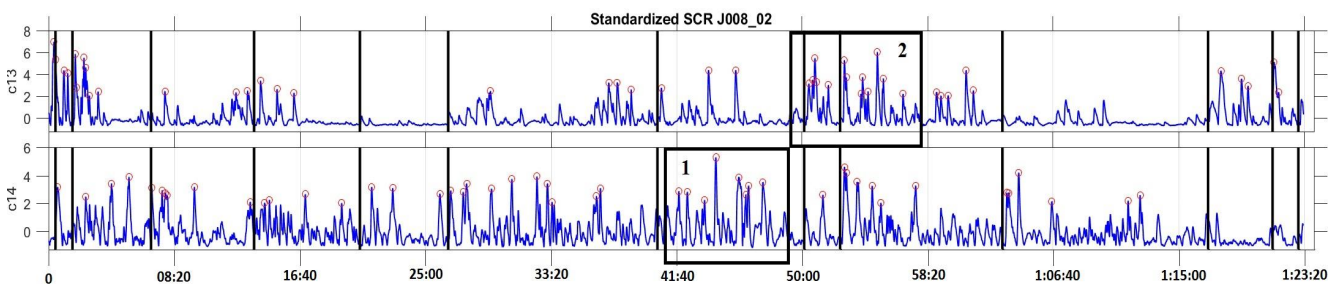
Viimeisen mittausistunnon aikaisissa korkean vireystason hetkissä Mauri ja Selma ovat dialogisessa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa poiketen ensimmäisestä mittausistunnosta, jossa virittäytyneet puheenvuorot olivat laadultaan monologisia. Korkeiden vireystasojen hetkissä käsitellyt teemat olivat viidennessä istunnossa keveämpiä ja sisälsivät vähemmän pariskunnan välisiä ristiriitoja kuin ensimmäisessä mittausistunnossa. Tunneilmaisuus oli viimeisen mittausistunnon

korkean vireystason hetkissä sopuisaa verrattuna ensimmäiseen mittausistuntoon, jossa Selma ja Mauri ilmaisivat ristiriitaisen ja vaikean aiheen nostattamia voimakkaita tunteitaan.

### 3.2.4 Huonon hoitotuloksen (J008) pariterapiaprosessin ensimmäinen mittausistunto

Millan ja Janikan ensimmäisestä mitattavasta terapiaistunnosta (toinen yhteensä viidestä istunnosta) oli kokonaisuudessaan tunnistettavissa 14 eri temaattista episodista. Istunnon aikana keskustelua syntyi pariskunnan välisestä roolijaosta, epäluottamuksesta, väkivaltaisista konflikteista sekä toimintatavoista.

KUVIO 3. Millan (C13) ja Janikan (C14) ensimmäisen mittausistunnon aikaiset vireystasot, valitut poikkeuksellisen korkeiden vireystasojen hetket ja dialogiset episodit.



Millan (C13) vireystason kohoamisia oli havaittavissa hetkellisesti terapian alussa ja 50:n minuutin kohdalla esiintyi pidempi vireystason kohoaminen, joka loppui 61:n minuutin kohdalla. Janikalla vireystasossa oli havaittavissa poikkeuksellisen korkeita piikkejä tasaisesti läpi terapiaistunnon, mutta ne rauhoittuivat hieman terapian viimeisellä neljänneksellä.

Valitsemamme korkeiden vireystasojen hetket sijoittuvat kolmelle peräkkäiselle temaattiselle episodille istunnon keskivaiheessa. Janikan korkean vireystason (Kuvio 3, kohta 1) hetki sijoittuu kahdeksannen episodin ajalle. Millan korkean vireystason hetki ( Kuvio 3, kohta 2) sijoittuu yhdeksännen ja kymmenennen episodin ajalle. Seuraavaksi esittelemme dialogisen analyysin tulokset korkeiden vireystasojen hetkien ajalta.

TAULUKKO 4. Dialoginen analyysi poikkeuksellisten korkeiden vireystasojen hetkistä: pariskunta J008, ensimmäinen mittausistunto.

Korkean vireystason hetki	Janika (41:49-47:25) Milla (50:29-56:43)		
Dialoginen episodi	8	9	10
Dialogisen episodin kesto	40:24-50:10	50:11-52:31	52:32-01:16:57
Dialogisen episodin teema	Epätasa-arvoinen vastuunjako parisuhteessa	Sukupuoliroolit	Epäluottamus parisuhteen kestävyYTEEN
Määrällinen dominanssi	Janika	Janika	Janika
Semanttinen dominanssi	T1	T1	T1
Interaktionaalinen dominanssi	T2	T1	T2
Keskustelun laatu	Dialoginen	Dialoginen	Dialoginen
Keskustelun kieli	Symbolinen	Indikatiivinen	Symbolinen
Muutoshetki	Ei	Ei	Kyllä

Janikan korkean vireystason hetki (Kuvio 3, kohta 1) esiintyi ensimmäisenä, pariskunnan keskustellessa epätasa-arvosta parisuhteessa sekä vastuunjaossa. Millan korkean vireystason hetki (Kuvio 3, kohta 2) esiintyi seuraavien temaattisten episodien aikana, joissa keskustelunaiheita olivat sukupuoliroolit sekä epäluottamus parisuhteeseen.

Janika puhuu korkean vireystason hetkensä (Kuvio 3, kohta 1) aikana turhautuneesti elehtien. Janika kertoo, että hän joutuu ottamaan vastuun lapsen hoidosta sekä käytännön asioiden hoitamisesta. Janika tuhahtaa: “ei mul oo vaihtoehtoja”, kertoessaan terapeuteille elämäntilanteestaan. Janika katsoo puhuessaan Millaa ärtyneen oloisesti silmiä siristäen. Milla vilkuilee kulmien alta Janikaa ja terapeutteja ja pyyhkii nenäänsä. Janika kertoo olevansa usein ärtynyt ja joutuvansa pettymään siihen, ettei Milla tee sitä mitä on luvannut. Terapeutit kysyvät Janikalta mitä silloin tapahtuu, ja millä tavoin Janika ilmaisee ärtymystään. Milla hymyilee ja kertoo Janikan jupisevan ja huokailevan itsekseen. Janika kertoo, ettei uskalla ilmaista ärtymystään sillä Milla ärsyyntyisi niin, että “siitä tulisi sota oikein”. Terapeutit kysyvät 45 minuutin kohdalla onko riitatilanteessa pelkoa väkivallasta. Janika vastaa myöntävästi “Millalta voi mennä pinna”, ja kertoo Millan joko raivostuvan tai uhkaavan lähteä pois kotoa. Milla lisää itse: “tai paiskon tavaroita”. Terapeutit kysyvät Millan ajatuksia näissä tilanteissa. Milla vastaa ettei hän niissä tilanteissa välitä siitä miltä Janikasta tuntuu. Milla kertoo ajattelevansa “en mä voi antaa periksi, en halua antaa periksi”. Janika seuraa katseellaan Millaa, hymyilee epäuskoisen ja hämmästyneen näköisesti ja

katsoo sitten terapeutteja. Samalla Janikan viireystaso rahoittuu hetkeksi 47:n minuutin 30:n sekunnin kohdalla.

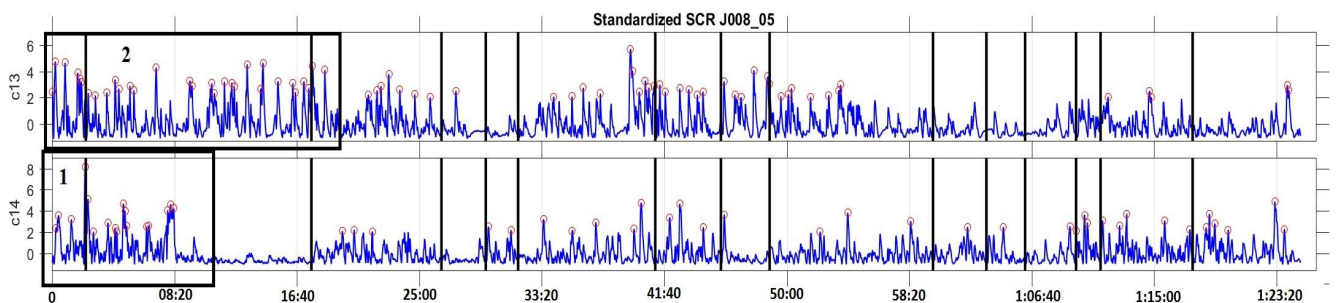
Millan korkea viireystaso alkaa 50:n minuutin kohdalla, jolloin terapeutti kysyy pariskunnan välisistä sukupuolirooleista. Janika kertoo Millan olleen aina olleen häntä miehekkäämpi. Milla kuuntelee Janikan puhetta ja naurahtaa hymyillen hänen kommenteilleen. Molemmat ottavat toisiinsa katsekontaktia ikään kuin flirttaillen. Milla hymyilee tyytyväisen näköisenä hänen viireystasonsa ollessa korkealla. Sukupolirooleista puhuttaessa vain Millan viireystaso on korkealla. Siirryttäessä puhumaan epäluottamuksesta tapahtuu molempien viireystasossa korkeita piikkejä vaikka vain Janika puhuu. 52:n minuutin 30:n sekunnin kohdalla esiintyy sekä Janikan että Millan viireystasossa poikkeuksellisen korkeita piikkejä, mutta Millan viireystasot erottuvat selkeämmin muun istunnon tasaisemmista lukemista. Janika korottaa ääntään “hirveitä pokkaa vaatii Millalta se koko asia”. Puheenvuoro säilyy Janikalla. Milla hymyilee ja myötäilee Janikan kertomaa. Milla vastaa Janikan puheenvuoroon tuhahtamalla, omaa toimintaansa ihmettelemällä, ja katsoo Janikaa. Janika vastaa Millan katseeseen. 55:n minuutin kohdalla Janika kertoo luottamuksen menettämisestä tarkemmin. Tästä seuraa keskustelu jonka aiheena on epäluottamus parisuhteen kestävyyydestä. Janikan mukaan luottamuksen puute on ollut suhteessa suuri ongelma ennen pettämistä, mutta sen hellittäneen myöhemmin. Janika kuvailee aikaisemmin pelänneensä “koko aika että Milla löytää jonkun toisen”. Janika kuvailee kokemuksiaan pettämisen jälkeen, oman elämän rakentamista, rajojen vetämistä ja itsenäistymistä. Janika kertoo määritelleensä pettämisen jälkeen selkeämmät rajat parisuhteelle. Janikan puheenvuoron jälkeen Millan viireystaso rauhoittuu.

Janikan korkean viireystason hetken aikana Janika ilmaisi vihaisuutta ja turhautuneisuutta puheessaan ja ilmeillään, ihmetystä pyörittämällä silmiään sekä huvittuneisuutta nauramalla ja tuhahtelemalla. Janika ja Milla nauravat yhdessä vitsaillessaan konfliktitilanteistaan. Näissä hetkissä Janikan viireystasossa ilmenee paljon huippuja. Millan korkean viireystason aikana Milla kuuntelee hiljaa, nauraa, hymyilee, ilmeilee, raapii päätään, kertoo omasta käytöksestään paheksuen, kuuntelee terapeutteja ja Janikan puhetta, vilkuilee sekä kohottelee kulmiaan. Terapeutit ohjasivat keskustelua aktiivisesti ja vastasivat asiakkaiden puheenvuoroihin sanoittamalla suhteessa esiintyvää vuorovaikutusta ja dynamiikkaa.

### 3.2.5 Huonon hoitotuloksen (J008) pariterapiaprosessin viimeinen mittausistunto

Viimeiseen istuntoon Milla ja Janika tulevat toisilleen vihastuneina kotona käydyin pitkittyneen riidan keskeltä. Istunnon aikana keskustellaan vakavista aiheista kuten väkivalta, psyykkinen pahoinvointi ja ero. Yhteensä viides istunto sisältää 15 temaattista episodtia. Keskustelussa palataan toisessa istunnossa käsiteltyihin aiheisiin väkivallasta ja epäluottamuksesta.

KUVIO 4. Janikan (C14) ja Millan (C13) viimeisen mittausistunnon vireystasot, valitut korkeiden vireystasojen hetket ja dialogiset episodit.



Millan (C13) korkea vireystaso pysyy korkeana lähes koko istunnon ajan, mutta rauhoittuu hieman istunnon viimeisellä kolmanneksella, 54:n minuutin kohdalla. Janikan vireystaso on istunnon alussa korkealla, mutta rauhoittuu kahdeksannen minuutin kohdalla. Lisäksi Janikalla esiintyy hetkittäisiä vireystason nousuja läpi terapiaistunnon.

Valitsemamme Millan ja Janikan korkean vireystason hetket alkavat samanaikaisesti ja sijoittuvat heti terapian alussa käytyyn keskusteluun, ensimmäiseen temaattiseen episodiin. Janikan korkean vireystason (kuvio 4, kohta 1) hetki loppuu 8:n minuutin 17:n sekunnin kohdalla, mutta Millan korkean vireystason hetki (kuvio 4, kohta 2) jatkuu aina kolmannen episodin alkupuolelle. Alhaalla esitämme dialogisen analyysin tulokset Millan ja Janikan viidennen istunnon korkean vireystason hetkistä.



TAULUKKO 5. Dialoginen analyysi poikkeuksellisten korkeiden vireystasojen hetkistä: pariskunta J008, viimeinen mittausistunto.

Korkean vireystason hetki	Janika (0:17-08:17) Milla (0:02 -18:34)		
Dialoginen episodi	1	2	3
Dialogisen episodin kesto	00:00-02:18	02:19-17:39	17:40-26:30
Dialogisen episodin teema	Lapsen hoitojärjestelyt	Millan katoamiset ja pahoinvointi katoamiset ja pahoinvointi	Parisuhdetytymättömyys
Määrällinen dominanssi	Janika	Janika	Janika
Semanttinen dominanssi	T1	Janika	Janika
Interaktionaalinen dominanssi	T1	Milla	T2
Keskustelun laatu	Monologinen	Monologinen	Monologinen
Keskustelun kieli	Indikatiivinen	Indikatiivinen	Symbolinen
Muutoshetki	Ei	Ei	Ei

Janikan ja Millan yhteisessä sähkönsäilytyksen huippukohtadassa keskustelun keskiössä ovat Millan katoamistempu ja psyykinen pahoinvointi. Janika ilmaisee huolensa siitä, että Milla tekee itselleen jotain. Samanaikaisesti Janika ilmaisee suuttumustaan Millan väkivaltaista ja ennakoimatonta käytöstä kohtaan. Milla kommentoi keskustelua koskien omaa pahoinvointiaan ja katoamisiaan. Janikan ihon sähkönsäilytyksen rauhoittuu terapeuttien kysellessä Millan ajatuksia ja Millan kertoessa niistä.

Molempien kumppanien vireystasoissa näkyy poikkeuksellisen korkeita piikkejä heti istunnon alussa, vaikka keskustelu on terapiaistunnon alussa rauhallista ja hidastempoista. Ensimmäisen kahden minuutin aikana Janika puhuu hitaasti, väsyneen oloisesti, silmiään pyöritellen ja Milla katsoo alas ja hymähtelee itsekseen. Molempien tunneilmaisusta on nähtävissä huvittuneisuutta, kun 2:n minuutin 15:n sekunnin kohdalla Milla kertoo kiukutelleensa kotona. Alussa tunnelma on jännittynyt, molemmat hymähtelevät ja vilkuilevat toisiaan. 2:n minuutin 58:n sekunnin kohdalla Janika kertoo Millan katoamistempuista, jolloin Millan olemus muuttuu nopeasti vitsailevasta ja hymähtelevästä synkäksi ja vihaisen oloiseksi. Milla katsoo maahan ja kommentoi lyhytsanaisesti Janikan puhetta. 3:n minuutin 45:n sekunnin kohdalla Janika kertoo Millan sylkässeensä hänen päälleen, johon Milla hymähtää. 4:n minuutin kohdalla Janika kertoo Millan uhkailleen häntä ja lasta. Janikan puhe kiihtyy kohdassa 4:50. Janika kertoo inhottavasta olostsa, ja elehtii kasvoillaan inhoa kohdassa 5:20. Janika korottaa ääntään ja puhuu suhteessa tapahtuneista asioista ärtyneesti ja vihaisesti kohdassa 5:30 ja kohdassa 6:20 hän kertoo olevansa vihainen Millalle. Janikan korkean virittäytymisen hetki loppuu kohdassa 8:20, jossa Janika ilmaisee surua ja vihaa.

Tässä hetkessä Janikan silmiin nousee kyyneleet. Kyyneleiden jälkeen ihon sähkönjohtavuuden vasteet rauhoittuvat, vaikka Janika puhuu kiihtyneellä äänellä vielä kahden minuutin ajan. Videotallenteella näkyvä kiihtynyt puhe ja hermostuneisuus eivät tämän itkuisen kohdan jälkeen enää näy ihon sähkönjohtavuuden vasteissa.

Janikan puheenvuoro loppuu kohdassa 9:30. Millalla esiintyy korkea aktivaatiota kohdassa 9:38, jonka aikana hän on hiljaa. Millan korkean virittäytymisen kohdat eivät esiinny yhtäaikaisesti hänen puheenvuorojensa kanssa. 10:n minuutin kohdalta alkaen keskustelu siirtyy Millan pahoinvointiin. Terapeutit kyselevät Millalta katoamisten syitä. Milla kertoo lyhytsanaisesti poistuvansa paikalta, jotta välttyisi haastamasta riitaa ja käyttämästä väkivaltaa. Milla katsoo alas suupielet alhaalla, kohauttelee olkiaan ja vastaa ”emmä tiiä” terapeuttien kysymyksiin. 11:n minuutin kohdalla Milla vastaa terapeutin kysymykseen terapian tavoitteista: ”Ei kai se o miun kohal mahdollista. Ehkä mä oon vaan tämmöne kusipää”, ja vilkaisee vihaisen näköisenä Janikaa. Janika vastaa Millan katseeseen ja laskee katseensa nopeasti. 14:30 kohdalla pariskunta lakkaa vastaamasta terapeuttien kysymyksiin seikkaperäisesti. Keskustelussa on pitkiä hiljaisia kohtia. Terapeutit kyselevät kysymyksiä ja Milla vastaa ”emmä osaa sanoa”. 17:n minuutin kohdalla Milla vastaa, että pahan olon kausia on ollut aiemminkin. Kohdasta 17:30 lähtien Milla istuu hiljaa ja katsoo alas. Kohdassa 17:50 Janika tuhahtaa päätään pudistaen ”emmä tiiä mitä pitäis tehdä...”. Hän kiihdyttää puhettaan, puhuu häneen kohdistuneista vaatimuksista ja katsoo Millaa kulmien alta. Milla kuuntelee, pitää katsettaan alhaalla leukaansa kohottaen ja nieleskellen. Kohdassa 18:30 Janika korottaa ääntään ja Milla raapii niskaansa. Millan viimeinen korkean virittäytyneisyyden piikki ajoittuu kohtaan 18:50, jolloin hänen olemuksestaan ei ole nähtävissä kiihtymystä, fyysistä virittyneisyyttä tai liikehdintää. Milla istuu hiljaa, katsoo alas ja vilkaisee Janikaa.

Viimeisen istunnon aikana pariskunnan vuorovaikutuksessa on tuhahtuksia, halventavia kommentteja ja puhumattomuutta koko istunnon ajan. Janikan korkean virittäytyneisyyden kohdalla Janika ilmaisee vihaa ja hätääntyneisyyttä ja kertoo tunteneensa inhoa. Millan korkean virittäytyneisyyden kohdalla Milla istuu hiljaa, vastailee terapeuttien kysymyksiin lyhytsanaisesti, kohottaa olkapäitään, katsoo alas ja vilkuilee vihaisesti Janikaa kohti leukaansa kohottaen.

### **3.2.6 Yhteenveto huonon hoitotuloksen (J008) pariterapiaprosessin korkean vireystason hetkistä**

Tutkimissamme Janikan ja Millan korkean vireystason hetkissä käsiteltiin konflikteja, väkivaltaa, epäluottamusta ja sukupuolirooleja. Janika oli määrällisesti dominantti, eli tuotti eniten puhetta kaikissa korkean vireystason hetkissä. Keskustelu oli ensimmäisen mittausistunnon virittäytyneissä

hetkissä laadultaan dialogista, ja viimeisen mittausistunnon hetkissä monologista. Sekä ensimmäisessä, että viimeisessä mittausistunnossa Janikan korkean vireystason hetkiin liittyivät Janikan kiihtyneet puheenvuorot. Millan korkeat vireystason hetket eivät olleet yhteydessä Millan omiin puheenvuoroihin sillä hän oli korkean vireystason hetkissään enimmäkseen hiljaa.

Millan ja Janikan ensimmäisen mittausistunnon korkean vireystason hetkissä esiintyi dialogista keskustelua terapeuttien ja asiakkaiden välillä. Puheenaiheina olivat vastuunjako, sukupuoliroolit parisuhteessa sekä epäluottamus parisuhteen kestävyys. Janika tuotti eniten puhetta eli oli määrällisesti dominantti kaikissa dialogisissa episodeissa, jotka sijoittuivat hänen ja Millan korkean vireystason hetkien ajalle. Semanttinen ja interaktionaalinen dominanssi oli terapeuteilla, sillä terapeutit ohjasivat keskustelua esittämällä kysymyksiä, joihin asiakkaat vastasivat vuorotellen. Janika kertoi korkean vireystason hetkensä aikana vastuun kasautuvan hänelle parisuhteessa ja perhe-elämässä. Janika kertoi myös riitatilanteisiin liittyvän väkivallan uhkaa ja kuvaili turhautumistaan Millan käytöstä kohtaan. Janika korotti ääntään ja osoitti ärtymystä ja hämmennystä sanallisesti. Hän pohti ajatuksiaan symbolisella kielellä ja dialogiseen tyyliin terapeutin kanssa. Millan korkean vireystason hetki alkaa Janikan korkean vireystason hetken jälkeen. Millan vireystaso nousee, kun Janika kertoo Millan olevan suhteen miehekkäämpi osapuoli, mihin Milla vastaa hymyilemällä ja katsomalla Janikaa. Puheenaihe vaihtuu terapeuttien aloitteesta pariskunnan väliseen luottamukseen. Janika kertoo tuohtuneena suhteen historiasta ja luottamuksen menettämiseen liittyvistä tekijöistä, jolloin Millan vireystaso pysyy korkealla ja Janikan vireystaso nousee. Milla kertoo terapeuteille epäluottamuksesta parisuhteen kestävyys. Terapiaistunnon aikana pariskunta vaikutti yksimieliseltä siitä, että Janika kantaa vastuun perhe-elämästä ja että Milla menettää hermonsä tilanteissa, joissa Janika ilmaisee ärtymystään.

Viimeisessä mittausistunnossa sekä Millan että Janikan vireystasot olivat korkealla heti istunnon alussa. Asiakkaat istuivat aluksi hiljaa ja katsoivat pois päin toisistaan, kuitenkin samanaikaisesti kehollisesti korkealla vireystasolla reagoiden. Janika tuotti eniten puhetta sekä oman että Millan korkean vireystason aikana. Ensimmäisessä episodissa semanttinen dominanssi oli terapeutilla, mutta kahdessa seuraavassa Janikalla. Janikan vireystaso laski ja rauhoittui hänen tunteita sisältävän monologisen puheenvuoronsa jälkeen, jossa hän ilmaisi tunteitaan sanallisesti ja kysyneitä pidellen. Puheenvuorossaan Janika pohti lapsen hoitojärjestelyitä ja kertoi terapeuteille Millan katoamisista ja väkivallan uhasta. Janikan vireystaso rauhoittui kohdassa jossa keskustelun aihe siirtyi Millan pahoinvointiin. Hoitojärjestelyjä sekä Millan tilannetta koskevien episodien kieli oli indikatiivista, sillä ne keskittyivät tapahtumien kertaamiseen. Millan vireystaso pysyi korkealla koko viimeisen istunnon ajan. Milla oli interaktionaalisesti dominantti oman korkean vireystasonsa aikaisessa episodissa, jossa hän vastaili terapeuttien ja Janikan aloittamiin keskustelunaiheisiin.

Parisuhdetyytymättömyyttä koskevan keskustelun kieli oli symbolista, sisältäen pohdintaa ja reflektointia. Mitään korkean vireystason hetkistä ei luokiteltu terapeuttiseksi muutoshetkeksi.

Viimeisen istunnon korkean vireystason hetket poikkeavat ensimmäisen istunnon korkean vireystason hetkistä intensiteetiltään sekä vuorovaikutuksellisesti että ajallisesti. Viimeisessä mittausistunnossa ilmaistaan tunteita, kuten vihaa ja inhoa, voimakkaammin kuin ensimmäisessä mittausistunnossa. Molempien istuntojen virittyneissä hetkissä esiintyy sekä naurua että äänen korottamista. Janika on kaikissa tutkimissamme hetkissä enemmän äänessä ja kertoo enemmän suhteen tilanteesta, ajatuksistaan ja tunteistaan oma-aloitteisesti. Milla sen sijaan kommentoi muiden puheenvuoroja. Milla on enimmäkseen hiljaa viimeisen istunnon korkeiden vireystasojensa aikana, ja kuitenkin hän reagoi kehollisesti voimakkaammin vireystasollaan kuin ensimmäisessä mittausistunnossa, jossa hän osallistuu aktiivisemmin keskusteluun. Sekä ensimmäisen, että viimeisen mittausistunnon korkeasti virittyneissä hetkissä terapeutit kyselevät pariskunnalta aktiivisesti kysymyksiä joihin Milla ja Janika vastaavat omilla vuoroillaan. Viimeisessä istunnossa Milla vastaa terapeuttien kysymyksiin vähäsanaisesti.

### **3.3 Hyvän ja huonon hoitotuloksen pariterapioiden korkean vireystason hetkien erot ja yhtäläisyydet**

Tutkimillamme pariskunnilla oli erilaiset taustat, ja myös terapiadialogeissa esiintyvä vuorovaikutus ja korkean vireystason hetket poikkesivat toisistaan monessa suhteessa. Korkean vireystason hetkien aikaisesta vuorovaikutuksesta ja siinä esiintyvistä dynamiikasta oli kuitenkin löydettävissä myös yhtäläisyyksiä. Molempien pariskuntien pariterapiadialogeissa käsiteltiin vaikeita aiheita, kuten luottamusta, molemminpuolista luottamuksen menettämistä, pettämistä sekä yhteiseen arkeen liittyviä tekijöitä.

Maurin ja Selman tapauksessa Mauri ilmaisee tunteitaan aloitteellisesti ja ottaa puheeksi suhteen luottamusta hiertävän tekijän. Millan ja Janikan tapauksessa Janika ilmaisee tunteitaan ja ajatuksiaan aloitteellisesti ja ottaa puheeksi heidän suhteensa luottamusta hiertäviä tekijöitä. Mauri ja Janika tuovat pariterapiaprosesseissaan esiin muutostoiveita, Selman ja Millan ottaessa parisuhdetta koskevissa keskusteluissa passiivisemmän roolin. Sekä Maurin ja Selman ensimmäisessä mittausistunnossa, että Millan ja Janikan ensimmäisessä mittausistunnossa muutosta kaipaavat henkilöt, Mauri ja Janika, ottavat puheeksi vaikeita aiheita. Samanaikaisesti heidän autonominen hermostonsa reagoi voimakkaasti, ja heidän kumppaneillaan vireystaso nousee näiden puheenvuorojen jälkeen.

Mauri, Selma sekä Janika ovat määrällisesti dominantteja, eli tuottavat itse eniten puhetta omien korkeiden vireystasojensa aikana. Milla sen sijaan ei tuota puhetta eikä ole määrällisesti eikä semanttisesti dominantti omissa korkeiden vireystasojensa hetkissä. Mauri, Selma ja Janika ottavat puheeksi uusia aiheita, eli ovat myös semanttisesti dominantteja korkeiden vireystasojensa hetkissä. Milla sen sijaan ei ota puheeksi uusia aiheita, eikä tee aloitteita keskustelun aihepiireihin liittyen korkean vireystasonsa hetkissä.

Maurilla ja Selmalla korkean vireystason hetket johtavat pariskunnan keskinäiseen dialogiin, kun taas Janikalla ja Millalla syntyy dialogia enemmän terapeuttien kuin toistensa kanssa. Vaikka Millan autonominen hermosto reagoi korkealla aktivoitumisella, hän ei ilmaise ajatuksiaan tai tunteitaan korkeiden vireystasojensa hetkissä. Janikalla taas korkean vireystason hetket liittyvät voimakkaaseen itseilmaisuun sanallisesti ja kehollisesti. Janika otti pariterapiadialogeissa aktiivisemmän ja aloitteellisemmän roolin. Maurin ja Selman pariterapian virittyneissä hetkissä Selma ottaa puheenvuoron itselleen Maurin puheenvuorojen jälkeen, ja puhuu itselleen merkityksellisistä, itse määrittämistään aiheista korkean vireystasojensa hetkien aikana. Selma osallistuu korkeasti virittyneiden hetkien aikana käytyyn dialogiin aktiivisena osapuolena.

## 4. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella terapian tuloksellisuuteen liittyviä tekijöitä vertailemalla hyvän ja huonon hoitotuloksen pariterapioita. Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää Relationaalinen mieli- projektiin osallistuneiden pariterapioiden tuloksellisuutta. Tutkimuksen toisena tavoitteena oli kerätä tietoa autonomisen hermoston korkean virittyneisyyden hetkistä ja niiden aikaisesta vuorovaikutuksesta pariterapiaprosesseissa. Kolmantena tutkimuksen tavoitteena oli vertailla asiakkaiden korkean vireystason hetkiä hyvän ja huonon tuloksellisuuden pariterapiaprosesseissa, ja kerätä tietoa siitä, miten virittyneissä hetkissä tapahtuva vuorovaikutus voi mahdollisesti vaikuttaa pariterapian hoitotulokseen. Korkean vireystason aikaisten hetkien merkityksiä hoitotuloksen kannalta tutkittiin vertailemalla hyvän ja huonon hoitotuloksen pariterapiaprosessien aikaisten virittyneiden hetkien eroja ja yhtäläisyyksiä.

### 4.1 Pariterapioiden tuloksellisuus

Tässä tutkimuksessa 16,7%:lla asiakkaista tapahtui kielteistä kehitystä psykoterapian aikana. Tämä on hieman korkeampi luku kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa kielteistä kehitystä tapahtui 5-9%:lla asiakkaista (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Lambert ym., 2003). 58%:lla asiakkaista ei tapahtunut tilastollisesti merkittävää muutosta terapian aikana, mikä on samansuuntainen aikaisempien vaikuttavuustutkimusten kanssa, joissa 53-56,5%:lla asiakkaista tilanne ei parantunut eikä huonontunut (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Lambert ym., 2003). Tässä tutkimuksessa 16,7%:lla tapahtui tilastollisesti merkitsevää myönteistä kehitystä ja 8,3%:lla tapahtui kliinisesti merkitsevää muutosta. Yhteensä myönteistä kehitystä tapahtui siis 25%:lla asiakkaista. Nämä luvut ovat hieman alhaisempia kuin aikaisemmissa psykoterapian vaikuttavuustutkimuksissa, joissa 20,9%:lla asiakkaista tapahtui myönteistä kehitystä ja 14,1%:lla kliinisesti merkittävää muutosta, eli yhteensä 35% asiakkaista hyötyi psykoterapiasta merkittävästi (Hansen, Lambert & Forman, 2002). Myöhäisemmässä tutkimuksessa myönteistä kehitystä tapahtui 38-39% asiakkaista (Lambert ym., 2003). Tutkimuksessamme esiintyneet alhaisemmat luvut myönteisessä kehityksessä voivat selittyä sillä, että käytimme tutkimuksessa suhteellisen korkeaa RCI:n arvoa (7), joka ei ole tarpeeksi herkkä

havaitsemaan lievää myönteistä kehitystä. Kokonaisuutena tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien psykoterapian tuloksellisuustutkimusten kanssa.

#### **4.2 Korkeiden vireystasojen hetket hyvän ja huonon hoitotuloksen pariterapioissa**

Mauri ja Selma raportoivat mittausistuntojen välillä tapahtuneen tilastollisesti merkittävää muutosta parempaan, kun taas Milla ja Janika raportoivat molemmat kliinisesti merkittävästä hyvinvoinnin huononemisesta ensimmäisen ja viidennen istunnon välillä. Korkeiden vireystasojen hetkissä oli näiden kahden parin välillä löydettävissä sekä yhtäläisyyksiä että eroja.

Korkeiden vireystasojen hetkien analyyseistä kävi ilmi, että hetkien aikana käydyissä keskusteluissa otettiin puheeksi ristiriitaisia, tunteita herättäviä aiheita. Asiakkaiden tunneilmaisua oli tunnistettavissa asiakkaiden äänenkäytöstä, ilmeistä, eleistä sekä tunteiden sanallistamisesta korkeiden vireystasojen hetkien aikana. Tulokset ovat linjassa tutkimusten kanssa, joiden mukaan ihon sähkönjohtavuuden osatekijät ja emotionaaliset kokemukset ovat yhteydessä toisiinsa (Kreibig, 2010; Hot ym., 2005). Kaikissa autonomisen hermoston korkean vireystason hetkissä asiakkaat eivät kuitenkaan itse puhuneet ristiriitaisista ajatuksista tai tunteistaan. Korkeita vireystasoja esiintyi myös asiakkaiden kuunnellessa terapeuttien ja kumppanin puheenvuoroja ristiriitaisista aiheista, sekä kohdissa joissa pariskunnat vitsailivat keskenään tai puhuivat mahdollisesti jännittyneisyyttä aiheuttavista aiheista, kuten sukupuoliroolit, miehisuus ja yhteisöön sopeutuminen. Nämä tulokset puoltavat Kreibig'in (2010) tutkimustuloksia, joiden mukaan ihon sähkönjohtavuuden nopeat osatekijät voivat liittyä myös huvittuneisuuden, ahdistuksen ja pelon tunnetiloihin.

Asiakkaat ottivat korkean vireystason hetkien aikana puheeksi parisuhteeseen liittyviä ristiriitoja. Tutkimamme ihon sähkönjohtavuuden poikkeavan korkeat vireystasot eivät kuitenkaan kummallakaan pariskunnalla esiintyneet systemaattisesti samoissa kohdissa temaattisten episodien kanssa. Useissa korkean vireystason hetkissä ihon sähkönjohtavuus reagoi voimakkaasti myös keskustelun aiheiden vaihtuessa toiseen. Molemmissa pariterapiaprosesseissa harjoiteltiin korkeiden vireystason hetkien aikana konfliktitilanteiden selvittämistä, mikä olisikin tutkijoiden mukaan tärkeä tekijä pariterapiaprosesseihin liittyvässä terapeutisessa muutoksessa (Gottman ym. 1998; Kumpula ja Malinen 2010). Maurin ja Selman tapauksessa molemmat asiakkaat puhuivat korkean vireystason hetkissään tunteistaan ja ajatuksistaan. Korkeiden vireystasojen hetkissä Mauri ja Selma tuottivat pääosin itse eniten puhetta ja toivat keskusteluun tasapuolisesti uusia puheenaiheita. Janikan ja Millan tapauksessa Janika oli eniten äänessä ja toi esiin ajatuksiaan ja tunteitaan. Milla sen sijaan reagoi

korkean vireystason aikana vetäytymällä keskustelusta, vastaamalla terapeuttien kysymyksiin lyhytsanaisesti, arvostelemalla omaa persoonaansa, omia toimintatapojaan sekä esittämällä ylenkatsovia kommentteja Janikan puhetta ja toimintatapoja kohtaan. Gottmanin ym. (1998) tutkimusryhmän löydösten mukaan ylenkatse, hyökkäävyys ja vetäytyminen olivat tuhoisia toimintamalleja parisuhteen konfliktien ratkaisemisessa. Millan ja Janikan pariterapiaprosessin korkeasti virittäytyneissä hetkissä käsiteltiin konflikteja, joiden aikana pariskunnan vuorovaikutuksessa esiintyi Gottmanin ym. (1998) esittämiä tuhoisia toimintamalleja. Nämä toimintamallit pariterapiaistunnon aikaisissa konfliktitilanteissa ovat osaltaan saattaneet vaikuttaa pariterapian huonoon tuloksellisuuteen.

Pariterapiassa tavoitteena on saada molempien osapuolten ääni kuuluviin siten, että molemmat parisuhteen osapuolet voivat hyötyä terapiasta (Kumpula ym. 2010, Seikkula ym. 2016). Tutkimissamme korkeiden vireystasojen hetkissä asiakkaiden äänet tulivat kuuluviin siten, että asiakkaat tuottivat puhetta ja toivat esiin ajatuksiaan ja itselleen tärkeitä puheenaiheita terapiakeskusteluihin. Millan ja Janikan pariterapiassa Milla ottaa keskusteluissa passiivisemmän roolin, eikä tuo uusia puheenaiheita korkeiden vireystasojen aikaiseen keskusteluun. Hänen ajatuksensa ja tunteensa eivät tulleet tasapuolisesti esiin, sillä hän elehti vetäytymällä, hiljentymällä ja hyökkäämällä omaa ja kumppaninsa persoona kohtaan. Millan jatkuvasti korkea ihon sähkönjohtavuuden aktiivisuus viimeisen mittausistunnon aikana saattaakin antaa viitteitä Silverthone:n (2007) ja Smith'in (1999) kuvailemasta taistele-ja-pakene reaktiosta, jossa sydämen syke nousee ja hikoilu lisääntyy runsaasti. Parisuhdeväkivalta oli yksi pariskunnan pariterapiaan hakeutumisen syistä. Millan korkea autonomisen hermoston aktiivisuus viimeisen mittausistunnon aikana saattaakin antaa viitteitä myös pariskunnan arjessa ilmenevien ristiriititilanteiden ja toimintamallien lähtökohdista.

Seikkulan ja Olsonin (2016) mukaan voimakkaasti virittäytyneet tilanteet ovat usein pariterapiaprosessin lähtökohtana, ja ajan kanssa virittyneitä tilanteita kohtaan voi rakentua ymmärrystä ja uudenlaisia merkityksiä. Maurin ja Selman pariterapiadialogeissa korkean vireystason hetket johtivat uudenlaisten merkitysten syntymiseen. Pariskunnan viimeisen mittausistunnon aikainen rentoutunut, helpottunut dialogi ja olemus saattaa kertoa siitä, että pariskunnan välisiä ristiriitoja ja ongelmallisia kokemuksia kohtaan oli syntynyt ymmärrystä. Pariskunnan korkean vireystason hetkien aikana muodostuvissa dialogeissa toteutui osaltaan Stiles'in (2001) määrittämä psykoterapian tavoite uusien merkitysten siltojen muodostamisesta erilaisten kokemusten välille. Myös Janikan ja Millan pariterapiassa korkeat vireystason hetket johtivat ensimmäisessä istunnossa uudenlaisten merkitysten ja ymmärryksen rakentumiseen. Pariterapiaistunnot toteutuivat kuitenkin hyvin poikkeuksellisesti siten, että viimeinen istunto pidettiin vasta puolen vuoden tauon jälkeen



edellisestä istunnosta. Pariskunta kärsi myös hyvin monenlaisista henkilökohtaisista ja pariskunnan välisistä ongelmista, jotka ovat saattaneet vaikuttaa pariskunnan valmiuksiin sitoutua pariterapiaan. Voidaan ajatella, että pariterapiassa syntyneet uudet merkitykset eivät Janikan ja Millan tapauksessa ole olleet riittäviä tulehtuneen tilahteen korjaamiseksi, tai ne eivät ole siirtyneet pariskunnan välille syntyneeksi yhteiseksi ymmärrykseksi.

Sekä Maurin ja Selman että Janikan ja Millan pariterapiassa keskusteltiin ongelmallisista kokemuksista, pettämisestä ja pariskunnan välisistä ristiriidoista. Tässä tutkimuksessa hyvän hoitotuloksen pariterapiaprosessin voimakkaasti virittäytyneissä hetkissä muodostui dialogia pariskunnan välille, ja molempien osapuolten äänet ja ongelmalliset kokemukset tulevat kuulluiksi. Huonon hoitotuloksen pariterapiatapauksessa dialogia ilmenee enemmän terapeuttien ja asiakkaiden välillä, kuin asiakkaiden välillä. Tutkimissamme korkean vireystason hetkissä vain toisen osapuolen ääni tulee kuulluksi, ja toinen osapuoli vetäytyy keskustelusta.

### **4.3 Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet**

Tutkimuksen rajoitteita olivat pieni otoskoko sekä laadullisen ja määrällisen tiedon vertailuun liittyvät ongelmat ja metodologiset rajoitteet. Tuloksellisuustutkimuksen rajoitteena voidaan pitää pientä otoskoko (n=24) sekä ainoastaan yhden tutkimusmenetelmän, ORS-kyselylomakkeiden, käyttöä tuloksellisuuden selvittämiseksi. Tutkimuksen metodologisena rajoituksena voidaan pitää sitä, että tutkimuksen kaksi osiota, tuloksellisuustutkimus ja laadulliset tapaustutkimukset kahdesta eri pariterapiatapauksesta tuottivat eri laatuista tietoa mitä ei yksiselitteisesti voida tulkita liittyvän toisiinsa. Tapaustutkimukset tuottivat korkean vireystason hetkistä laadullista informaatiota, mitä ei ilman laajempia tutkimuksia voida tulkita terapian tuloksellisuuteen liittyvinä tekijöinä, sillä korkean vireystason hetkien merkityksistä ja vaikutuksista pariterapian hoitotulokseen ei ole olemassa aiempaa tutkimustietoa. Tämä johtuu siitä, että ihon sähkönjohtavuutta ei laajemmassa mittakaavassa olla aiemmin tutkittu pariterapia- eikä psykoterapiatilanteissa.

Tuloksellisuustutkimuksen rajoituksena voidaan pitää myös sitä, että tuloksellisuutta tutkittiin yksilöterapiaa varten kehitetyn menetelmän avulla, ja tuloksia verrattiin yksilöterapioiden tuloksellisuustutkimuksiin (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Lambert ym., 2003). Edellä mainituissa aiemmissä tuloksellisuustutkimuksissa oli käytetty samankaltaisia mittausmenetelmiä tuloksellisuuden mittaamiseksi kuin tässä tutkimuksessa, ja nämä yksilöterapiaan perustuvien tuloksellisuustutkimusten tulokset olivat samansuuntaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

Tärkeää on kuitenkin huomata, että pariterapiaprosessit ovat dynamiikaltaan erilaisia kuin yksilöterapeuttiset prosessit ja siksi tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin ihon sähkönjohtavuuden nopeisiin osatekijöihin jotka kuvastavat vain sympaattisen hermoston aktivaatiota (Benedict ja Kaernbach 2010). Parasympaattisen hermoston aktivaatio jäi sen sijaan tutkimuksen ulkopuolelle. Parasympaattisen hermoston aktivaation tutkiminen ihon sähkönjohtavuuden hitaiden osatekijöiden tai sydämen sykkeen vaihtelutiheyden mittausten avulla voisi tarjota olennaista tietoa koko autonomisen hermoston toiminnasta, rauhoittumisen hetkistä ja myös autonomisen hermoston alivirittyneisyyteen liittyvistä stressireaktioista (ks. esim. Minton, K., Ogden, P., Pain, C., 2006). On tärkeää huomioida, että ihon sähkönjohtavuuden korkealle aktivaatiolle voi olla muitakin syitä kuin emootioihin liittyvät tekijät (Kreibig, 2010). Tässä tutkimuksessa otimme huomioon asiakkaiden liikehännästä johtuvat ihon sähkönjohtavuuden muutokset videotallenteiden tarkastelun avulla, ja jätimme ne tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimuksen laadullisen osion rajoitteisiin liittyy subjektiiviseen havainnointiin liittyviä rajoitteita. Videotallenteiden pohjalta tehdyt analyysit korkeista vireystason hetkistä perustuvat tutkijoiden havaintoihin, jotka sisältävät aina tulkintaa (Eskola & Suoranta, 2014). Vilkan (2007) mukaan tutkijan olisi tunnettava ja ymmärrettävä tutkittavan elämäkokonaisuutta varmistaakseen havaintojen oikeellisuutta. Tässä tutkimuksessa asiakkaiden kehollista ilmaisua ja sanojen merkityksiä koskevat havainnot tehtiin terapiatilanteiden ulkopuolisten tutkijoiden ja videotallenteiden perusteella, eikä merkityksiä voitu varmistaa asiakkailta itseltään. Tämä heikentää asiakkaiden tunneilmaisuun liittyvien havaintojen luotettavuutta. Grönforsin (1985) mukaan tutkijan omat tunteet ja tuntemukset ovat aina mukana havaintoja tehdessä, ja ne olisikin otettava huomioon myös tutkimuksen tuloksia raportoidessa. Tämän tutkimuksen puitteissa emme raportoineet tällaisia havaintojen rakentumiseen ja tulosten raportointiin liittyviä huomioita, sillä emme ulkopuolisina tutkijoina olleet osallisina terapiatilanteissa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Ulkopuolisuus saattaa mahdollistaa myös objektiivisemmän tarkastelun, kuin mitä esimerkiksi terapiatilanteissa itse työskennellyt terapeutti omaa tuntiessaan pariskunnan syvällisemmin ja oltuaan terapiatilanteissa itse aktiivisena osapuolena.

Hirsjärven (2003) mukaan havainnointi on kuitenkin erinomainen tapa analysoida nopeasti muuttuvia tilanteita ja useiden ihmisten välistä vuorovaikutusta. Se lienee yhä olemassa olevista

menetelmistä myös kokonaisvaltaisoin tapa analysoida inhimillistä tunneilmaisua. Triangulaation periaatteita noudattaen käytimme korkean vireystason hetkien tarkastelussa videotallenteiden lisäksi myös istunnoista tehtyjä litteraatioita, sekä kahden tutkimuksen ulkopuolisen tutkijan tekemiä dialogisia analyysejä, jotka myös perustuivat videotallenteisiin, sekä niiden perusteella tehtyihin litteraatioihin terapiaistunnoista. Vertailimme analyysejä kahden muun tutkijan tekemiin analyyseihin. Havaintoja tehdessämme keskustelimme yhdessä työparina asiakkaiden puhetta, eleitä, äänenkäyttöä, ilmehdintää ja tunneilmaisua koskevista havainnoista ja siten pyrimme toteuttamaan triangulaation periaatetta ja lisäämään tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää, että triangulaation periaatteiden mukaisesti tutkimuskysymyksiin vastattiin useita tiedonlähteitä ja menetelmiä hyödyntäen, ja sitä oli toteuttamassa kaksi tutkijaa (Eskola & Suoranta, 2014). Eskolan ja Suorannan mukaan (2014) triangulaation avulla pyritään huomioimaan tutkittavan ilmiön luotettavuutta tutkimalla sitä useasta näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa yhdistettiin asiakkaiden täyttämien kyselylomakkeiden avulla toteutettu terapian tuloksellisuustutkimus, ihon sähkönjohtavuuden avulla mitatut korkean vireystason hetket, dialoginen tutkimus ja terapiaistuntojen videotallenteiden katsomiseen perustuvat kahden tutkijan tekemät havainnot. Eri menetelmien avulla pyrittiin syventämään ymmärrystä pariterapiaprosesseissa esiintyvistä korkean vireystason hetkistä, sekä tarkastelemaan hetkiä useista eri näkökulmista.

#### **4.4 Jatkotukimusehdotukset**

Seikkulan ym. (2015) mukaan olisi tärkeää selvittää, voivatko autonomisen hermoston reaktiot antaa viitteitä asiakkaille merkityksellisistä aiheista, vaikka asiakas itse ei vielä olisi tietoinen näistä tunteistaan ja ajatuksistaan. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella autonomisen hermoston mittausten avulla voitaisiin mahdollisesti paikantaa hetkiä, joissa asiakas puhuu itselleen merkityksellisistä aiheista. Lisäksi fysiologisten mittausten avulla voitaisiin paikantaa erittäin korkeita vireystasoja ja ylivirittyneisyyttä (Minton ym. 2006), jolloin asiakkaan aktiivisuustaso nousee niin korkeaksi, että terapeutin työskentely vaikeutuu. Ylivirittyneisyyden havaitseminen ja

paikantaminen voisi mahdollistaa asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimisen terapiatilanteissa paremmin. Koska tutkimus on tapaustutkimus, tuloksia ei voida yleistää koskemaan muita pariterapiatapauksia (Eskola & Suoranta, 2014). Tulevaisuudessa olisikin hyödyllistä tarkkailla ilmiötä useammassa terapiaprosesseissa ja hyödyntää muitakin autonomisen hermoston mittausmenetelmiä, kuten esimerkiksi sydämensykevälivaihtelua.

Mielenkiintoista olisi myös tarkastella, miten korkean vireystason hetket vaikuttavat terapeutin yhteistyösuhteeseen, allianssiin, sillä sen on todettu vaikuttavan terapian tuloksellisuuteen (Wampold, 2001; Miller & Duncan, 2004). Tätä voisi tutkia esimerkiksi SRS-lomakkeiden (Miller & Duncan, 2004) avulla ja korkean vireystason hetkien perusteella tehtävien SimulatedRecall-jälkihaastattelumenetelmän avulla. Haastattelun avulla voitaisiin saada asiakkaiden subjektiivista kokemustietoa siitä, mitä asiakkaat kokivat, kun heidän vireystaso oli korkea, ja miten he kokivat näiden hetkien vaikuttavan terapeutin allianssiin.

## 5. LÄHTEET

- Andreassi, J. L. (2007). *Psychophysiology: Human behavior & physiological response* (5. painos). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Barbato A., D'Avanzo B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: a meta-analysis. *Psychiatric Q.* 2008 Jun;79(2):121-32. doi: 10.1007/s11126-008-9068-0. Epub 2008 Feb 8.
- Benedek, M., & Kaernbach, C. (2010). A continuous measure of phasic electrodermal activity. *Journal of neuroscience methods*, 190(1), 80-91.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (2000). Measuring emotion: Behavior, feeling, and physiology. In R. D. Lane, L. Nadel (Eds.), *Cognitive neuroscience of emotion*, (pp. 242-276). New York, NY: Oxford University Press.
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist*, 13(1), 1-9.
- Damasio A. R. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York, NY: Pantheon.
- Dawson, M. E., Schell, A. M., & Filion, D. L. (2007). The electrodermal system. Teoksessa J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, G. G. Berntson (toim.), *Handbook of psychophysiology*, 3. painos (s.159-181). New York, NY: Cambridge University Press.
- Dimberg U. (1982). Facial reactions to facial expressions. *Psychophysiology* 1982; 19:643–7
- Ekman, P. (1999) Basic Emotions. Teoksessa T. Dalgleish, ja M. Power (toim.) (2000). *Handbook of cognition and emotion*. (s.45-60). John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.
- Eskola, J., & Suoranta, J. (2014). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*, 10. painos. Tampere: Vastapaino.
- Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2013). *Family therapy: An overview* (8th international ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

- Gottman J. M., Coan J., Carrere S., Swanson C. (1998) Predicting Marital Happiness and Stability from Newlywed Interactions. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 60, No. 1. (Feb., 1998), pp. 5-22
- Greenberg L. & Pinsof, W. M. (1986) *The psychotherapeutic process: A research handbook*.
- Grönfors, M. (1985). *Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät*. Juva. WSOY.
- Guilford clinical psychology and psychotherapy series. New York, NY, US: Guilford Press.
- Haapanen, K., Niemi, T. (2016). Monitoimijaisten terapiadialogien muutoshetket pariterapiassa, neljän tapauksen kielellinen ja kehollinen virittyminen vuorovaikutuksessa.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose- response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: science and practice*, 9(3), 329-343.
- Helsingin kaupunki (2017). Pariterapiaan hakeutumisen syyt (viitattu 22.08.2017) <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/lapsiperheiden-palvelut/keskitetyt-erityispalvelut/pariterapia/>
- Hot, P., Leconte, P., & Sequeira, H. (2005). Diurnal autonomic variations and emotional reactivity. *Biological Psychology*, 69(3), 261–270.
- Hugdahl, K. (1995). *Psychophysiology: The mind-body perspective*. Harvard University Press.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12.
- Karvonen, A., Kykyri, V., Kaartinen, J., Penttonen, M., & Seikkula, J. (2016). Sympathetic nervous system synchrony in couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Kuhlman, I. (2012). Terapiamuutoksen ja -prosessin arviointi masennuksen pariterapeuttisessa hoidossa. *Perheterapia* 2/2012: 17-26
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta- analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288-301.

- Leiper, R., & Maltby, M. (2004). *The psychodynamic approach to therapeutic change*. Sage.
- Levenson, R. W. (2014). The autonomic nervous system and emotion. *Emotion Review*, 6, 100-112.
- Lidberg, L., & Wallin, B. G. (1981). Sympathetic skin nerve discharges in relation to amplitude of skin resistance responses. *Psychophysiology*, 18, 268-270.
- Martire, L.M., Schulz, R., Helgeson, V.S. (2010) Review and Meta-analysis of Couple-Oriented Interventions for Chronic Illness 40: 325. doi:10.1007/s12160-010-9216-2
- Mauss, I. B. & Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition and Emotion*, 23 (2), 209-237.
- Mendes, W. B. (2009). Assessing autonomic nervous system activity. Teoksessa E. Harmon-Jones & J.S. Beer (toim.), *Methods in social neuroscience*. (s.118-147). New York, NY: Guilford Press.
- Miller, S.D., Duncan, B.L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and Scoring Manual (2. painos)*. Chicago: Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analogue measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Minton, K., Ogden, P., Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy* (Norton series of interpersonal neurobiology). W. W. Norton & Company.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(1), 1-27.
- Nummenmaa, L. (2016). Tunteiden neurobiologia. *Lääkärilehti*, 10/2016.
- Parsons, T. D., Notebaert, A. J., Shields, E. W., & Guskiewicz, K. M. (2009). Application of reliable change indices to computerized neuropsychological measures of concussion. *International Journal of Neuroscience*, 119(4), 492-507.
- Porges, S.W. (1992). Vagal tone: A Physiologic Marker of Stress Vulnerability. *Pediatrics* 90:498-504.

- Seikkula, J. (2013). Research project of the human mind research programme. Relational mind in events of change in multiactor therapeutic dialogues. Suomen Akatemia.
- Seikkula, J., Karvonen, A., Kykyri, V-L., Kaartinen, J., Penttonen, M. (2015). The embodied attunement therapists and a couple within dialogical psychotherapy: an introduction to the relational mind research project. *Family Process*, vol. x, 2015. Family process institute.
- Seikkula, J., Kykyri, V-L., Karvonen, A., Penttonen, M., Kaartinen, J., Wahlström, J., Holma, J. (2013) Relational mind in the events of change in multiactor therapeutic dialogues. Project poster. University of Jyväskylä. Department of psychology, psychotherapy training and research centre
- Seikkula, J., Laitila, A., & Rober, P. (2012). Making sense of multi- actor dialogues in family therapy and network meetings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(4), 667-687.
- Seikkula, J., Olson, M. (2016). Chapter 5, Therapists' responses for enhancing change through dialogue: dialogical investigations of change. *Teoksessa: Research perspectives in couple therapy*. Springer international publishing Switzerland 2016.
- Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family process*, 44(4), 461-475.
- Sequeira, H., Hot, P., Silvert, L., & Delplanque, S. (2009). Electrical autonomic correlates of emotion. *International Journal of Psychophysiology*, 71, 50-56.
- Setz, C., Arnrich, B., Schumm, J., La Marca, R., Tröster, G., & Ehlert, U. (2010). Discriminating stress from cognitive load using a wearable EDA device. *IEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 14(2), 410–417.
- Silverthorn, D., Johnson, B., Ober, W., Garrison, C. and Silverthorn, A. (2007). *Human physiology: an integrated approach 4. painos* (s. 377-378) San Francisco: Pearson
- Smith, J. C. (1999). *ABC relaxation theory: An evidence-based approach*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L. & Loftus, G. R (2003). *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology* (14. painos). Belmont, CA: Wadsworth/ Thomson.
- Stern, R. M., Ray, W. J., & Quigley, K. S. (2000). *Psychophysiological recording* (s.19-21). New York, NY: Oxford University Press.



- Snyder D. K., Balderrama-Durbin C. (2012). Integrative Approaches to Couple Therapy: Implications for Clinical Practice and Research. *Behavior Therapy* Volume 43, Issue 1, March 2012, Pages 13-24
- Stiles, W. B. (2001) Assimilation of problematic experiences. Miami University. *Psychotherapy Theory, Research & Practice*. Volume 38, Winter 2001, Nr.4.
- Stiles, B., Osatuke, K., Click, M., & MacKay, H. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. Hermans & C. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91–107). New York: Brunner/Routledge.
- Sugase, Y., Yamane, S., Ueno, S., & Kawano, K. (1999). Global and fine information coded by single neurons in the temporal visual cortex. *Nature*, 400(6747), 869.
- Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. (2005). Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen hyväksymisperusteet. Luettavissa (30.7.2017) [http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa\\_koulutetut/psykoterapeutit/koulutuksen\\_hyvaksymisperusteet](http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_koulutetut/psykoterapeutit/koulutuksen_hyvaksymisperusteet), 2005.
- Vall, B.; Päivinen, H.; Holma, J. (2017) Results of the Jyväskylä research project on couple therapy for intimate partner violence: topics and strategies in successful therapy processes. *Journal of Family Therapy* (2017) 00: 00–00 doi: 10.1111/1467-6427.12170
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah (N.J.): Lawrence Erlbaum.
- Wicker B, Keysers C, Plailly J., Royet JP., Gallese V., Rizzolatti G. (2003). Both of us disgusted in My Insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron* 40(3):655-664
- Wilke, K., Martin, A., Terstegen, L., & Biel, S. S. (2007). A short history of sweat gland biology. *International Journal of Cosmetic Science*, 29, 169-179.
- Vilkka, H. (2006). *Tutki ja havainnoi*. Helsinki: Tammi.

## 6. LIITTEET

Liite 1

### Muutosarviontiasteikko (ORS)

Nimi: \_\_\_\_\_ Ikä (Vuosia): \_\_\_\_\_ Sukupuoli: M / N

Istunto # \_\_\_\_\_ Päivämäärä: \_\_\_\_\_

Auta meitä ymmärtämään, miten olet voinut kuluneen viikon aikana, tämä päivä mukaan lukien. Mieti alla olevia elämänalueita ja laita merkki sille kohdalle, millä tunnet olevasi. Janan vasen reuna merkitsee alempaa ja oikea reuna korkeampaa tasoa.

### Yksilöllisesti

(Henkilökohtainen hyvinvointi)

I-----I

### Läheisten ihmissuhteiden osalta

(Perhe ja muut läheiset ihmissuhteet)

I-----I

### Sosiaalisesti

(Työ, koulu, ystävyysuhteet)

I-----I

### Yleisesti

(Yleinen tunne hyvinvoinnista)

I-----I

Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson  
Suomennos: Jaako Seikkula ([jaakko.seikkula@psyka.jyu.fi](mailto:jaakko.seikkula@psyka.jyu.fi))  
Tapio Ikonen ([otikonen@dnainternet.net](mailto:otikonen@dnainternet.net))  
Ilpo Kuhlman ([ilpo.kuhlman@kuh.fi](mailto:ilpo.kuhlman@kuh.fi))