

PARITERAPIAPROSESSIN MERKITTÄVÄT ELEMENTIT JA NIIDEN YHTEYS
TERAPIASUHTEESEEN SEKÄ ASIAKKAIDEN JA TERAPEUTTIEN SYMPAATTISEN
HERMOSTON TOIMINTAAN

Piia Niemi

Noora Streng

Pro gradu -tutkielma

Psykologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Kesäkuu 2015

NIEMI, PIIA & STRENG, NOORA: Pariterapiaprosessin merkittävät elementit ja niiden yhteys terapisuhteeseen sekä asiakkaiden ja terapeuttien sympaattisen hermoston toimintaan.

Pro gradu -tutkielma, s. 47, 2 liitettä

Ohjaajat: Jaakko Seikkula & Virpi-Liisa Kykyri

Psykologia

Kesäkuu 2015

TIIVISTELMÄ

Tämä Pro gradu -tutkimus on osa Relationaalinen mieli monitoimijaisien terapiadialogien muutoshetkissä -projektia, jonka tavoitteena on tunnistaa ja tutkia vuorovaikutuksen merkityksellisiä hetkiä. Tämän tapaustutkimuksen tarkoituksena oli tutkia yhtä pariterapiaprosessia yhdistämällä laadullista ja määrällistä tietoa. Tarkastelimme istuntoja prosessin eri vaiheissa Pariterapian Q-set -menetelmän (PTQS) avulla. Tarkastelimme myös osallistujien arvioimia Session Rating Scale -mittarin (SRS) yhteispisteitä ja terapisuhteesta annettuja arvioita sekä niiden yhteyttä PTQS-tuloksiin. Huomioimme asiakkaiden istuntoja edeltäneen hyvinvoinnin vaikutuksen SRS-tuloksiin heiltä kerättyjen Outcome Rating Scale -mittarin (ORS) pisteiden avulla. Lisäksi tutkimme kuudennessa istunnossa mitattujen ihon sähkönjohtavuuksien avulla asiakkaiden ja terapeuttien sympaattisen hermoston toimintaa kolmessa istunnolle merkittävässä hetkessä. Hetket valitsimme PTQS-menetelmällä esiin nousseiden istunnon merkittävien elementtien avulla. Merkittäviä hetkiä tutkiessamme huomioimme myös istuntoa seuranneissa jälkihaastatteluissa annetut osallistujien kommentit heidän istunnon aikaisista ajatuksista ja tunteista.

Tutkimuksemme mukaan PTQS on hyvä menetelmä pariterapiaprosessin tutkimiseen. Sen avulla istuntojen merkittävien elementtien tunnistaminen oli varsin helppoa. Istunnoille ei-tunnusomaisten elementtien avulla löytyi tilanteita, joissa terapeutit olisivat voineet puuttua aktiivisemmin asiakkaiden väliseen vuorovaikutukseen ja nonverbaalisiin eleisiin. Tätä päätelmää tuki kuudennessa istunnon jälkihaastatteluissa annetut osanottajien kommentit. PTQS:n ja SRS:n välisten korrelaatioiden tarkastelussa meitä pohditutti SRS-arviointien luotettavuus, sillä SRS-pisteet seurasivat osin asiakkaiden terapiaistunnon alussa arvioimaa hyvinvointia. Asiakkaiden sympaattiset hermostot aktivoituivat osin erilaisten keskustelun teemojen aikana, eikä ihon sähkönjohtavuudessa esiintynyt synkroniaa heidän välillä kuin lapsista puhuttaessa. Lasten jakamisen lisäksi suurimmat sympaattisen hermoston aktivaatiot tulivat miehellä hänen lapsuuden perheeseen liittyen ja naisella pariskunnan tilanteeseen ja suhteen ongelmiin liittyen. Miehen ihon sähkönjohtavuus oli huomattavan tasainen yhden merkittävän hetken aikana. Jälkihaastattelussa selvisi, että hän oli kuitenkin kuunnellut tarkkaan keskustelua, passiivisesta olemuksestaan huolimatta. Merkittävien hetkien aikana terapeuttien ja asiakkaiden välillä sekä terapeuteilla keskenään oli paikoitellen samansuuntaista synkroniaa.

Avainsanat: Pariterapian Q-set (PTQS), SRS, ORS, pariterapiaprosessi, sympaattinen hermosto, ihon sähkönjohtavuus.

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

Department of Psychology

NIEMI, PIIA & STRENG, NOORA: Significant elements in couple therapy process and their connection to therapeutic relationship and participants' sympathetic nervous system reactions.

Master's Thesis, p. 47, 2 appendices

Supervisors: Jaakko Seikkula & Virpi-Liisa Kykyri

Psychology

June 2015

ABSTRACT

This Master's thesis is a part of research project The Relational Mind in Events of Change in Multi-actor Therapeutic Dialogues which aims to investigate significant moments of interaction. In this thesis we studied one couple therapy process by combining qualitative and quantitative information. One aim was to investigate sessions with method Couple Therapy Process Q-set (CTQS). Second aim was to investigate how CTQS results correlated with the Session Rating Scale (SRS) results rated by the clients and therapists. Total SRS scores and scores of the subscale Therapeutic Relationship were considered. We took into account that the clients' well-being, measured with Outcome Rating Scale (ORS), correlated partly with the participants' SRS scores. Third aim was to investigate participants' sympathetic nervous system reactions in the 6th session. We selected three different extracts by using CTQS and its information about important and significant elements of the session. Participant's feelings and thoughts in the session were utilised by using data from the stimulated recall interviews.

Our results showed that CTQS is a suitable method for describing couple therapy process. It identified significant moments rather readily. Uncharacteristic or negatively salient elements revealed situations which therapists didn't raise to discussion. In the situations there were problems in the couple's interaction and nonverbal gestures that were not identified by the therapists. Participants also adduced these situations in the stimulated recall interviews. We found correlations between CTQS and SRS. However, we considered the reliability of SRS due to its correlation to the clients' well-being in the beginning of the sessions. We also found that the clients' sympathetic nervous system reactions differed and synchrony between them was found only when their children were discussed. Male client's strongest sympathetic nervous system responses were related to discussion about his family of origin and sharing the children after possible divorce. Female client's strongest responses were related to discussion about problems in their relationship and possibly sharing the children. In one significant moment the male client's skin conductance level was remarkably even. In the stimulated recall interview it came up that he had been listening attentively in the moment, even if his being in the session seemed apathetic. Some moments of synchrony between the therapists and between the clients and the therapists were found.

Keywords: Couple Therapy Process Q-set (CTQS), SRS, ORS, couple therapy process, sympathetic nervous system, skin conductance.

SISÄLTÖ

JOHDANTO	1
Terapiaprosessin tutkiminen	1
Psychotherapy Process Q-set (PQS) ja Pariterapian Q-set (PTQS)	5
Session rating scale (SRS) ja Outcome rating scale (ORS)	6
Sympaattisen hermoston toiminta ja tunteet	7
Tutkimuskysymykset	8
AINEISTO JA MENETELMÄT	9
Menetelmät ja muuttujat	10
Aineiston analysointi	11
TULOKSET	15
PTQS-tulokset	16
PTQS-tulosten yhteys osallistujien SRS-vastauksiin	21
Sympaattisen hermoston reaktiot istunnon 6 merkittävässä hetkissä	23
Ensimmäinen hetki	23
Toinen hetki	27
Kolmas hetki	30
POHDINTA	33
LÄHTEET	44
LIITTEET	48

JOHDANTO

Tämä tutkimus on osa Relationaalinen mieli monitoimijaisten terapiadialogien muutoshetkissä -projektiä, jonka tavoitteena on tunnistaa ja tutkia niitä vuorovaikutuksen merkityksellisiä hetkiä, joilla on vaikutusta myös terapian tulokseen. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella yhden pariterapiaprosessin kulkua PTQS-menetelmän ja jokaiselta istunnolta kerättyjen SRS- ja ORS-mittareiden antaman tiedon avulla. Lisäksi tarkastelimme sympaattisen hermoston toimintaa PTQS-menetelmällä esiin nousseiden merkittävien hetkien aikana.

Terapiaprosessin tutkiminen

Sekä yksilöpsykoterapian että pariterapian on todettu lukuisissa tutkimuksissa ja meta-analyseissa olevan tuloksellista, mutta tuloksellisuuteen johtavat tekijät ja mekanismit ovat edelleen epäselviä ja kiistanalaisia (Sprenkle & Blow, 2004). Tutkimuksia asian selvittämiseksi on menneiden vuosikymmenten aikana tehty tuhansia ja monia ehdotuksia vaikuttavista tekijöistä ja muutoksen mekanismeista on esitetty, mutta mysteeri on yhä selvittämättä (Kazdin, 2009). Terapiatutkimuksen nähdään laajalti hyödyttävän terapiatyön kehittämistä, mutta terapiatutkimuksen perinteistä toteutustapaa kohtaan on esitetty myös kriittisiä äänenpainoja. Salgaddon (2015) mukaan tarvitaan uudenlainen kokonaisvaltainen teoria, jonka kautta tutkimustuloksia tulkitaan, jotta niistä voidaan rakentaa todellista ymmärrystä pelkän datan keräämisen sijaan. Myös Wahlström (2015) peräänkuuluttaa uudenlaista näkemystä psykoterapian luonteesta, jotta psykoterapian mysteeri koskaan voidaan ratkaista. Hänen mukaan psykoterapiatutkimuksessa on liikaa keskitytty terapeutin toimintaan ja yksittäisiin tekijöihin. Siten tutkimuksessa on unohdettu terapian sosiaalinen luonne ja asiakkaan oman tilansa parantamiseksi tähtäävä aktiivinen toimijuus sen käyttäjänä.

Yksi osa psykoterapiatutkimusta on kvantitatiivista tietoa korostava tulostutkimus, joka yrittää selvittää sitä, milloin terapia on tuloksellista ja mitkä tekijät johtavat sen onnistumiseen (Wahlström, 2012). Vaikuttavien tekijöiden suhteen on käyty paljon keskustelua terapiamuodoille yhteisten ja niille erityisten tekijöiden vaikutuksesta terapian lopputulokseen. Toinen osa psykoterapiatutkimusta on prosessitutkimus, jossa tarkastellaan terapiaistuntojen sisältöä, asiakkaan ja terapeutin välisten systeemien vuorovaikutusta ja niitä mekanismeja, joiden kautta asiakkaan

muutos tavoitetaan yksittäisessä istunnossa sekä läpi ajan (Greenberg & Pinsoff, 1986; Llewelyn & Hardy, 2001). Monet tutkijat erottavat terapian tuloksellisuus- ja prosessitutkimuksen toisistaan, mutta Llewelynin ja Hardyn mukaan niitä ei voi erottaa ja prosessitutkimuksen pääasiallinen tarkoitus on kehittää terapioista tuloksellisempaa. Heidän mukaansa prosessitutkimukset voidaan jakaa kuvaileviin tutkimuksiin, terapian lopputulosta ennustaviin tutkimuksiin ja niihin, joissa tutkitaan sitä, miten terapeutin muutos tapahtuu.

Kuvailevat prosessitutkimukset keskittyvät käyttäytymiseen, kieleen, ajatuksiin sekä tunteisiin, joita asiakkaat ja terapeutit ilmentävät istunnon aikana (Llewelyn & Hardy, 2001). Tähän tarkoitukseen on kehitetty ja validoitu useita mittareita, jotka voivat keskittyä terapeutin, asiakkaan tai ulkopuolisen tarkkailijan asemaan. Ne voivat kuvailla sanallista tai sanatonta viestintää, terapeutin käyttämää työskentelytapaa tai osanottajien tunteita tai tarkoituksia. Kuvailevat tutkimukset tarjoavat yksityiskohtaista tietoa psykoterapiassa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta, jota voidaan näkökulmasta riippuen tarkastella eri tavoin. Esimerkiksi Stiles (1979) tutki laajasti kielellistä vuorovaikutusta terapiaistunnoissa. Kuvaileviin tutkimuksiin kuuluu myös merkittävien terapian hetkien tutkimus, jossa merkittävien ja eniten auttaneiden hetkien ajatellaan sisältävän terapeutin muutokseen johtavia aineksia (Rice & Greenberg, 1984). Siinä yhdistetään usein laadullista ja määrällistä tietoa siten, että eniten apua ja vaikutusta tuoneet hetket terapiassa valikoidaan laadullisin keinoin ja hetkien tapahtumia tutkitaan kvantitatiivisesti.

Hypoteeseja testaavat tutkimukset ovat kiinnostuneita terapian lopputulosta ennustavista tekijöistä (Llewelyn & Hardy, 2001). Nämä tekijät voivat olla erilaisia tekniikoita sekä asiakasta tai terapeutia kuvailevia piirteitä. Tämä on eniten käytetty prosessitutkimuksen muoto. Tutkimuksien tulokset ovat tuoneet lisätietoa terapiaprosessin monimutkaisuudesta ja tulokset ovat olleet usein ristiriitaisia. Ne tutkimukset, jotka ovat keskittyneet huonoon lopputulokseen päättyneisiin terapioihin, tarjoavat tietoa siitä, mitä tapahtuu terapeutin ongelmien ilmetessä.

Kolmas terapiaprosessia kuvaava tutkimuslinja keskittyy siihen, miten muutos terapiassa tapahtuu, eli se linkittää terapeutin prosesseja tiettyihin terapeutin muutoksen teorioihin (Llewelyn & Hardy, 2001). Näiden tutkimuksien vahvuutena on prosessin ja muutoksen selkeä esiin tuominen sekä terapian vuorovaikutuksen moniulotteisuuden kuvaaminen, mutta tulokset eivät usein ole helposti yleistettävissä. Tärkeänä nähdään se, että tietyt tekijät terapiassa ovat hyödyksi tietyssä terapian vaiheessa eikä niiden lisääminen välttämättä muissa kohdin terapiaa paranna sen onnistumista.

Elliot (2010) esittelee neljä erilaista terapian muutosprosessien tutkimustapaa. Hän kokee ne välttämättömänä lisänä terapian tulostutkimusten rinnalle selvittämään millaisten prosessien kautta muutos terapiassa tapahtuu. Yleisin niistä on kvantitatiivinen prosessi-tulostutkimus, jossa terapian

sisällä tapahtuvia prosesseja tarkastellaan suhteessa terapian onnistumiseen. Muita ovat asiakkaan hyödylliseksi kokemien terapian tekijöiden laadullinen tarkastelu, terapiaistunnoissa tapahtuvien vuorovaikutusprosessien mikroanalyttinen tarkastelu sekä merkittävien terapian hetkien ja tapahtumien yksityiskohtainen tarkastelu. Kaikilla näillä tutkimustavoilla on omat haasteensa ja etunsa. Elliotin mukaan tapoja yhdessä käytettäessä saadaan hyvää tietoa terapian muutosprosesseista ja kausaalisuhteista terapeuttisten prosessien ja asiakkaan kokemien muutosten väliltä.

Kuten yksilöpsykoterapiatutkimuksessa, vaikuttaa pariterapiaprosessienkin tutkimuksessa terapian lopputulosta ennustavien tekijöiden tutkimus olleen valta-asemassa. Paljon tutkimuksesta ja keskustelusta on keskittynyt siihen, onko yhteisillä vai erityisillä tekijöillä suurempi vaikutus terapian onnistumiseen (Fraser, Solovey, Grove, Lee & Greene, 2012). Fife, Whiting, Bradford ja Davis (2014) argumentoivat, että perhe- ja pariterapian koulutuksen osalta on vahvasti tukeuduttu terapiatekniikoiden ja terapiamuotojen erityispiirteiden painottamiseen eikä yhteisten tekijöiden vaikutusta ei ole riittävästi korostettu ja opetettu. Toisaalta he pitävät ongelmallisena sitä, kuinka yhteisten tekijöiden merkitystä korostavien tutkimusten tuloksia on liian usein tulkittu niin, että teknistä terapiaosaamista ei tarvittaisi lainkaan ja varsinaisia terapiasuuntauksia osaamaton, intuitiotaan seuraava ihminen saisi samanlaisia tuloksia aikaan kuin terapiamuotoon huolella perehtynyt ammattilainen. He korostavat, että teknistä, jonkin suuntauksen mukaista terapiaosaamista tarvitaan onnistuneeseen terapiaan, mutta se ei yksin ole riittävä vaan vaatii onnistuakseen toimivan terapeuttisen allianssin.

Blow & Sprenkle (2001) painottavat yhteisten tekijöiden merkitystä pari- ja perheterapioiden toimivuudessa, mutta epäilevät sitä, että terapeuttiin liittyviä yhteisiä tekijöitä painotetaan niissä ehkä liikaa ja asiakkaaseen ja terapian ulkopuolisiin tekijöihin ei ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Heidän mukaansa kuitenkin terapeuttista allianssia ja terapeuttien vaikutusta sen syntyyn tulisi tutkia enemmän, erityisesti useita ihmisiä ja ihmissuhteita sisältävissä pari- ja perheterapioissa.

Evans (2011) määritteli pariterapian kulkuun vaikuttavia, asiakkaisiin ja terapeuttiin liittyviä yhteisiä tekijöitä. Asiakkaisiin liittyviä olivat esimerkiksi puolisoiden välinen negatiivinen kommunikointi ja kielteiset attribuutiot puolisoista. Terapeuttiin liittyviä yhteisiä tekijöitä olivat terapeutin käyttämä lämpö, empatia, yhteistyö, positiivisten asioiden korostaminen ja terapeuttinen allianssi. Terapeuttisen allianssin komponentteja Fifen ym. (2014) mukaan ovat asiakkaan ominaisuudet, asiakkaan ja terapeutin välinen suhde sekä terapeutin persoonallisuus, ihmissuhdetaidot ja tyyli. Nämä ovat monimutkaisempia pari- ja perheterapioissa, joissa asiakkaita on monia ja siten suhteita asiakkaiden ja terapeuttien välillä on lukuisia.

Tutkittua tietoa allianssin vahvasta merkityksestä terapian onnistumiseen on sekä yksilö- että pariterapian osalta (Horvath & Symonds, 1991; Johnson & Talitman, 1997). Jo Freud (1913/1958) korosti terapeutin luomaa avoimuutta ja ymmärtävää otetta, jonka avulla asiakas pystyi luottamaan ja kiintymään terapeuttiin. Allianssilla viitataan asiakkaan ja terapeutin välisen yhteistyön laatuun ja voimakkuuteen (Horvath & Bedi, 2002). Se sisältää positiivisia, tunteisiin liittyviä asiakkaan ja terapeutin välisiä sidoksia, kuten luottamuksen, pitämisen, kunnioittamisen ja välittämisen. Bordinin (1979) mukaan allianssi koostuu kolmesta elementistä; asiakkaan ja terapeutin välisestä suhteesta, yhteisymmärryksestä terapian tavoitteista sekä yhteisymmärryksestä terapian tehtävästä.

Knobloch-Feddersin, Pinsofin ja Mannin (2004) mukaan allianssi ei ole vakaa, vaan koko terapeutin prosessin läpi muuttuva ilmiö. Eri tutkimukset ovat tarjonneet erilaisia tuloksia allianssista läpi terapiaprosessin. Esimerkiksi terapian lopussa parempi allianssi oli yhteydessä parempiin tuloksiin (Anker, Owen, Duncan & Sparks, 2010). Tulokset olivat parempia myös silloin, kun partnerin allianssi terapeutin kanssa oli voimakas terapian lopussa. Miesten allianssilla oli suurempi ennustearvo kuin naisten vastaavalla. Terapian lopputuloksen kannalta ei ensimmäisen istunnon allianssilla ole tutkimusten mukaan juuri ennustearvoa, vaan allianssin muutoksella terapiaprosessin aikana.

Pariterapiatutkimuksessa, jossa asiakkaina oli väkivaltaisesti käyttäytyviä miehiä ja heidän puolisoita, huomattiin, että miehen allianssi ensimmäisessä istunnossa oli yksi onnistuneen terapian ennustajista (Brown & O'Leary, 2000). Korkea allianssi oli yhteydessä myös vähentyneeseen väkivaltaan. Toisaalta alun korkea allianssi voi edustaa epärealistisen korkeita odotuksia, jotka ovat yhteydessä huonompaan lopputulokseen ja terapian keskeyttämiseen (Florsheim, Shotorbani, Guest-Warnick, Berrat & Hwang, 2000). Näiden tutkimusten mukaan alussa matala, mutta terapian edetessä nouseva allianssi edustaa realistisia odotuksia terapiasta ja positiivisempia lopputuloksia. Toisaalta myös tasaisena etenevän allianssin on todettu ennustavan hyvää lopputulosta, eikä yksittäisen istunnon arviolla tutkimuksen mukaan ollut painoarvoa prosessin lopputulokseen (Bachelor & Salamé, 2000). Eri tekijöillä on vaikutusta allianssin kehitykseen eri terapian vaiheissa. Miehillä lapsuuden perheen ongelmat korreloivat negatiivisesti ensimmäisessä istunnossa koetun allianssin kanssa ja parisuhteeseen liittyvät ongelmat kahdeksannen istunnon allianssin kanssa (Knobloch-Fedders ym., 2004). Naisilla ei tässä tutkimuksessa allianssin kokemus korreloinut missään istunnossa lapsuuden perheeseen tai parisuhteeseen liittyviin huoliin. Tryonin ja Winogradin (2001) tutkimuksen mukaan se, että asiakkaat ja terapeutit olivat samaa mieltä hoidon tavoitteista ja työskentelivät yhdessä näitä tavoitteita kohti, johti parempaan terapian lopputulokseen.

Kaikki pariterapiatutkijat eivät allekirjoita yhteisten tekijöiden merkitystä. Sexton, Ridley & Kleiner (2004) kritisoivat yhteisten tekijöiden tärkeyttä osoittavien metatutkimusten olevan kyvyttömiä osoittamaan eroja terapiasuuntausten välillä, koska niissä ei katsota eri terapeutekniikoita riittävän yksityiskohtaisesti. Lisäksi heidän mukaan meta-analyysien luonteeseen kuuluu, että eri tutkimuksille yhteisten tekijöiden merkitys korostuu. He myös pitävät meta-analyysien otoksia liian pieninä ja kritisoivat yhteisten tekijöiden nousua pariterapiakontekstissa filosofisena ja riittämättömästi perusteltuna kannanottona uudenlaisten, postmodernien terapioiden puolesta ja empiirisesti todennettavia hoitomuotovaatimuksia vastaan. Erityisesti he korostavat sitä, että yhteisten tekijöiden tutkimisessa ei ole huomioitu erilaisia ongelmia, joihin todetusti on eri terapiasuuntausten välillä löytynyt eroja. He korostavat kuinka yksittäisten tekijöiden sijaan tulisi tarkastella muutosprosesseja ja pitävät yhteisiä tekijöitä enemmänkin tiettyjen muutosprosessien ja vuorovaikutuksellisten toimien tuloksena kuin alkuperäisinä tekijöinä ja syynä pariterapian onnistumiselle. He eivät kuitenkaan kiellä yhteisten tekijöiden merkitystä terafoissa, mutta huomauttavat, että niillä terapian tuloksen selittäminen yksinkertaistaa monisyistä terafoprosessia liikaa eikä kerro koko totuutta. Omassa muutoksen mallissaan he yhdistävät terapeuttiin liittyvät muutosprosessit, asiakkaisiin liittyvät muutosprosessit, heidän väliseen vuorovaikutukseen liittyvät prosessit ja korostavat kaikkien näiden keskinäisiä yhteyksiä. Terapeuttiin liittyvissä muutosprosesseissa oleellisena tekijänä on käytetty terapeutekniikka. Se tuodaan asiakkaille vuorovaikutuksessa ja saavuttaessaan asiakkaat se muuttaa heihin liittyviä prosesseja. Asiakkaiden kokemus ja terapeutin käyttämät tekniikat muokkaavat heidän välillä olevaa vuorovaikutusta. Siten eri prosessit ovat jatkuvasti muokkaamassa toisiaan.

Psychotherapy Process Q-set (PQS) ja Pariterapian Q-set (PTQS)

Enrique Jones (2000), yksi terafoprosessin tutkimisen tärkeyttä korostaneista tutkijoista, kehitti Psychotherapy Process Q-set -menetelmän (PQS) luodakseen psykoterapiaprosessia luokittelevan ja kuvaavan menetelmän. PQS koostuu sadasta terafoa kuvaavasta osiosta, jotka jakaantuvat asiakkaan asennoitumiseen, käyttäytymiseen sekä kokemuksiin, terapeutin toimintaan ja asennoitumiseen sekä asiakkaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutukseen. Menetelmä on suunniteltu käytettäväksi videoitujen, äänitettyjen tai litteroitujen terafoistuntojen tarkasteluun. Sata osiota jaetaan istunnon tarkastelun jälkeen yhdeksään pinoon sen mukaan, miten

tunnusomaisia tai keskeisiä ne kukin istunnolle olivat. Luokkaan yhdeksän tulee istunnolle kaikista tunnusomaisimmat osiot ja luokkaan yksi istunnolle vähiten tunnusomaiset osiot. Korttien lukumäärä jakautuu näiden yhdeksän luokan välille siten, että osiot saadaan noudattamaan normaalijakaumaa.

Vaikka jotkut tekijät määräytyisivätkin menetelmän mukaan ei-tunnusomaiseksi istunnon kannalta, ei se silti tarkoita, ettei kyseistä käyttäytymistä olisi tärkeää huomata (Ablon & Jones 1999). Jonkin käyttäytymisen poissaolo voi olla merkityksellistä prosessin ymmärtämisessä. PQS:n vahvuutena on terapiaprosessia määrittävien laadullisten tekijöiden esiin tuominen sekä jokaisen istunnon yksilöllisten piirteiden havainnollistaminen (Jones, 2000). Se myös mahdollistaa eri istuntojen välisen vertailun. Ablon ja Jones (1999) viittaavat artikkelissaan tutkimuksiin, joissa PQS-menetelmän reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi.

PQS-menetelmä on kehitetty yksilöterapiaan, eikä sen soveltaminen pariterapiakontekstissa ole tuottanut hyviä tuloksia (Peura, 2013b). Menetelmän sata osiota muokattiin pariterapiaan sopiviksi, jolloin kehitettiin pariterapian Q-set (PTQS). PTQS-menetelmästä on tehty aikaisemmin kaksi Pro gradu -tutkielmaa sen kehitysvaiheessa. Keiturin (2013) tutkielman mukaan PTQS-menetelmä kuvailee tarkasti terapiaprosessia ja Pesosen (2013) mukaan menetelmä tunnistaa hyvin eri terapiasuuntauksille ominaisia tekijöitä istunnosta ja sopii hyvin pariterapiakontekstiin. Menetelmän kehitysvaiheessa reliabiliteettimittauksien tulokset vaihtelivat 0.35 ja 0.61 välillä (Peura, 2013b). Keiturin (2013) ja Pesosen (2013) arvioidessa kolmea ensimmäistä istuntoa vaihteli reliabiliteetti 0.32 ja 0.60 välillä, saaden suurimman arvon kolmannessa arvioinnissa. Keiturin (2013) mukaan seuraavan viiden istunnon reliabiliteetti vaihteli 0.44 ja 0.76 välillä, keskiarvon ollessa 0.60.

Session rating scale (SRS) ja Outcome rating scale (ORS)

Terapeuttisen allianssin mittaamiseen on kehitetty Session Rating Scale -mittari (SRS) (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown & Johnson, 2003). SRS mittaa asiakkaan ja terapeutin välistä suhdetta, keskustelun päämääriä ja käsiteltäviä aiheita, terapeuttista lähestymistapaa sekä yleistä arviota terapiaistunnosta. Mittarin kolme ensimmäistä kohtaa perustuvat Bordinin (1979) näkemykseen allianssista ja neljäs, yleistä näkemystä terapiasta mittaava kohta perustuu Hatcherin ja Barendin (1996) tutkimukseen. Siinä asiakkaan terapiaa ja terapeuttia kohtaan tuntemaan luottamuksen lisäksi asiakkaan negatiivisten tunteiden ilmaisu terapiasuhdetta kohtaan huomattiin

olevan allianssia ja terapiassa edistymistä ennustavia tekijöitä. SRS-mittari perustuu asiakkaan rohkaisemiseen ilmaista allianssiin liittyviä ongelmia, jotta terapeutti pystyisi paremmin mukauttamaan toimintaansa asiakkaan odotusten mukaisesti. SRS-mittari ei ole alun perin kehitetty tutkimuskäyttöön vaan kliinisen työn menetelmäksi (Duncan ym., 2003).

Outcome Rating Scale -mittari (ORS) on yksilön hyvinvoinnin mittaamiseen kehitetty menetelmä (Duncan ym., 2003). Se kehitettiin lyhyemmäksi vaihtoehdoksi Outcome Questionnaire 45.2 -mittarille, joka sisältää yksilöllisen, interpersoonallisen sekä sosiaalisen ulottuvuuden. Näissä kolmessa ulottuvuudessa tapahtuvien muutosten on todistettu olevan yhteydessä terapian lopputulokseen (Lambert, Burlingame, Umphress, Hanse, Vermeersch, Clouse & Yankar, 1996). ORS sisältää edellisten lisäksi myös neljännen ulottuvuuden, joka mittaa yleistä tunnetta hyvinvoinnista.

SRS:n on todettu olevan reliaabeli ja validi mittari allianssin mittaamiseen (Duncan ym., 2003; Jansen, 2013). Toisaalta Kuhlman (2013) esittää väitöskirjassaan, että istunnon alussa mitattu ORS ennusti samansuuntaisesti istunnon lopussa mitattua SRS:ää. Edellisen istunnon lopussa mitattu SRS ennusti taas seuraavan istunnon ORS:ää. Campell ja Hemsleyn (2009) mukaan ORS:n ja SRS:n välillä ei esiintynyt vahvaa korrelaatiota, lukuun ottamatta SRS:n päämäärien ja ORS:n yksilön hyvinvointia, joiden välillä oli heikko, muttei merkittävä korrelaatio.

Reaaliaikaisen palautteen kyselemisellä terapian aikana on yhteys parempaan lopputulokseen (Lambert & Shimokawa, 2011). Palautteen kysymistä ja terapia-asiakkaan tilanteen seuraamista tukee myös Hannanin, Lambertin, Harmonin, Nielsenin, Smartin, Shimokawan ja Suttonin (2005) tutkimus, jonka mukaan terapeutit eivät pystyneet ennustamaan asiakkaan terapian lopputulosta.

Sympaattisen hermoston toiminta ja tunteet

Autonominen hermosto on osa ääreishermostoa ja sen tehtävänä on säädellä kehon toimintoja sopeutumaan sisäisiin ja ulkoisiin vaatimuksiin (Mendes, 2009). Sen aktiivisuus voi johtua monista eri syistä, kuten liikkumisesta, asennon vaihtamisesta, nukkumisesta, sairauksista tai ikääntymisestä. Autonominen hermosto jaetaan sympaattiseen ja parasympaattisen hermostoon (Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus & Lutz, 2014). Sympaattisen hermoston toiminta on liitetty kiihtyneisyyden ja vireystilan kasvuun ja parasympaattisen hermoston toiminta lepoon ja palautumiseen. Elektrodermaalisen aktiviteetin eli ihon sähkönjohtavuuden mittaaminen on yleinen ja

perinteinen mittari sympaattisen hermoston toiminnalle (Mendes, 2009). Sympaattinen hermosto säätelee hikirauhasia, joiden toimintaa iholle asetetuilla sensoreilla mitataan. Autonomisen hermoston toiminta on viimeaikaisissa tutkimuksissa liitetty myös tunteiden kokemiseen (Kreibig, 2010). Niissä negatiivisesti sävyttyneet tunteet kuten viha, ahdistus, inho, häpeä, pelko ja surullisuus ovat olleet yhteydessä tiheämpään pulssiin ja ihon sähkönjohtavuuden aktivaation kasvuun. Positiiviseksi arvioidut tunteet kuten ilo, mielihyvä, ylpeys ja huvittuneisuus ovat lisänneet vain ihon sähkönjohtavuuden aktivaatiota.

Ihon sähkönjohtavuuden synkronia ihmisten välillä on yhdistetty empatiaan (Slovák, Tennent, Reeves & Fitzpatrick, 2014). Slovákin ym. tutkimuksen mukaan jatkuva samansuuntainen synkronia ihmisten välillä liittyi korkeaan emotionaaliseen sitoutumiseen ja heilahteleva synkronia matalaan. Ihon sähkönjohtavuuden konkordanssin, eli yhdenmukaisuuden, on tutkimuksissa havaittu liittyvän asiakkaiden arvioihin terapeuttien empaattisuudesta (Marci, Ham, Moran & Orr, 2007). Mikroanalyysit ovat todistaneet lisäksi, että korkeamman konkordanssin hetkinä on ilmennyt enemmän positiivisesti sävytynyttä vuorovaikutusta niin asiakkailla kuin terapeuteillakin. Lisäksi Marcin ja Orrin (2006) mukaan matala konkordanssi on liitetty terapiassa hetkiin, joissa terapeutti on emotionaalisesti etäinen.

Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia tapaustutkimuksena yhtä pariterapiaprosessia. Tutkimuksemme on kuvailevaa laadullista terapiatutkimusta, johon yhdistämme korrelatiivista tutkimusta hyödyntäen määrällistä tietoa istuntoihin ja osallistujien lomakevastauksiin liittyen. Koska terapeutin allianssin merkitystä on korostettu pariterapiatutkimuksissa, haluamme myös tutkia voimmeko löytää tapauksessamme tekijöitä, jotka vaikuttavat osallistujien kokemukseen terapeutista yhteistyösuhteesta. Lisäksi tarkastelemme osallistujien sympaattisen hermoston reaktioita valitsemissamme terapian merkittävässä hetkissä.

Työssä tarkastelemme mitkä terapiaistuntojen elementit olivat terapiaprosessissa merkittävässä osassa ja miten ne vaihtelivat istuntojen välillä prosessin edetessä. Tutkimme myös miten istuntoja kuvaavat elementit olivat yhteydessä asiakkaiden ja terapeuttien arvioihin terapiaistuntojen onnistumisesta ja terapeutista yhteistyösuhteesta, käyttäen hyödyksi heidän SRS-vastauksia ja niihin kuuluvia terapiasuhdearvioita. Huomioimme myös asiakkaiden hyvinvoinnin yhteyden SRS-

vastauksiin ja terapisuhdearvioihin. Lisäksi tarkastelemme kuudennessa istunnossa asiakkaiden ja terapeuttien sympaattisen hermoston reaktioita kolmen merkittävän hetken aikana, jotka edustavat istunnon merkittäviä elementtejä. Hyödynnämme kuudennen istunnon jälkeisissä jälkihaastatteluissa saatua tietoa osallistujien ajatuksista ja tunteista istunnon ajalta. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiset PTQS-menetelmällä arvioidut elementit kuvaavat parhaiten istuntoja terapiaprosessin eri vaiheissa?
2. Miten istuntoja kuvaavien elementtien vaihtelu istuntojen välillä on yhteydessä asiakkaiden ja terapeuttien arvioihin terapiaistunnoista ja terapisuhteesta?
3. Millaisia sympaattisen hermoston reaktioita tapahtuu asiakkailla ja terapeuteilla kuudennen istunnon merkittävien hetkien aikana?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tapaustutkimuksemme aineisto muodostuu yhden Relationaalinen mieli -projektiin suostumuksensa antaneen pariskunnan pariterapiaprosessista. Keski-ikäinen pariskunta hakeutui Jyväskylän yliopiston Psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan asiakkaiksi parisuhdeongelmien sekä miehen väkivaltaisuuden vuoksi. Terapian alkaessa nainen oli raskaana ja äitiyslomalla, kun taas mies oli päivätöissä. Terapeutteina toimi kaksi opetus- ja tutkimusklinikan kokenutta pari- ja perheterapeuttia. Terapia alkoi lokakuussa 2013 ja toukokuuhun 2015 mennessä oli pidetty 10 istuntoa, joista viimeisin joulukuussa 2014. Maaliskuussa 2015 oli tarkoitus pitää terapian yhdestoista istunto, mutta se tuli asiakkaiden puolelta perutuksi. Asiakkailta ei työn valmistumiseen mennessä kerätty terapian päättymiseen liittyvää palautetta, joten heidän hyvinvointinsa kymmenennen istunnon jälkeen ei ole tiedossa. Tutkimuksemme aineistoon kuuluvat kymmenen ensimmäistä istuntoa. Kolmea poikkeusta lukuun ottamatta istuntojen väli oli noin 1-1,5 kuukautta. Seitsemännen ja kahdeksannen istunnon väli oli 3 kuukautta ja yhdeksännen ja kymmenennen väli 2 kuukautta. Kukin istunto kesti puolitoista tuntia.

Menetelmät ja muuttujat

Pariterapian kaikki istunnot taltioitiin videokameroin siten, että videoilla näkyvät sekä tarkat kasvokuvat että kokovartalokuvat kaikista neljästä osallistujasta. Toinen ja kuudes istunto olivat erityisiä mittaustunteja, joiden aikana kaikilta osallistujilta mitattiin autonomisen hermoston tilaa kuvaavia fysiologisia parametreja. Näitä olivat hengitys, sydämen syke sekä ihon sähkönjohtavuus. Ihon sähkönjohtavuus mitattiin tutkittavien ei-dominoivasta kädestä. Vuorokauden kuluessa mittaustunnosta pidettiin kaikille istunnon osallistujille erikseen jälkihaastattelu, jossa johtava tutkija esitteli neljä valitsemaansa merkittävää kohtaa edeltäneestä terapiaistunnosta ja kyseli osallistujilla istunnossa kyseisten kohtien aikana ilmenneitä ajatuksia, tunteita ja kehon tuntemuksia. Jälkihaastattelut kuvattiin videotallenteiksi, joissa näkyy erikseen sekä tarkat kasvokuvat kaikista haastatelluista että kokovartalokuvat haastatellusta ja haastattelijasta yhdessä. Haastattelujen aikana osallistujilta tallennettiin autonomisen hermoston tilaa mittaamalla ihon sähkönjohtavuutta, hengitystä, puhetta ja pulssia.

Terapiaprosessin tutkimiseen käytimme vielä julkaisematonta PTQS-menetelmää (Peura, 2013a). Sillä on mahdollista saada tietoa jokaisesta istunnosta, niiden samankaltaisuuksista ja eroavaisuuksista. Terapiaa kuvaavat osiot tulostetaan erillisille korteille, jotka jaetaan istunnon tarkastelun jälkeen yhdeksään pinoon tunnusomaisuuden ja keskeisyyden mukaan siten, että luokkaan yhdeksän kuuluu istunnolle kaikista tunnusomaisimmat osiot ja luokkaan yksi vähiten tunnusomaiset. Korttien lukumäärä jakautuu näiden yhdeksän luokan välille siten, että osiot saadaan noudattamaan normaalijakaumaa. Osioiden jakautuminen yhdeksän luokan välille on esitetty taulukossa 1 ja esimerkki yhdestä PTQS-osioista ja sen arviointiohjeista taulukossa 2.

TAULUKKO 1. Osioiden jakautuminen eri luokkiin (Peura, 2012)

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

Sata osiota jakautuu terapeutin käyttäytymistä kuvaaviin, asiakkaan käyttäytymistä kuvaaviin sekä istuntoa yleisesti kuvaaviin tekijöihin (Peura, 2013b). Väittämien lisäksi manuaalissa esitetään kirjallinen ohje kullekin osiolle arvioinnin helpottamiseksi.

TAULUKKO 2. Esimerkki PTQS-osiosta (Peura, 2013a)

Osio 1. Puolisot ilmaisevat negatiivisia tunteita (esim. kriittisyyttä, vihamielisyyttä) terapeuttia kohtaan (vs. tekevät hyväksyviä tai arvostavia huomautuksia).
Arvioi terapiaistunnolle <i>tunnusomaiseksi</i> , jos puolisot ilmaisevat, joko verbaalisesti tai nonverbaalisesti, kriittisyyden, inhon, kateuden, halveksunnan, kiukun tai vihamielisyyden tunteita terapeuttia kohtaan. Esimerkiksi he moittivat terapeuttia siitä, että tämä ei ymmärrä heitä tai ei ole tukenut heitä tarpeeksi terapian aikana.
Arvioi terapiaistunnolle <i>ei-tunnusomaiseksi</i> , jos puolisot ilmaisevat positiivisia tunteita terapeuttia kohtaan. Esimerkiksi he sanovat asioita, jotka osoittavat pitämistä, arvostusta tai kiitollisuutta tai heidän suhtautumistaan terapeuttiin muulla tavoin välittyvä positiivinen tunnelataus.

Terapiasuhteen kokemuksista ja istuntojen vuorovaikutuksen onnistumisesta saimme tietoa SRS-mittarilla. Asiakkaiden hyvinvoinnista saimme tietoa ORS-mittarilla. SRS- ja ORS-mittarit sisältävät molemmat neljä 10 senttimetrin mittaista analogista mittaria, joihin asiakas ja terapeutti laittavat merkinnät ohjeiden mukaisesti (Duncan ym., 2003; Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010). Pistemäärät lasketaan mittaamalla viivoittimella vasemmasta reunasta lukien kunkin osion pistemäärät, jotka lopulta summataan. Suurin mahdollinen pistemäärä molemmissa mittareissa on 40. SRS:ssä alle 36 pisteen ja ORS:ssä alle 25 pisteen jäävät tulokset viittaavat tarpeeseen keskustella asiakkaan kanssa tuloksista (Kuhlman, Tolvanen & Seikkula, 2012). Asiakkaat täyttivät ennen jokaista istuntoa ORS-lomakkeet ja sekä asiakkaat että terapeutit jokaisen istunnon jälkeen SRS-lomakkeet.

Aineiston analysointi

Tutkimusprosessimme aluksi tutustuimme aineistoon katsomalla kaikki aineistomme terapiaistunnot sekä mittausistuntojen jälkeen tehdyt jälkihaastattelut. Katselun aikana jaoimme mielipiteitämme ja huomioitamme terapiakeskustelujen sisältöön sekä vuorovaikutukseen liittyen. Mietimme aineistosta esiin nousseita merkittäviä ja kiinnostavia teemoja. Ajatustemme pohjalta katsoimme kaikki terapiaistuntojen kymmenen videota uudelleen. Tällöin keskustelimme monista heränneistä ajatuksista ja teimme kattavasti muistiinpanoja linkittäen ne kellonaikaan, jolloin ne

istunnossa tapahtuivat. Muistiinpanoja kertyi 38 sivua ja ne käsittelivät monia teemoja, kuten puheiden sisältöä, asiakkaiden puhetapaa, asiakkaiden keskinäisen puheen määrää ja laatua, asiakkaiden non-verbaalisia eleitä, asiakkaiden syytöspuhetta ja syyttäviä äänenpainoja, syytöksiin vastaamisen tapoja, toimijuuden ja ei-toimijuuden ilmauksia, terapeuttien välisten reflektiopuheiden sisältöjä, terapeuttien aiheiden vaihtoja ja kysymysten kohteita sekä positiivisen palautteen antamista ja osoittamista sekä asiakkaiden välillä että terapeuteilta asiakkaille.

Toisen katselukerran jälkeen pohdimme analyysimetodin valintaa ja päädyimme siihen, että terapiaprosessin tutkimiseksi haluamme tarkastella istuntojen sisältöä ja vuorovaikutuksen piirteitä mahdollisimman laajasti ja valitsimme analyysimetodiksemme pariterapioiden istuntokohtaiseen tarkasteluun tarkoitetun PTQS-metodin. Varmistimme metodin saamisen käyttöömmä sen kehittäjältä Pekka Peuralta ja saimme häneltä siihen myös kuuden tunnin koulutuksen.

Ensimmäisen istuntojen katselukerran jälkeen keräsimme kaikkien aineiston istuntojen ORS- ja SRS-kyselyjen tulokset. Tutkimuksessa käytetyt osat lomakkeiden tuloksista on esitetty liitteessä 1. Mittasimme arvot millimetreittäin kaikista kyselyjen alaskaaloista ja summasimme alaskaalojen arvot ORS- ja SRS-pistemääräksi kullekin osallistujalle ja kullekin istunnolle. Osassa SRS-kyselyn lomakkeita oli alaskaalojen mitta lyhyempi kuin 10cm ja näissä tapauksessa skaalasimme annetut vastaukset 10 senttimetriin kaavalla

$$A_1 = \frac{A_0}{K_0} \times 10cm$$

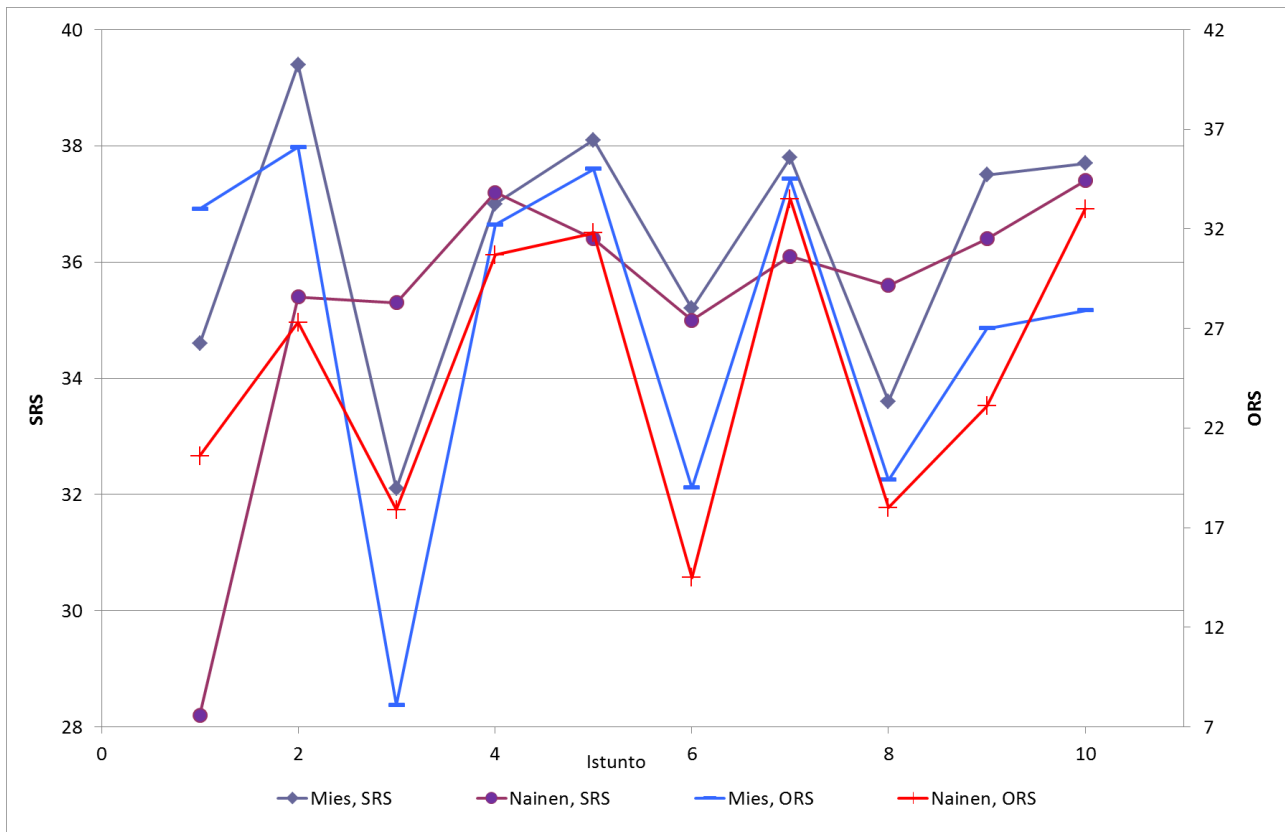
jossa

A₁ = Uusi alaskaalan arvo

A₀ = Vanha alaskaalan arvo

K₀ = Vanha alaskaalan pituus, eli maksimiarvo

Piirsimme sekä asiakkaiden ORS-vastauksista että asiakkaiden ja terapeuttien SRS-vastauksista kuvaajia Exceliin ja vertailimme niiden muutoksia terapiaistunnon aikana. Huomasimme, että asiakkaiden hyvinvointia ennen jokaista terapiaistuntoja kuvaavat ORS-arvot vaihtelivat hyvin paljon istunnosta toiseen ja että heilahtelu oli valtaosaltaan parittaista, eli joka toiseen istuntoon tullessa hyvinvointi oli korkealla ja joka toiseen matalalla. Huomasimme jo alustavassa Excel-tarkastelussa myös sen, että asiakkaiden istuntojen jälkeen antamat SRS-vastaukset seurasivat heidän istuntoja ennen antamiaan ORS-vastauksia. Tämä korostui miehen vastauksissa. Kuvio 1 näyttää asiakkaiden ORS- ja SRS-vastausten vaihtelun läpi terapiaprosessin, joka nousi yhdeksi mielenkiinnon kohteeksi valitessamme istuntoja tarkempaan analyysiin.



KUVIO 1. Asiakkaiden SRS- ja ORS-vastaukset

Valitessamme istuntoja tarkasteltaviksi PTQS-metodilla, käytimme kriteereinä sekä istuntojen kiinnostavuutta, ajallista sijaintia terapiaprosessissa, niiden erilaisuutta ORS- ja SRS-arvioiden suhteen sekä autonomisen hermoston mittausten osumista istuntoihin. Päädyimme valitsemaan PTQS-tarkasteluun istunnot 2, 4, 6, 8 ja 10. Täten saimme mukaan sisällöltään kiinnostavia ja vaihtelevia istuntoja tasaisesti koko terapiaprosessin ajalta sekä saimme mukaan mittausistunnot, eli istunnot 2 ja 6. Lisäksi saimme mukaan istuntoja, jotka olivat erilaisia sen suhteen millaiset asiakkaiden hyvinvointia kuvaavat ORS-pisteet olivat istuntoa ennen ja miten ne muuttuivat seuraavaan istuntoon mennessä. Kuten kuviosta 1 näkyy, on istunto 2 sellainen, jossa sekä naisen että miehen ORS-pisteet olivat korkealla istuntoon tullessa, mutta seuraavaan istuntoon tullessa ne olivat laskeneet paljon. Istunto 4 poikkeaa prosessin alulle tyypillisestä jyrkästä vaihtelusta siten, että ORS-pisteet olivat korkealla sekä ennen istuntoa että ennen sen jälkeistä istuntoa. Istunto 6 puolestaan on istunto, johon tullessa asiakkaiden hyvinvointi oli hyvin alhaalla, mutta jonka jälkeen seuraavaan istuntoon mennessä hyvinvointi kasvoi taas korkeaksi. Istunnot 8 ja 10 sijoittuvat terapiaprosessin siihen osaan, jossa hyvinvointipisteet alkoivat tasaisesti ja rauhallisesti nousta jyrkkien vaihtelujen jälkeen.

Harjoitellessamme PTQS-metodin käyttöä, arvioimme yhdessä metodin kehittäjän kanssa osaa istunnosta 2. Sen jälkeen arvioimme kaksin istunnot 10, 2, 4, 6 ja 8, tässä järjestyksessä. Arvioita tehdessämme katsoimme yhdessä istunnon videolta ja sen jälkeen tiiviisti keskustellen teimme aluksi ensilajittelun metodin osioille ja lopuksi tarkemman lajittelun normaalijakauman mukaisesti PTQS-luokkiin. Lajittelun teko kesti meillä keskimäärin noin neljä tuntia. Istunnon 6 arvioimme ensin erillämme tutkiaksemme metodin reliabiliteettia arviointiemme välillä. Reliabiliteetin laskimme Pearson r -korrelaatiolla ja se oli 0.738 ($p < 0.001$). Erillisten arvioiden jälkeen keskustelimme arviointiemme välisistä eroista ja tulimme yhteisymmärrykseen siitä, mikä on yhteinen arviomme istunnon 6 osalta. Käytimme tätä yhteistä arviota tutkimuksessa. Reliabiliteetit yhteisen arviomme ja erillisten arvioiden välillä olivat 0.838 ($p < 0.001$) ja 0.935 ($p < 0.001$). Istunto 6 oli PTQS-metodin kannalta kaikista arvioituista istunnoista yksi haastavimmista, koska siinä PTQS-metodille oleellinen osioiden pakottaminen normaalijakaumaan oli työlästä, koska osiot painoutuivat tunnusomaiseen päähän. Emme kirjanneet ylös ensilajittelumme tuloksia emmekä sellaisen lajittelun tuloksia, jossa normaalijakaumaan pakotusta ei tarvitsisi tehdä, koska nämä toimet eivät ole PTQS-metodiin kuuluvia.

Saatuamme istuntojen PTQS-arviot valmiiksi, tarkastelimme osioiden saamien arvojen muuttumista istunnosta toiseen. Huomioimme, mitkä istuntojen elementit olivat hyvin tai erittäin tunnusomaisia ja toisaalta hyvin vähän tai erittäin vähän tunnusomaisia läpi terapiaprosessin. Poimimme tarkempaan tarkasteluun PTQS-osiot, jotka jossakin istunnossa olivat saaneet ääriarvoja joko erittäin tunnusomaisena tai erittäin vähän tunnusomaisena (arvot 9 tai 1), eli jotka olivat istuntojen merkittäviä elementtejä. Kuvailimme tarkastellut istunnot näiden merkittävien elementtien avulla sekä istunnon 6 osalta myös hyödyntäen sitä seuranneissa jälkihaastatteluissa esiin tulleita osallistujien ajatuksia.

Laskimme Pearson r -korrelaatiot kaikkien PTQS-osioiden arvojen ja istuntojen jälkeen arvioitujen SRS-pisteiden ja terapiasuhdearvioiden välille. Vaikka SRS-pisteet kokonaisuudessaan kirjallisuuden mukaan kuvaavat terapeuttista yhteistyösuhdetta, halusimme tarkastella erikseen myös SRS-lomakkeen terapiasuhdetta koskevaa alaskaalaa, koska halusimme tarkastella erilaisten istunnon elementtien yhteyttä osallistujien kokemuksiin juuri terapiasuhteesta. Emme huomioineet korrelaatioiden tarkastelussa PTQS-osioita, joiden arviot istuntojen välillä vaihtelivat vain kahden vierekkäisen arvon välillä niin, että niiden absoluuttinen taso ei mielestämme muuttunut istuntojen välillä. Laskimme myös korrelaatiot asiakkaiden ORS-vastausten ja kaikkien osallistujien antamien SRS-vastausten ja terapiasuhdearvioiden välillä, koska halusimme huomioida sitä, miten vahvasti arviot terapiaistunnon onnistumisesta ja terapiasuhteesta seurasivat asiakkaiden hyvinvointia istuntoon tullessa.

Terapiaprosessin kannalta kuudes istunto oli mielestämme tärkeässä osassa, koska siihen tullessa pariskunta voi erittäin huonosti ja mahdollisen eron käsittely oli vahvasti istunnossa läsnä. Eritoten nainen pohti eron mahdollisuutta ja hän avautui silloin tunnetasolla ensimmäistä kertaa tuoden esiin vihaa, jota tuntee miestä kohtaan. Istunnon jälkeen molempien asiakkaiden hyvinvointi oli noussut hyvin paljon ja he olivat jatkaneet yhdessä. Vaikka seitsemännen istunnon jälkeen tapahtui hyvinvoinnissa taas selvä tiputus, vaikutti siltä, että kuudennen istunnon jälkeen hyvinvointi keskiarvoisesti lähti asiakkailta nousuun ja tapa, jolla he käsittelivät asioita, muuttui. Siksi valitsimme kuudennesta istunnosta hetkiä, joissa ilmenee useita PTQS-metodilla esiin nousseita istunnon merkittäviä elementtejä. Näiden merkittävien hetkien sisällä tarkastelimme asiakkaiden ja terapeuttien sympaattisen hermoston reaktioita tarkastelemalla ihon sähkönjohtavuuden aktivaatioiden muutoksia. Linkitimme mitatuissa ihon sähkönjohtavuuksissa tapahtuneita muutoksia kyseisellä hetkellä istunnossa puhuttuun asiaan osoittamalla litteroidusta tekstistä kohdan, jolloin reaktio tapahtui. Piirsimme kaikkien kolmen merkittävän hetken ajalta ihon sähkönjohtavuudet niin, että y-akselin korkeus on kaikissa niissä sama. Tällöin kaikkien osallistujien ihon sähkönjohtavuuden muutoksia voi tarkastella suhteessa toisiinsa sekä vertaillen niitä kaikkien kolmen hetken välillä. Joissain kuvaajissa on kaksi y-akselia, koska osallistujien ihon sähkönjohtavuudet olivat keskenään erilaisella tasolla. Pohtiessamme sympaattisen hermoston reaktioita ihon sähkönjohtavuuden avulla, kiinnitimme huomiota siihen, kuinka suuria reaktioita osallistujilla oli missäkin kohtaa ja kuinka samansuuntaisia reaktioita osallistujilla oli keskenään.

TULOKSET

Tulososan aluksi tarkastelemme istuntojen muuttumista läpi terapiaprosessin kiinnittämällä huomiota PTQS-metodin esiin tuomiin istuntojen merkittäviin elementteihin. Kuvailimme istuntojen teemoja ja vuorovaikutusta. Istunnon 6 kohdalla huomioimme myös jälkihaastatteluissa esiin tulleita asioita. Seuraavaksi tarkastelemme PTQS-tulosten yhteyttä kaikkien osallistujien SRS-vastauksiin. Huomioimme myös yhteydet asiakkaiden ORS-vastausten ja kaikkien osallistujien SRS-vastausten välillä. Lopuksi katsomme tarkemmin kuudennen istunnon kolmea merkittävää hetkeä, jotka ilmentävät useita PTQS-menetelmällä esiin tullutta istunnon merkittävää elementtiä. Hetkien osalta tarkastelemme kaikkien osallistujien ihon sähkönjohtavuutta ja sen muutoksia.

PTQS-tulokset

PTQS-osioita, jotka kaikissa istunnoissa olivat joko erittäin tai hyvin tunnusomaisia tai keskeisiä oli vain yksi. Sen mukaan terapeutit jatkoivat usein kommenteillaan puolisoiden sanomaa ja sisällyttivät heidän sanomia asioita seuraavaan kysymykseen. Terapeutit käyttivät paljon reflektiivistä kuuntelua ja osoittivat hyvää läsnäoloa ja asiakkaiden kuulemista sisällyttämällä asiakkaiden käyttämiä sanoja kysymyksiinsä tai toistamalla suoraan asiakkaiden sanomia asioita. Osioita, jotka kaikissa istunnoissa olivat joko erittäin vähän tai hyvin vähän tunnusomaisia tai keskeisiä, oli neljä. Nämä olivat *Puolisot ovat varuillaan tai epäluuloisia (vs. ovat luottavaisia ja kokevat olonsa turvalliseksi)* (osio 44), *Puolisot kokevat ambivalentteja tai ristiriitaisia tunteita terapeuttia kohtaan* (osio 49), *Terapeutti auttaa puolisoita ilmaisemaan toisilleen kiintymykseen ja läheisyyteen liittyviä aitoja tunteita tai keskinäistä arvostusta* (osio 81) ja *Terapiasuhde on keskustelun kohteena* (osio 98). Asiakkaat eivät tuoneet missään vaiheessa esiin negatiivisia tai ristiriitaisia tunteita terapeutteja kohtaan ja vaikuttivat luottavaisilta ja avoimilta asioiden käsittelyn suhteen. Terapiasuhteesta ei keskusteltu missään vaiheessa prosessia. Terapeutit eivät myöskään käyttäneet missään vaiheessa tunnekeskeiselle terapialle ominaista terapeutista tekniikkaa, jossa pariskuntaa autetaan aktiivisesti löytämään ja tunnistamaan vuorovaikutuksen ongelmien taustalla olevia syviä tunteita ja ilmaisemaan niitä toisilleen, vaikka tällaiseen työskentelyyn olisi ollut tilaisuuksia.

PTQS-menetelmällä esiin tulleet istuntojen 2, 4, 6, 8 ja 10 merkittävät elementit on esitelty taulukoissa 3 ja 4. Taulukoissa näkyy kussakin istunnossa ääriarvoja 1 ja 9 saaneet PTQS-osiot ja niiden kehittyminen läpi terapiaprosessin.

TAULUKKO 3. PTQS-analyysissä kullekin istunnolle erittäin tunnusomaiseksi arvioidut osiot (arvo 9) ja niiden kehitys läpi prosessin

PTQS-osio	Istunto 2	Istunto 4	Istunto 6	Istunto 8	Istunto 10
Osio 20: Mies tuntee itsensä surulliseksi tai masentuneeksi (vs. hilpeäksi tai hyväntuuliseksi).	9	9	6	5	5
Osio 41: Kiintymyssuhteiden, perhetaustojen tai sukuhistorian vaikutusta pariskunnan elämään tutkitaan.	9	9	4	6	4
Osio 43: Terapeutti identifioi ja tutkii puolisoiden ajatuksia ja uskomuksia, jotka liittyvät heidän ongelmiinsa.	9	6	8	9	7
Osio 69: Terapeutti pukee sanotuksi käsityksensä pariskunnan tilanteesta.	9	9	9	6	6
Osio 92: Puolisoiden tunteet tai käsitykset yhdistyvät menneisyyden tapahtumiin.	9	9	5	4	5
Osio 19: Terapeutti kysyy puolisoiden käsityksiä heidän keskinäisestä suhteestaan tai suhteesta toisiin perheenjäseniin.	8	9	8	8	7
Osio 3: Terapeutti jatkaa kommentillaan puolisoiden sanomaa ja sisällyttää heidän sanomansa asiat seuraavaan kysymykseen.	8	8	9	8	8
Osio 9: Terapeutti on vastaanottavainen ja tunnetasolla läsnä (vs. etäinen ja varautunut).	7	8	9	9	8
Osio 32: Puolisot saavat uutta ymmärrystä tai oivalluksen.	4	6	9	4	9
Osio 45: Muiden perheenjäsenten tai pariskunnalle muuten läheisten ihmisten tilanne huomioidaan keskustelussa.	7	8	9	7	7
Osio 18: Terapeutti ilmaisee ehdotonta hyväksyntää.	8	8	7	9	8
Osio 29: Molemmilla puolisoilla on tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista.	7	6	8	9	9
Osio 31: Terapeutti kysyy lisää tai pyytää tarkennusta.	8	6	7	9	6
Osio 10: Keskustelussa ennakoitaan tulevaisuutta.	4	4	7	8	9
Osio 37: Terapian ulkopuolisten tapahtumien vaikutusta pariskunnan elämään tarkastellaan.	8	8	7	7	9
Osio 53: Terapeutti pitää toivoa yllä.	6	6	8	6	9

TAULUKKO 4. PTQS-analyysissä kullekin istunnolle erittäin ei-tunnusomaiseksi arvioidut osiot (arvo 1) ja niiden kehitys läpi prosessin

PTQS-osio	Istunto 2	Istunto 4	Istunto 6	Istunto 8	Istunto 10
Osio 44: Puolisot ovat varuillaan tai epäluuloisia (vs. ovat luottavaisia ja kokevat olonsa turvalliseksi).	1	2	2	2	2
Osio 49: Puolisot kokevat ambivalentteja tai ristiriitaisia tunteita terapeutia kohtaan.	1	1	2	1	1
Osio 52: Pariskunta odottaa, että terapeutti ratkaisisi heidän ongelmiaan.	1	1	3	4	3
Osio 58: Pariskunta vastustaa ongelmaan liittyvien ajatusten, reaktiotapojen tai motiivien tarkastelua.	1	2	3	3	3
Osio 81: Terapeutti auttaa puolisoita ilmaisemaan toisilleen kiintymykseen ja läheisyyteen liittyviä aitoja tunteita tai keskinäistä arvostusta.	1	2	1	1	2
Osio 4: Hoidon tavoitteista keskustellaan.	2	1	4	6	6
Osio 48: Terapeutti käyttää ulkoistamista ongelman käsittelyssä	2	1	3	3	2
Osio 79: Terapeutti kommentoi muutoksia puolisoiden mielialassa tai tunteissa.	7	1	1	3	4
Osio 2: Terapeutti kiinnittää huomiota puolisoiden nonverbaaliseen käyttäytymiseen, esimerkiksi ryhtiin.	3	2	1	3	3
Osio 25: Terapeutti opettaa pariskunnalle selkeää kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä.	2	4	1	1	2
Osio 33: Puolisot puhuvat keskinäisestä rakkaudestaan, halusta olla toista lähellä tai toisen tarvitsemisesta. (ei-tunnusomaista, jos puolisot tuovat esiin tarvetta ottaa etäisyyttä toiseen, pohtivat eroa tms.)	5	5	1	2	5
Osio 42: Puolisot torjuvat (vs. hyväksyvät) terapeutin kommentit ja havainnot.	3	2	2	1	1
Osio 50: Terapeutti kiinnittää huomionsa puolisoiden välisiin haitallisiin vuorovaikutuskuvioihin.	4	4	3	1	4
Osio 12: Terapeutti pyytää puolisoita esittämään jotakin heille tyypillistä vuorovaikutuskuvioita, jotta sen piirteet tulisivat näkyviksi.	2	3	2	2	1
Osio 21: Terapeutti kertoo jotain itsestään.	2	2	2	7	1
Osio 98: Terapiasuhte on keskustelun kohteena.	2	2	2	2	1

Istunnossa 2 teemoja olivat miehen lapsuuden perhe ja suku, miehen naiseen kohdistama väkivalta sekä tyytymättömyys pariskunnan väliseen yhteyteen. Istunnossa puhuttiin miehen lapsuuden tapahtumista, kiintymyssuhteesta, menetyksistä sekä näiden vaikutuksesta pariskunnan suhteeseen. Mies oli surullisen ja masentuneen oloinen ja puolisoiden tunteet ja käsitykset yhdistyivät vahvasti menneisyyden tapahtumiin. Istunnossa terapeutit pukivat sanoiksi miten hylkäykset lapsuuden perheessä aiheuttivat lojaliteettiongelmia miehelle lapsuuden perheen ja nykyisen perheen välille. Käsiteltävät asiat saivat miehen liikuttumaan useaan otteeseen. Terapeutit

käyttivät paljon reflektiivistä keskustelua sekä identifioivat ja tutkivat puolisoiden ajatuksia ja uskomuksia, jotka liittyivät heidän ongelmiinsa. Vaikeista käsiteltävistä aiheista huolimatta asiakkaat olivat heti tästä istunnosta lähtien luottavaisia terapeutteja kohtaan eivätkä ilmaisseet ristiriitaisia tunteita heille. Tämä jatkui siis läpi prosessin. Asiakkaat eivät myöskään vastustaneet ajatusten, reaktiotapojen tai motiivien tarkastelua eivätkä odottaneet terapeuteilta ratkaisuja heidän ongelmiinsa. Toisaalta terapeutit eivät auttaneet tilaisuuksista huolimatta pariskuntaa ilmaisemaan toisilleen kiintymykseen ja läheisyyteen liittyviä tunteita tai arvostusta.

Istunnossa 4 keskusteltiin asiakkaiden erilaisista perhetaustoista ja mies toi esiin toiveita laajemmasta perheyhteisöstä tulevaisuudessa. Terapeutit toivat esille perhesysteemin toimintaa ja sitä, miten pariskunnan tekemät muutokset ovat voineet vaikuttaa miehen suvun käyttäytymiseen. Positiivisia muutoksia tuotiin esiin liittyen perheen keskinäiseen elämään ja miehen suvun vaikutuksen vähenemiseen siinä. Tässäkin istunnossa käsiteltiin kiintymyssuhteita, perhetaustoja ja sukuhistoriaa sekä sen vaikutusta pariskunnan elämään. Istunnossa pohdittiin miehen hylkäämisen kokemuksia lapsuudessa ja sitä, kuinka se näkyy nykyhetken suhteissa miehen äitiin ja siskoon. Mies oli istunnossa näiden teemojen vuoksi välillä surullinen. Pariskunnan tunteet ja käsitykset yhdistyivät tässäkin istunnossa vahvasti menneisyyden tapahtumiin. Asiakkaat eivät odottaneet terapeuttien ratkaisevan heidän ongelmiaan, vaan ottivat itse vastuuta niistä. Istunnossa terapeutit kysyivät puolisoiden uskomuksia ja havaintoja heidän keskinäisestä suhteestaan tai suhteesta toisiin perheenjäseniin, mikä oli kohtuullisen yleistä läpi terapiaprosessin. Terapeutit myös pukivat sanoiksi käsityksensä pariskunnan tilanteesta. Toisaalta hoidon tavoitteista ei istunnossa keskusteltu, eivätkä terapeutit kommentoineet muutoksia pariskunnan mielialassa tai tunteissa, vaikka siihen olisi tarjoutunut tilanteita. Terapeutit eivät myöskään käyttäneet ulkoistamista ongelmien käsittelyssä, vaan sen sijaan korostivat asiakkaiden omaa toimijuutta muutoksen aikaansaamisessa.

Istunnossa 6 pariskunta toi esiin riitelyjä ja selvittämättömiä asioita sekä pohtivat eroa. Nainen toi esiin vihan ja katkeruuden tunteita ensimmäistä kertaa prosessin aikana. Terapeutit kokivat tilanteen heikkenemisen yllättävänä ja pohtivat tämän yhteyttä stressin laukeamiseen, jonka suurten muutosten tekeminen on aiheuttanut. Istunnossa huomioitiin pariskunnan muiden perheenjäsenten, erityisesti lasten, tilannetta ja eron vaikutusta heihin. Istunnon lopulla pariskunta, etenkin nainen, sai uutta ymmärrystä, minkä jälkeen eropuhe muuttui pohdintaan puhtaalta pöydältä aloittamisen mahdollisuuteen. Terapeutit jatkoivat kommentaillaan puolisoiden sanomaa ja sisällyttivät heidän käyttämiä sanoja kysymyksiinsä. Molemmat terapeutit olivat vastaanottavaisia ja tunnetasolla läsnä ja he pukivat sanoiksi käsityksiään pariskunnan tilanteesta. Toisaalta istunnossa olisi ollut mahdollisuuksia puuttua asiakkaiden mielialassa tai tunteissa näkyviin muutoksiin tai heidän

nonverbaaliseen käyttäytymiseen, kuten ryhtiin tai eleisiin, mutta terapeutit eivät niitä kommentoineet. Terapeutit eivät myöskään auttaneet pariskuntaa ilmaisemaan toisilleen kiintymykseen ja läheisyyteen liittyviä tunteita tai opettaneet pariskunnalle selkeää kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai stressin vähentämiseen liittyviä keinoja. Jälkihaastattelussa Terapeutti 2 toi esille miehen apaattista olemusta ja sanoi miettineensä, pitäisikö siihen puuttua. Molemmat terapeutit kertoivat jälkihaastatteluissa, että lapsen herääminen ja tuleminen miehen syliin muutti istunnon tunnelmaa selvästi positiivisemmaksi. Jälkihaastattelussa nainen huomasi istunnossa olleen epäonnistunutta vuorovaikutusta ja syyttämisen kehää hänen ja miehensä välillä. Hän myös huomioi pariskunnan välillä istunnossa ollutta etäistä ja poistyöntävää kehonkieltä.

Istunnossa 8 käsiteltiin viimeaikaisia riitoja ja ongelmia sekä pariskunnan erilaisia tulkintoja ja toimintamalleja niissä. Istunnossa molemmilla puolisoilla oli tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista. Istunnossa nainen toi esiin tyytymättömyyttä nykytilanteeseen ja sanoi, että miehen tulisi päättää haluaako hän jatkaa suhteessa ja tehdä tarvittavia muutoksia. Istunnossa puhuttiin uusien pelisääntöjen tarpeellisuudesta. Istunnoissa 8 ja 10 puoliset puhuivat enemmän suhteensa nykytilanteesta ja ongelmista sekä heidän rooleistaan ja toiveistaan siinä kuin aiemmissa istunnoissa. Aiemmissäkin istunnoissa molemmilla oli tilaa puhua, mutta painotus oli terapiaprosessin alussa enemmän miehen asioissa ja hänen menneisyyden vaikutuksessa häneen ja pariskunnan elämään. Pariskunnalla oli taipumusta hyväksyä terapeuttien kommentit. Tässäkin istunnossa terapeutit identifioivat ja tutkivat puolisoitten ajatuksia ja uskomuksia, jotka liittyivät heidän ongelmiinsa ja ilmaisivat ehdotonta hyväksyntää. Terapeutit kysyivät tarkennuksia esiin nousseista teemoista ja olivat vastaanottavaisia ja tunnetasolla läsnä. Terapeutit eivät missään vaiheessa prosessia juurikaan kiinnittäneet huomiota pariskunnan välisiin haitallisiin vuorovaikutuskuvioihin, mutta tämä korostui tässä istunnossa. He eivät myöskään auttaneet pariskuntaa ilmaisemaan toisilleen läheisyyteen liittyviä tunteita ja keskinäistä arvostusta tai opettaneet selkeitä kommunikaatio- tai ongelmanratkaisutapoja.

Istunnossa 10 terapeutit pitivät toivoa yllä tuomalla esiin positiivisia muutoksia, joita molemmat asiakkaat olivat parisuhteessaan tehneet. Istunnon alussa asiakkaat, erityisesti nainen, tuntuivat itse varsin tyytymättömiltä muutoksiin ja suhteen tilan etenemiseen. Keskustelua oli pariskunnan kommunikaation ongelmista ja siinäkin tapahtuneista positiivisista muutoksista. Pariskunta vaikutti saavan terapeuttien palautteen kuultuaan uutta oivallusta ja ymmärrystä siitä, että molemmat ovat muuttaneet käyttäytymistään ja positiivista kehitystä on tapahtunut. Istunnossa molemmilla oli tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista. Molemmat asiakkaat antoivat vähän positiivista palautetta toisilleen ja ottivat vastuuta omasta toiminnastaan, vaikka eritoten nainen toi

esiin myös pettymyksiä mieheen. Terapiaistunnon loppupuolella ennakoitiin tulevaisuutta ja suhteen tulevia haasteita. Pariskunta ei ollut aivan yhtä mieltä terapian jatkumisesta. Mies toi esille haluavansa istunnon vielä keväälle, sillä pariskunnan vaikeudet olivat perinteisesti keskittyneet kevätaikaan. Nainen suostui hänen toiveeseen. Istunnossa tarkasteltiin terapian ulkopuolisten tapahtumien vaikutusta asiakkaiden elämään eikä juurikaan tarkasteltu terapiatilanteesta tapahtuvaa vuorovaikutusta, mikä oli hyvin tyypillistä koko prosessille ja vähintään kohtalaisen tunnusomaista kaikissa istunnoissa. Yleisesti terapiaprosessissa keskusteltiin lähinnä terapian ulkopuolisista asioista, ei juurikaan terapiatilanteesta tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Tässäkin istunnossa korostui se, että puoliset hyväksyivät terapeuttien kommentit. Terapiaprosessin loppupuolella pariskunta alkoi puhua enemmän toisilleen. Kuitenkin myös loppupuolen istunnoissa oli painotus terapeuttien kanssa ja kautta puhumisessa. Terapeutit eivät tässä istunnossa kertoneet mitään itsestään, eikä terapiasuhte nouse istunnossa esille, vaan istunnossa keskityttiin sisältöteemoihin. Kuten oli varsin kuvaavaa koko prosessille, eivät terapeutit pyytäneet puolisoita esittämään heille tyypillisiä vuorovaikutuskuvioita. Tässä istunnossa se olisi voinut sopia hyvin terapiaistunnossa esiin nousseisiin teemoihin.

PTQS-tulosten yhteys osallistujien SRS-vastauksiin

Seuraavaksi tarkastelemme istuntojen PTQS-tulosten yhteyksiä sekä asiakkaiden että terapeuttien istunnoista antamiin SRS-pisteisiin ja terapiasuhtearvioihin. Liitteessä 2 on esitetty PTQS-osiot, joiden vaihtelu istunnoissa 2, 4, 6, 8 ja 10 korreloi tilastollisesti merkitsevästi jonkun osallistujan antaman istunnon SRS-pisteiden summan, eli istunnon vuorovaikutuksesta kokonaisuutena annetun arvion, tai terapiasuhteesta erikseen annetun arvion kanssa. Muilla PTQS-osioilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä mihinkään yllä luetelluista.

Tarkastelimme myös asiakkaiden ennen istuntoa kokeman hyvinvoinnin yhteyttä istunnon jälkeen annettuihin SRS-pisteisiin sekä terapiasuhtearvioihin. Miehen SRS-pisteet ja terapiasuhtearvio olivat tilastollisesti merkitsevässä positiivisessa yhteydessä sekä miehen että naisen istuntoa edeltävien ORS-pisteiden kanssa. Terapeutti 1:n SRS-pisteillä oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys naisen istuntoa edeltäviin ORS-pisteisiin ja suuntaa-antava positiivinen yhteys miehen istuntoa edeltäviin ORS-pisteisiin. Terapeutti 1:n terapiasuhtearviolla oli suuntaa-antava positiivinen yhteys sekä naisen että miehen istuntoa edeltäviin ORS-pisteisiin.

Nainen arvioi istunnon vuorovaikutuksen kokonaisuudessaan ja terapiasuhteen sitä paremmiksi, mitä enemmän terapeutit keskustelivat reflektiivisesti keskenään ja identifioivat toistuvaa teemaa puolisoiden esiintuomissa kokemuksissa. Istunto kokonaisuutena oli hänen arvion mukaan sitä huonompaa, mitä ahdistuneemmilta tai jännittyneemmiltä sekä mies että nainen istunnossa vaikuttivat ja mitä epäselvempi oli keskustelun fokus. Hän arvioi terapiasuhteen sitä huonommaksi, mitä enemmän terapeutit kysyivät lisäkysymyksiä, pyysivät tarkennuksia, identifioivat puolisoiden yksilöllisiä ajatuksia ja uskomuksia heidän ongelmiin liittyen, mitä enemmän puolisoiden välillä esiintyi valtataistelua sekä mitä enemmän terapeuteissa aktivoitui omia esiin tulleita asioita, vaikka ne eivät näyttäneetkään häiritsevän terapiasuhdetta tai joskus näyttivät jopa olevan sille hyödyksi.

Mies arvioi istunnon kokonaisuutena ja terapiasuhteen sitä paremmiksi, mitä sitoutuneemmilta asiakkaat vaikuttivat terapiatyöskentelyyn, mitä enemmän huumoria oli mukana keskustelussa, mitä enemmän puoliset vaikuttivat tulleen autetuiksi, mitä vähemmän vastaanottavaisilta ja tunnetasolla läsnä olevilta terapeutit vaikuttivat ja mitä vähemmän puolisoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa esiintyi toisen arvostelua, puolustelua, halveksuntaa tai keskustelusta vetäytymistä. Hän arvioi sekä istunnon kokonaisuutena että terapiasuhteen sitä huonommiksi, mitä enemmän istunnossa oli pariskunnan negatiivista vuorovaikutusta tai keskusteluissa viitattiin sellaiseen ilman, että terapeutit ottivat sitä puheeksi. Miehen arvio istunnosta kokonaisuutena oli sitä parempi, mitä lempeämmin ja myönteisemmin puoliset käsittelivät ristiriitojaan istunnossa, mitä neutraalimpia terapeutit olivat, mitä vähemmän terapeutit rohkaisivat puolisoita kokeilemaan uusia tapoja toimia toistensa tai muiden ihmisten kanssa ja mitä vähemmän merkittäviä asioita puoliset ottivat esiin istunnossa. Mies arvioi terapiasuhteen sitä huonommaksi, mitä aktiivisempi tai innostuneempi nainen oli istunnossa.

Terapeutti 1 arvioi istunnon kokonaisuutena sitä paremmaksi, mitä enemmän istunnossa keskusteltiin niistä tekijöistä, jotka olivat auttaneet pariskuntaa terapiassa tai sen ulkopuolella ja mitä aktiivisempia asiakkaat olivat vuorovaikutuksessa. Hän arvioi terapiasuhteen sitä paremmaksi, mitä selkeämpää ja jäsentyneempää miesasiakkaan itseilmaisu oli, mitä vähemmän puoliset kokivat itseään riittämättömiksi ja vähäpätöisiksi ja mitä vähemmän terapeutit kohdistivat huomiota pariskunnan voimavaroihin.

Terapeutti 2 arvioi istunnon kokonaisuutena sitä paremmaksi, mitä enemmän terapeutit ilmaisivat ehdotonta hyväksyntää asiakkaita kohtaan, mitä enemmän keskusteltiin terapian keskeytyksistä, tauoista tai lopettamisesta, mitä enemmän terapeutit haastoivat puolisoiden näkökulmaa, mitä vähemmän puoliset ilmaisivat sitä, että terapeutit ymmärsivät heidän kokemuksiaan tai tunteitaan, mitä vähemmän terapeutit pukivat sanoiksi käsityksiään pariskunnan tilanteesta, mitä hilpeämmältä tai hyväntuulisemmalta nainen vaikutti istunnossa ja mitä enemmän

terapeutit opettivat pariskunnalle selkeää kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä. Koska jälkimmäistä ei tapahtunut missään istunnossa ja se oli siis ei-tunnusomaista, arvioi Terapeutti 2 istunnon siis sitä huonommaksi, mitä enemmän istunnossa oli käyttämättä jääneitä tilaisuuksia opettaa pariskunnalle selkeää kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä.

Terapeutti 2 arvioi terapiasuhteen sitä huonommaksi, mitä enemmän terapeutit kysyvät puolisoitten käsityksiä heidän keskinäisestä suhteestaan tai suhteesta toisiin perheenjäseniin, mitä enemmän asiakkaat syyttivät muita tai ulkoisia voimia vaikeuksistaan, mitä enemmän pariskunta kontrolloi istunnon kulkua ja mitä enemmän terapeutit pyysivät puolisoita esittämään jotakin heille tyypillistä vuorovaikutuskuvia. Koska jälkimmäinen oli ei-tunnusomaista kaikissa istunnoissa, arvioi Terapeutti 2 terapiasuhteen siis sitä paremmaksi, mitä enemmän istunnossa tuli esiin asiakkaiden toistuvia vuorovaikutuskuvia, joita terapeutit olisivat voineet pyytää esitettäväksi istunnossa, mutta eivät pyytäneet.

Sympaattisen hermoston reaktiot istunnon 6 merkittävässä hetkissä

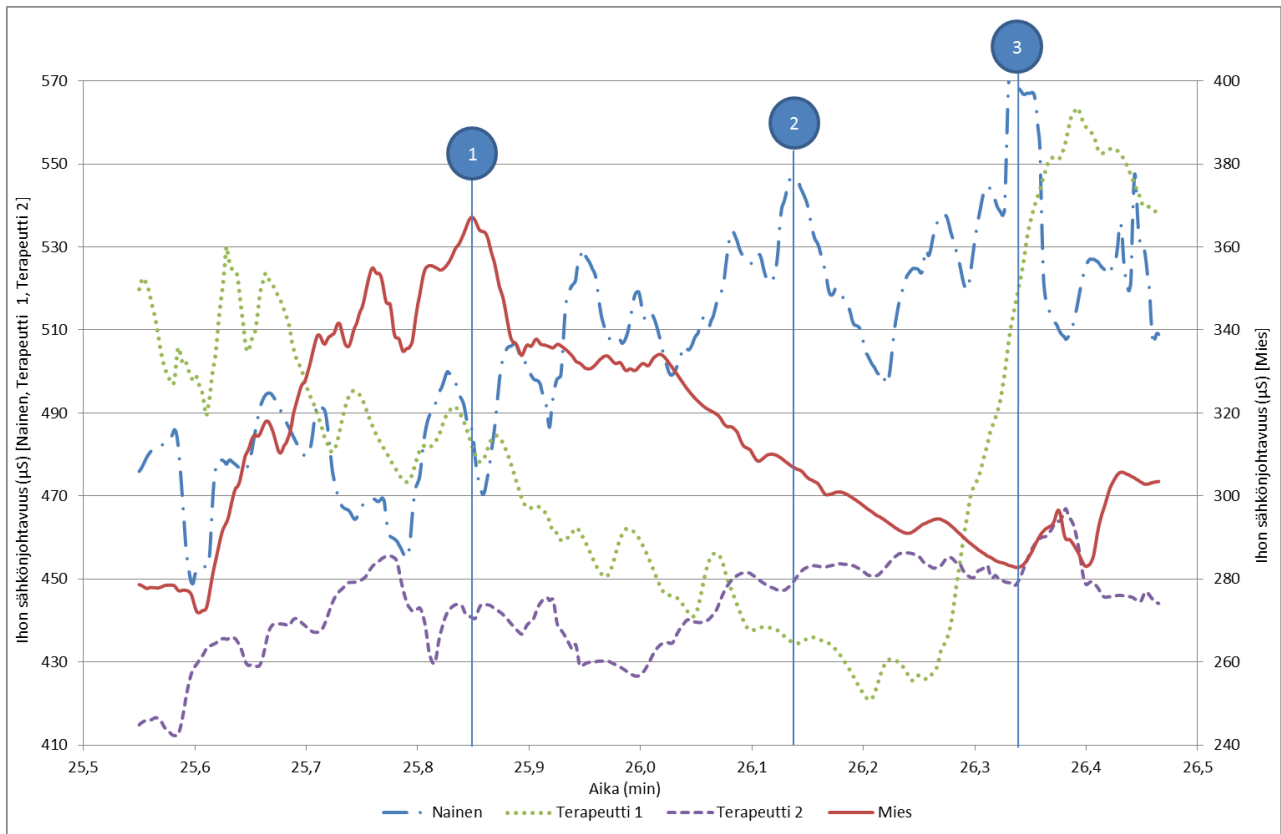
Valitsimme kuudennesta istunnosta kolme hetkeä, joissa ilmeni useita PTQS-metodilla esiin nousseita istunnon merkittäviä elementtejä. Istunnon merkittävät elementit on esitelty yllä taulukoissa 3 ja 4. Valittuja hetkiä voidaan pitää myös istunnon merkittävinä hetkinä. Asiakkaiden ja terapeuttien ihon sähkönjohtavuudet on näytetty kyseisten hetkien ajalta alla olevissa kuvaajissa. Kuvaajissa olevat ympyröihin merkityt numerot kuvaavat tarkkoja kohtia käydyssä terapiakeskustelussa. Tarkat kohdat on näytetty vastaavin numeroin myös merkittävien hetkien ajalta kerätyissä litteraatioissa. Litteraatioissa miesasiakasta kutsutaan Simoksi ja naisasiakasta kutsutaan Marjoksi.

Ensimmäinen hetki

Ensimmäinen valittu hetki tapahtui istunnossa aikaan 25:30–26:24. Istunnon alussa pariskunta oli kertonut tilanteensa huonontuneen. Nainen oli tuonut istunnossa esille vihan tunnetta miestä kohtaan. Tunne oli uusi, eikä hän osannut määritellä sen alkuperää vaan kuvasi sitä perustilanteeksi.

Istunnossa oli noussut esille myös aikaisemmin käsitellyt ristiriitatilanteet miehen suvun kanssa, joissa nainen kuvasi jääneensä yksin. Mahdollinen ero oli noussut naisen puolelta keskusteluun. Nainen oli kertonut kuinka kokee miehen lakanneen yrittämästä ja itsensä kyllästyneen tilanteeseen. Hetken aikana terapeutit keskustelivat reflektiivisesti keskenään.

Hetken aikana tuli näkyviksi neljä istunnolle erittäin tunnusomaista ja kaksi erittäin ei-tunnusomaista elementtiä. Terapeutit pukivat sanoiksi käsityksiään pariskunnan tilanteesta ja huomioivat pariskunnalle läheisten ihmisten tilannetta. He sisällyttivät asiakkaiden käyttämiä ilmauksia omiin puheenvuoroihinsa ja vaikuttivat myös olevan tunnetasolla hyvin läsnä ja vastaanottavaisia tilanteessa. Terapeutti 2 viittasi keskustelun alussa kehossaan nousseisiin hämmennyksen tunteisiin pariskunnan yllättävästi heikentyneestä tilanteesta. Hän toi istuntoa seuranneessa jälkihaastattelussa esiin sitä, kuinka tarvitsi tätä reflektiivistä keskustelua jäsentääkseen itselleen asiakkaiden tilannetta ja omia tuntemuksiaan siitä. Toisaalta, hetken aikana terapeutit olisivat ehkä voineet kiinnittää huomiota aiemmin istunnossa esiin tulleeseen asiakkaiden nonverbaaliseen käyttäytymiseen tai kommentoida aiemmin istunnon aikana esiintyneitä muutoksia puolisoiden mielialassa tai tunteissa. Vaikka hetken aikana viitattiin naisen aiemmin istunnossa esiin nostamaan vihan tunteeseen, tehtiin tämä puhuen naisen sanoista, ei naisen kokemasta liikutuksesta ja muusta tunneilmaisusta. Nainen huomasi jälkihaastattelussa liikuttuen sen, että hänen ja miehen välinen kehonkieli oli istunnossa useaan otteeseen hänen mielestä surullisen poistyöntävää, vaivautunutta ja varauksellista. Osallistujien mitatut ihon sähkönjohtavuudet hetken ajalta on esitetty kuviossa 2. Kuvion alla on hetkeä vastaava litteroitu keskustelu.



KUVIO 2. Osallistujien ihon sähkönjohtavuudet kuudennen istunnon ajalta 25:30–26:24. Miehen arvot ovat oikealla puolella olevalle y-akselilla, muiden osallistujien arvot vasemman puolen y-akselilla.

- T2: ja sitte vielä niinkun (.) kummatkin on tehny ratkasuja siitä että (.) Simokin tuota kerto siitä että hän sitten päätti että ny-nyt niinku se yhteydenpito siihen siskoon loppuu (.) niink-niinku näin (.)
ja sitten sen jälkeen kun on tullut näin isoja ratkasuja niin nyt sitten tulee tämmönen ①
- T1: mm
- T2: niinku Marjo sano että on vaa semmone viha (1) ja sitte Simokin sano ettei hän enää niinku ei oikein niinku enään (.) panosta että vähän niinku (2) tuli mieleen kun puhutaan siitä että (.) jos ihmiset-ihmiselle tulee migreeni
- T1: mm
- T2: niin niin tuota ② toiset (.) sanoo siitä et se migreenihän tulee sen jälkeen kun tuota niinkun on ollut tavaton ponnistus
- T1: mm
- T2: ja sit se [ponnistus on ohi ni se- se ei tuu silloin kun on se kovin stressi vaan sen jälkeen kun se stressi ③
- T1 [mm mm
- T1: joo
- T2: helpottaa
- T1: joo mulle tuli taas (1) vastaavantyyppinen (.) mulle tuli semmonen ku sotaväsymys mieleen

Kuviossa 2 näkyy, kuinka mies reagoi selvästi kuunnellessaan, kun Terapeutti 2 kertoi asiakkaiden tekemistä suurista ratkaisuista ja siitä, kuinka mies oli ottanut etäisyyttä lapsuuden perheeseensä. Ihon sähkönjohtavuuden nousun perusteella, hänen sympaattinen hermostonsa aktivoitui tällöin selvästi, vaikka hän ei istunnossa ollutkaan innokkaasti kuuntelevan oloinen. Hän katsoi ensin maata, kunnes juuri ennen suurinta aktivaatiopiikkiä nosti katseensa kohti terapeutteja. Hänen sympaattisen hermoston aktivaatio alkoi vähentyä, kun terapeutti käänsi keskustelun pariskunnan suhteen nykytilaan, siihen panostamiseen ja naisen miestä kohtaan tuntemaan vihaan. Tällöin mies käänsi katseensa taas alaspäin. Toisaalta hän kuitenkin välillä nosti katsettaan ja vaikutti kuuntelevan tarkkaan.

Naisen sympaattisen hermoston aktivaatio kasvoi sen sijaan keskiarvoltaan tasaisesti koko ajan ja keskustelu näytti vaikuttavan häneen vahvasti. Hän katsoi tiiviisti terapeutteihin ja räpytti tiheästi silmiään. Hänen sympaattisen hermoston aktivaatio oli suurimmillaan ihon sähkönjohtavuuden mukaan silloin, kun Terapeutti 2 kertoi migreenin tulevan suurimman ponnistuksen ja stressaavimman ajan sijaan vasta silloin, kun stressi helpottaa. Tällöin nainen käänsi päätään ja vaikutti liikuttuneelta. Samaan aikaan, kun naisen ihon sähkönjohtavuus suurimman huippunsa jälkeen lähti laskuun, käänsi mies päätään ja hänen ihon sähkönjohtavuutensa puolestaan nousi. Tämä saattoi liittyä miehen liikkeeseen.

Miehen ja naisen välillä ei juurikaan esiintynyt hetken aikana samansuuntaista synkroniaa, vaan heidän sympaattisen hermoston reaktiot ihon sähkönjohtavuuksien perusteella näyttivät aivan alkua lukuun ottamatta muuttuneen juuri vastakkaisesti suuntiin. Alun jälkeen, kun Terapeutti 2 jatkoi puhetta molempien tekemistä ratkaisuista nimenomaan miehen tekemiin suuriin ratkaisuihin ja miehen sympaattinen hermosto aktivoitui, vaikuttaa naisen reaktio olleen juuri päinvastainen. Sen sijaan miehen sympaattinen hermosto aktivoitui taas, kun Terapeutti 1 vastasi ajatukseen tuomalla esiin oman metaforansa sotaväsymyksestä. Tällöin mies myös käänsi katseensa kohti Terapeutti 1:tä ja vaikutti kuuntelevan aktiivisemmin häntä. Miehen liike saattoi tässäkin näkyä ihon sähkönjohtavuuden kasvuna.

Terapeutti 1:n ihon sähkönjohtavuus laski suhteellisen tasaisesti, kun hän kuunteli toisen terapeutin esiin tuomia ajatuksia. Jo hetkeä ennen kuin hän toi esiin oman vastaavan ajatuksensa tilanteesta, reagoi hän tulevaan puheenvuoroonsa kehollisesti ja hänen sympaattinen hermostonsa aktivoitui selvästi, kunnes aktivaatio tasoittui hänen sanoittaessa ajatustaan. Terapeutti 2:n reaktiot muuttuivat suhteellisen vähän. Suurin aktivaatio hänellä oli hetken alussa, kun hän alusti migreeniajatustaan. Koko tämän valitun hetken aikana oli vaikea nähdä kenenkään osallistujien välillä olleen jatkuvaa synkroniaa. Hetken lopussa, kun Terapeutti 2 viimeisteli ajatuksensa

migreenistä ja Terapeutti 1 osallistui aktiivisemmin keskusteluun alkamalla sanoittaa omaa ajatustaan sotaväsämyksestä, nousi kaikkien muiden osallistujien ihon sähkönjohtavuus hyvin samanaikaisesti, kun taas naisen reaktio oli juuri päinvastainen. Toisin kuin nainen, eivät muut ulkoisesti vaikuttaneet tällöin liikuttuneilta.

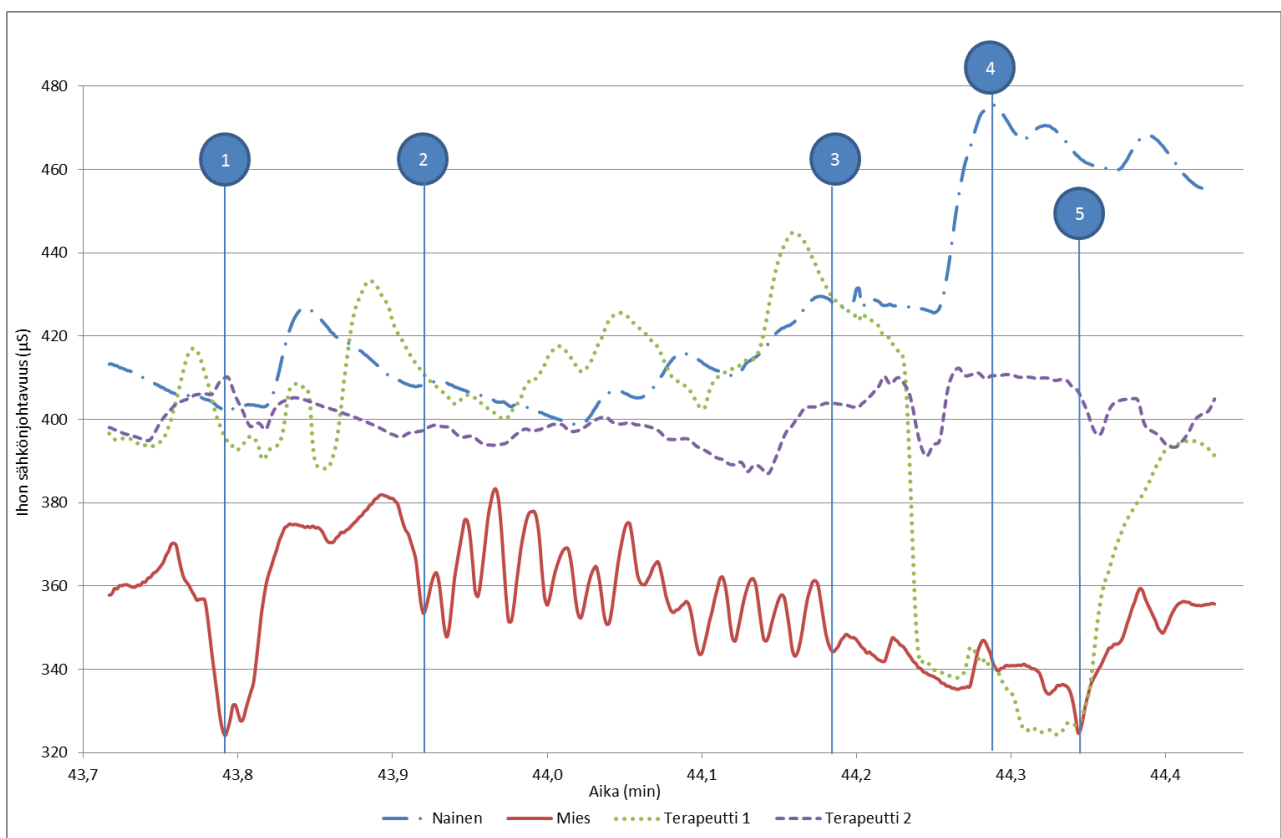
Toinen hetki

Toinen valitsemamme hetki tapahtui aikaan 43:43–44:25. Sitä ennen nainen oli kertonut uusien ristiriitatilanteiden nostavan vanhat ristiriidat uudelleen pinnalle. Toinen terapeuteista oli tuonut esiin uuden käsikirjoituksen kirjoittamista suhteelle ja puhtaalta pöydältä lähtemistä. Tämän jälkeen pariskunta kertoi lapsistaan lämpimään sävyyn ja tunnelma oli hetken aikaa vapautuneempi. Juuri ennen litteroitua kohtaa terapeutti käänsi keskustelun eroon ja siihen, mitä se käytännössä heille tarkoittaisi. Hetken aikana keskusteltiin lasten jakamisesta pariskunnan mahdollisesti erotessa.

Hetken aikana tuli näkyviksi kolme istunnolle erittäin tunnusomaista ja kaksi erittäin ei-tunnusomaista elementtiä. Muiden perheenjäsenten tilanne huomioitiin keskustelussa ja terapeutit sisällyttivät puolisoiden sanomia asioita omiin kysymyksiinsä ja olivat myös vastaanottavaisia ja tunnetasolla hyvin läsnä. Terapeutit toivat jälkihaastattelussa esiin, että tässä oli todella suurista asioista kyse ja sillä oli heihin vaikutusta. Terapeutti 1 sanoi haastattelussa, että häntä kosketti enemmän keskustelun seuraaminen jälkihaastattelussa kuin itse tilanteessa, jossa hän koki olonsa varsin rauhalliseksi. Kuitenkin hänenkin sympaattinen hermostonsa selvästi reagoi hetken aikana. Istunnolle erittäin ei-tunnusomaista oli puolisoiden keskinäisestä rakkaudesta, halusta olla toista lähellä tai toisen tarvitsemisestä puhuminen, sillä istunnossa puhuttiin paljon erosta. Eropuhe tuli esiin tässäkin hetkessä. Lisäksi hetken aikana asiakkailla oli nonverbaalisia eleitä, joihin olisi voitu puuttua, mutta joihin ei puututtu. Tällaisia oli ainakin se, että mies alkoi tämän hetken aikana voimakkaasti hieroa tai silittää sylissään ollutta lasta. Terapeutti 2 toi jälkihaastattelussa esiin sen, että hän oli kiinnittänyt tähän käyttäytymiseen huomiota ja miettinyt, että noinkohan mies on samaa mieltä kuin sen aikana lasten jakamisesta puhunut nainen. Terapeutti 2 ei pohdinnastaan huolimatta tuonut miehen käyttäytymistä istunnossa mitenkään esiin.

Molemmat terapeutit toivat jälkihaastattelussa esiin sen, että vähän tätä hetkeä ennen tapahtunut lapsen herääminen ja miehen sylissä olo vaikutti kaikkiin osallistujiin positiivisesti ja muutti tilanteen tunnelmaa. Nainen kertoi jälkihaastattelussa, että lapsen mukaan tulo oli tuonut halua yrittää ja tunnetta, että vaikeat asiat on helpompi jättää taakse lapsen vuoksi. Mies kertoi, että

lapsen syliin tulo häiritsi vähän hänen keskittymistään, mutta rauhoitti häntä ja toi iloa siitä, että saa pitää lasta sylissä. Kukaan osallistujista ei ottanut näitä ajatuksia istunnossa esiin. Osallistujien mitatut ihon sähkönjohtavuudet hetken ajalta on esitetty kuviossa 3. Kuvion alla on hetkeä vastaava litteroitu keskustelu. Keskustelun alussa Terapeutti 1 kysyi naiselta, millainen kuva hänellä on siitä, miten he jakaisivat lapset mahdollisen eron toteutuessa. Jälkihaastattelussa Terapeutti 1 kertoi, että aiemmin hän oli meinannut kysyä tätä provokatiivisemmin, mutta lapsen mukaan tulo ja tunnelman muuttuminen saivat hänet kysymään sen tässä pehmeämmällä tavalla.



KUVIO 3. Osallistujien ihon sähkönjohtavuudet kuudennen istunnon ajalta 43:43–44:25.

T1: mikä se olis mikäs kuva sulla on siitä että miten se (.) menis ①

Marjo: no kyllä mä ajattelin ajattelin että mulle jäis lapset ja (3) ja ja ② (6) °se että°
Simohan joskus sitä puhu että no kaks ja kaks mä sanoin et mä en ikinä suostuis siihen mun mielestä se on lapsia kohtaan niin väärin että (2) ③ että että lasten pitää saada olla kaikkien niinku yhessä mä niinku mun mielestä se olis ihan kaikista kamalin ④ (.) kamalinta mitä vois tapahtua et lapset erotettais [toisistaan ⑤ (1) toisista ja (3)

T2: [mm

Kuviossa 3 näkyy, kuinka miehen sympaattinen hermosto reagoi vahvasti jo Terapeutti 1:n kysymyksen aikana ja myös naisen alkaessa vastata. Naisen sanottua, että hänelle jäisi lapset,

vaikuttivat miehen reaktiot hetken aikaa varsin stabiililta, kunnes hänen ihon sähkönjohtavuus alkoi tätä seuraavien hiljaisten hetkien aikana muuttua. Ensin se laski ja sitten alkoi tehdä sahaavaa kuviota samalla, kun mies alkoi hieroa sylissä olevaa lasta voimakkaasti. Hieronta ja ihon sähkönjohtavuuden sahaus loppuivat lyhyen hiljaisuuden aikana, joka seurasi naisen sanoja siitä, ettei hän ikinä suostuisi miehen toiveeseen lasten jakamisesta, koska se on hänen mielestään lapsia kohtaan väärin. Tämän jälkeen miehen sympaattisen hermoston suurimmat reaktiot tapahtuivat naisen tuodessa esiin lasten erottamisen kamaluutta ja tätä lausetta seuranneen hiljaisuuden aikana. Mies toi jälkihaastattelussa liikuttuen ja itkien esiin sitä, että tähän merkittävään hetkeen liittyi surua ja tunne tuli vielä vahvempana haastattelussa hetkeä uudelleen katsoessa kuin itse istunnossa. Mies ei hetken aikana näyttänyt ulkoisesti liikuttuneen istunnossa. Hän katsoi tiiviisti alaspäin kääntäen katseensa hetkeksi alun kysymyksen aikana Terapeutti 1:een. Lisäksi hän katsoi lyhyesti naista, kun tämä alkoi puhua kuusi sekuntia kestäneen hiljaisuuden jälkeen.

Naisella sympaattisen hermoston suurimmat aktivaatiot tapahtuivat ensin hänen kertoessa, että hänellä jäisi lapset ja myöhemmin vielä selvemmin, kun hän alkoi sanoa, että kamalinta hänen mielestä olisi lasten erottaminen toisistaan. Jälkimmäisen hetken kohdalla nainen tosin myös koski kädellä niskaansa, joten sympaattisen hermoston aktivaatio voi tässä kohtaa ainakin osin johtua myös liikkeestä. Näiden molempien hetkien aikana sekä jossain määrin myös siitä lähtien, kun mies lopetti lapsen hieromisen, miehen ja naisen reaktioiden välillä oli samansuuntaista synkroniaa. Nainen katsoi puhuessaan varsin paljon miehen sylissä ollutta lasta. Nainen toi jälkihaastattelussa esiin sitä, erosta puhuminen toi hänen vartaloon jännitystä ja ikään kuin sähköä. Lisäksi hän kertoi, että tilanteessa oli suru läsnä vahvasti. Hänkään ei istunnossa hetken aikana vaikuttanut ulkoisesti kovin liikuttuneelta.

Terapeutti 1 reagoi kehossaan eniten hetkissä, jotka seurasivat naisen sanomisia lapsiin liittyen. Tällöin nainen oli sanonut, että hänelle jäisi lapset, lasten jakaminen olisi lapsia kohtaan väärin, lasten kuuluu kaikkien saada olla yhdessä ja että kamalinta olisi, jos lapset erotettaisiin toisistaan. Terapeutti 2: n sympaattisen hermoston reaktiot valitun hetken aikana olivat varsin rauhallisia. Aivan valitun hetken lopuksi hän meinasi alkaa sanoa jotain, mutta jätti sen kesken. Jälkihaastattelussa hän kertoi, että hän meinasi tuoda siinä esiin toista näkökulmaa ja kysyä mitä asiakkaat tilanteeltaan toivoisivat ja millaista perhe-elämää he haluaisivat. Hän ei tehnyt tätä, koska ajatteli, että oli hyvä, että toinen terapeutti jatkaa keskustelun vetoa vielä samalla teemalla. Hän ajatteli kuitenkin ottaa kysymyksen esiin myöhemmin ja tekikin niin. Haastattelussa hän kuitenkin pohti, että ehkä asiaa olisi pitänyt käsitellä enemmän ja muutenkin hänelle oli jäänyt sellainen olo ja ajatus, että saivatko he terapeutteina käytettyä kaikkia mahdollisia keinoja ja onnistuivatko asiakkaiden suurten ajatusten käsittelyssä optimaalisesti vai jäikö jotain hyödyntämättä. Hän pohti,

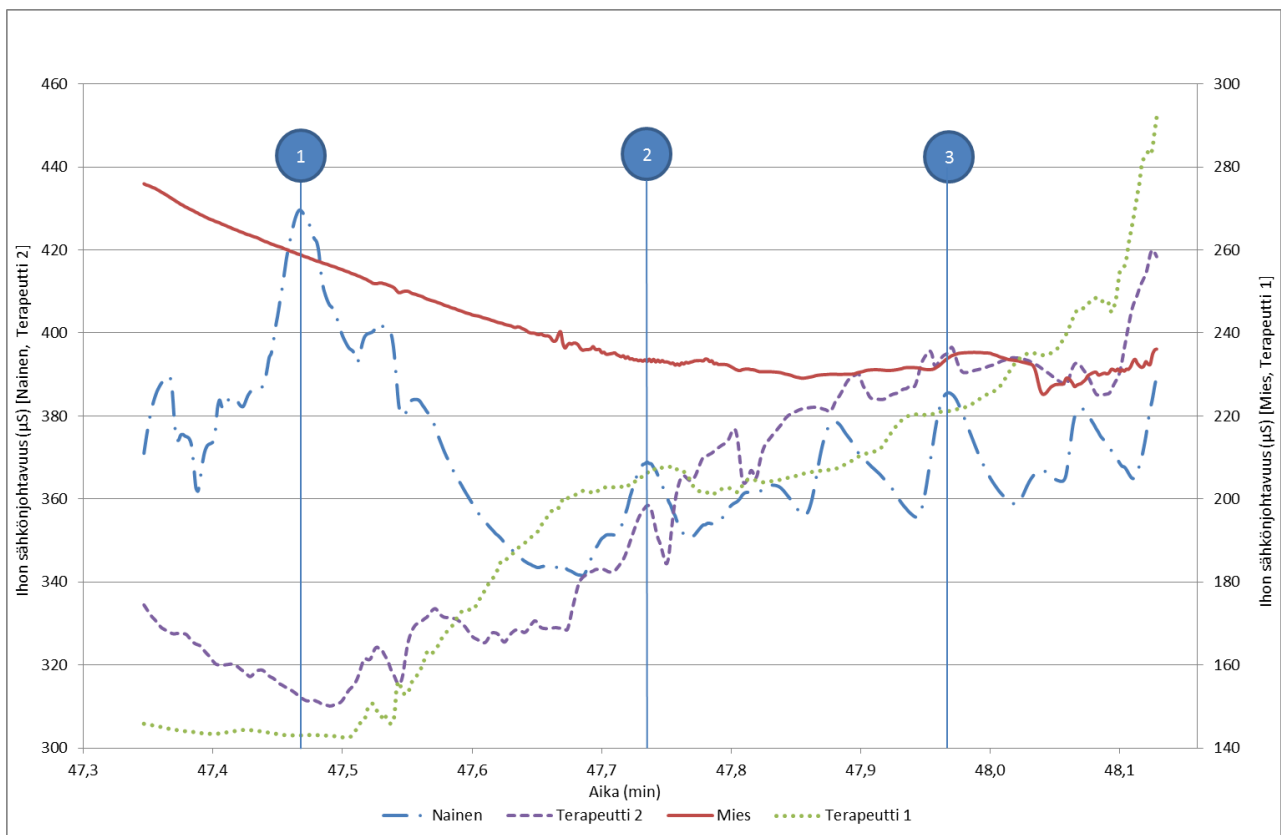
että mahdollisesti lapsen mukana olo aiheutti joidenkin potentiaalien käyttämättä jättämisen. Terapeutti 1 toi jälkihaastattelussaan toisaalta esiin sitä, että toisen terapeutin myöhemmin esittelemä kysymys siitä, millaista perhe-elämää asiakkaat toivoisivat, aiheutti mukavan tuntuksen muutoksen istunnossa.

Terapeutti 2:n ja naisen välillä vaikutti ihon sähkönjohtavuuksien perusteella olleen jollain tasolla synkroniaa siitä lähtien, kun nainen alkoi vastata alun kysymykseen. Toisaalta, Terapeutti 2 katsoi pitkään miestä ja hänen sylissään ollutta lasta hymyillen, kääntäen katseensa naiseen vasta, kun nainen oli sanonut, ettei ikinä suostuisi lasten jakamiseen. Tällöinkin Terapeutti 2 näytti varsin mielteliäältä ja ihmettelevältä. Mielteliäisyys voi liittyä siihen, että hänellä oli kysymys toiseen näkökulmaan liittyen mielessään odottamassa. Terapeutti 1:n ja miehen välillä oli synkroniaa erityisesti silloin, kun miehen ihon sähkönjohtavuus ei saanut hänen hieroessa lasta. Myös terapeuttien välillä hetken aikana oli samansuuntaista synkroniaa selvästi enemmän kuin ensimmäisen valitsemamme hetken aikana. Jälkihaastattelussa Terapeutti 1 sanoi, että tässä oli todella isoista asioista kyse pariskunnan elämässä ja se vetosi tunteisiin jälkikäteen katsottuna, vaikka hän kokikin istunnossa olleen hyvin rauhallinen eikä kovinkaan ”tunteissa”. Terapeutti 2:n lisäksi myös hän sanoi, ettei ollut yllätys, kun myöhemmin mies sanoi, ettei hän haluaisi olla ilman lapsia. Terapeutti 2 sanoi haastattelussa, että tämän hetken alussa tunnelma oli muuttunut paljon istunnon alusta ja hänelle tuli terapeuttina luottavaisempi olo, kun molemmat asiakkaat ottivat vastuuta enemmän kuin istunnon alun riitaisissa tunnelmissa. Myös Terapeutti 1 korosti tätä hetkeä ennen positiivisemmaksi muuttunutta tunnelmaa ja sitä, kuinka se oli erilainen istunnon alun ristiriitaiseen sävyyn, joka hänestä oli tuntunut osin ärsyttävältä.

Kolmas hetki

Kolmas valitsemamme hetki osui istunnon aikaan 47:22–48:08. Keskustelu oli terapeuttien toimesta kääntynyt lasten jakamisesta uuden yhteisen elämän rakentamiseen ja pariskunnan toiveisiin siitä. Nainen oli tuonut esille toiveensa kahdesta yhdessä toimivasta vanhemmasta ja perheen kanssa vietetystä ajasta. Hän toi myös esille käytännön esimerkkejä arjesta ja siitä, ettei yhteisen harrastuksen löytäminen koko perheelle ole ollut helppoa. Hetken aikana nainen kertoi, ettei ole ajatellut sitä, että puhtaalta pöydältä alkaminen voisi myös eroamisen sijaan tarkoittaa uudella tavalla suhteessa jatkamista. Hetken lopussa Terapeutti 1 alkoi kysyä pariskunnan vanhempina toimimisesta yhdessä ja erikseen.

Hetken aikana tuli näkyviksi kaksi istunnolle erittäin tunnusomaista ja neljä erittäin ei-tunnusomaista elementtiä. Hetken sisällä nainen toi esiin saamaansa uutta oivallusta ja terapeutit vaikuttivat olevan vastaanottavaisia ja tunnetasolla hyvin läsnä. Lisäksi hetken aikana nainen viittasi kolmanteenkin istunnon erittäin tunnusomaiseen elementtiin, terapeuttien pariskuntaan liittyvien näkemysten esiin tuomiseen, kun hän sanoi, ettei ole aiemmin ajatellut asiaa terapeuttien tuoman näkökulman mukaisesti. Erittäin ei-tunnusomaisia elementtejä tässä hetkessä olivat erosta puhuminen rakkaudesta puhumisen sijaan ja se, että terapeutit eivät auttaneet puolisoita ilmaisemaan toisilleen kiintymykseen ja läheisyyteen liittyviä aitoja tunteita tai keskinäistä arvostusta, vaikka tähän hetkeen ja keskusteluun sellainen olisi voinut sopia. Lisäksi tämänkin hetken aikana asiakkailla oli nonverbaalisia eleitä, joihin ei puututtu. Ainakin miehen apaattisen oloinen, jatkuva alaspäin katsominen oli tällainen. Hetken aikana esiintyi myös muutoksia asiakkaiden mielialassa tai tunteissa, joihin terapeutit olisivat voineet viitata, mutta eivät viitanneet. Tällaista tuli esiin naisen äänen väristessä hänen mainitessaan eron. Osallistujien mitatut ihon sähkönjohtavuudet hetken ajalta on esitetty kuviossa 4. Kuvion alla on hetkeä vastaava litteroitu keskustelu.



KUVIO 4. Osallistujien ihon sähkönjohtavuudet kuudennen istunnon ajalta 47:22–48:08. Miehen ja Terapeutti 1:n arvot ovat oikealla puolella olevalla y-akselilla, muiden osallistujien arvot vasemman puolen y-akselilla.

Marjo: mitä on niinku ennen tehty että jote-jotenkin se on vaa menny siihen että

T2: joo

Marjo: et toinen tekee ja t-toinen tekee jotai ① >on tietenki sitten että< niinku on sitä (.) kaikkee muutakin siinä samalla niinku ruuanlaitto ja (1) siivoomista ja muuta mutta että

T2: mm

Marjo: en tiää^o mä en oo niinku tolta kantilta kyllä mäkin oon miettinyt sitä just että pitäis ② alottaa (.) niinku puhtaalta pöydältä ja muuta mutta sit mä en oo tajunnu sitä että sen vois alottaa sen suhteen puhtaalta pöydältä mä oon vaan miettiny et se puhtaalta pöydältä (.) alottaminen tarkoittaa sitä eroa

T2: aijjaa

Marjo: et jotenki mä en oo osannu sitten ajatella ③ sitä että

T2: mm

Marjo: en tiää (.) ehkä se on just se viha et jotenki sumen(h)tanukki siinä sitte [tai] sumentaa [(onks)]

T1: siis onkse niin että

Kuviossa 4 näkyy, kuinka naisen sympaattinen hermosto aktivoitui jyrkästi hänen kertoessa, että pariskunnan yhteiselo on mennyt siihen, etteivät he tee asioita yhdessä. Tämän jälkeen hänen puhetahti muuttui hetkeksi nopeammaksi ja äänensävy muuttui, kun hän alkoi luetella syitä tälle asialle. Samalla hänen reaktionsa tasaantui ja ihon sähkönjohtavuus laski. Hänen sympaattinen hermosto aktivoitui uudelleen hänen kertoessa, että hän on ajatellut, että pitäisi aloittaa puhtaalta pöydältä, mutta ei ole ajatellut siltä kantilta, että se voisi tarkoittaa myös suhteessa jatkamista. Suurin aktivaation huippu tässä oli sanan ”pitäis” jälkeen. Sanoessaan ”sitä just” hän viittasi terapeuttien aiemmin esiin tuomaan näkökulmaan nyökkäämällä terapeutteja kohti. Tämän jälkeen hänen ihon sähkönjohtavuudessa näkyi pieniä aktivaation kasvuja ja laskuja. Suurin aktivoituminen tapahtui, kun hän oli sanonut aiemmin ääni vähän väristen ”sitä eroa” ja jatkoi terapeutin empaattiselta kuulostavan vastauksen jälkeen, että hän ei ole jotenkin osannut ajatella sitä. Lopussa hänen puhuttua vihastaan ja sen sumentavasta vaikutuksesta, hän puri huulia yhteen. Kuitenkin tätä ennen hän oli keventänyt puhettaan naurulla. Näiden aikana hänen sympaattisen hermoston aktivaation muutokset vaikuttivat varsin pieniltä. Aivan lopussa, kun Terapeutti 1 alkoi puhua, alkoivat sekä naisen että molempien terapeuttien ihon sähkönjohtavuudet nousta.

Hetken aikana terapeuteilla oli keskenään varsin samansuuntaiset sympaattisen hermoston reaktiot. Heidän ihon sähkönjohtavuudet nousivat suhteellisen tasaisesti koko ajan. Hetken alun jälkeen samansuuntaista synkroniaa vaikuttaisi olleen naisen ja Terapeutti 2:n välillä. Molemmat terapeutit toivat jälkihaastatteluissaan esiin tämän hetken ja oivalluksen tärkeyttä istunnolle. Terapeutti 2 sanoi, että sen vuoksi asioista voitiin puhua eri lailla ja Terapeutti 1:n mukaan hetki oli kiva ja johti siihen, että hän lähti aika mukavin mielin istunnosta. Molemmat terapeutit myös korostivat sitä, kuinka istunnon aikana tapahtui muutosta asioiden ja tunteiden käsittelemisen

tavoissa.

Mies vaikutti koko tämän hetken aikana sekä sympaattisen hermoston reaktioidensa että eleiden ja käyttäytymisensä osalta hyvin tyyneltä. Hänen ihon sähkönjohtavuutensa laski hyvin tasaisesti alussa, kunnes hetken loppupuolella pysyi tasaisena. Terapeuttien, eritoten Terapeutti 1:n, ja miehen välillä näytti olevan vastakohtaista synkroniaa. Miehen ihon sähkönjohtavuudessa näkyi aivan minimaalisesti nopeita muutoksia, hieman hetken lopussa naisen puhuessa vihan tunteesta. Mies katsoi alas jähmettyneen oloisena koko hetken ajan, mutta reagoi silmillään selvästi, kun nainen sanoi ensimmäisen kerran ”puhtaalta pöydältä”. Mies nosti katseensa vasta aivan lopussa Terapeutti 1:n alkaessa puhua.

Mies kertoi jälkihaastattelussa koko kuudenteen istuntoon liittyen, että hän uppoutuu mielellään välillä kuuntelijan rooliin ja tutkii omia ajatuksiaan ja tunteuksiaan. Hän myös mietti, että koska hän on ollut aiemmin vähän liikaakin äänessä, niin on hyvä, että nainen sai nyt puhua enemmän. Hän myös piti hyvänä sitä, että terapeutit kysyvät asioita useampaan kertaan ja monelta eri kantilta, koska asiat hahmottuvat hänelle pikkuhiljaa ja siten hän voi saada uusia oivalluksia. Tästä istunnosta hänelle jäi mieleen oivalluksena uuden käsikirjoituksen ja puhtaalta pöydältä aloittamisen ajatus. Miehen nonverbaalinen käytös oli usein prosessin aikana varsin apaattisen oloista ja nainen toi esiin useaan kertaan, ettei hän tiedä kuuleeko mies oikeasti mitä hän puhuu. Terapeutti 2 toi esiin kuudennen istunnon jälkihaastattelussa sitä, että mietti tulisiko miehen jälleen ilmenevään apaattiseen olemukseen puuttua, mutta hän ei puuttunut tässä istunnossa eikä muulloinkaan. Mies kertoi istunnon jälkihaastattelussa myös sen, että hän ei halunnut tuoda omia, naisen näkemyksille ristiriitaisia näkökantoja istunnossa esiin, koska sen lisäksi että hän halusi kuunnella omia ajatuksia, pystyttiin asioista hänen mielestä tällä tavoin keskustelemaan hyvin ja ilman suunsoittoa ja riitoja.

POHDINTA

Tämän Pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli tutkia yhtä pariterapiaprosessia. Ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää millaiset PTQS-menetelmällä arvioidut elementit kuvasivat parhaiten istuntoja terapiaprosessin eri vaiheissa. Terapian alun istuntoja määrittivät keskustelut miehen menneisyydestä, eritoten perhetaustoihin ja kiintymyssuhteisiin liittyen. Mies oli näissä istunnoissa varsin surullinen ja puolisoiden tunteet ja käsitykset yhdistyivät menneisyyden tapahtumiin. Läpi

prosessin keskusteluissa huomioitiin pariskunnalle läheisten ihmisten tilanteita. Alun istunnoissa painotus oli lapsuuden perheissä ja kuudennesta istunnosta lähtien enemmän pariskunnan lapsissa. Terapian alkupuolella terapeutit pukivat sanoiksi käsityksiään pariskunnan tilanteesta enemmän kuin kuudennen istunnon jälkeen. Toisessa istunnossa terapeutit kommentoivat muutoksia puolisoiden mielialassa tai tunteissa, mutta prosessin edetessä sitä ei juuri enää tehty.

Kuudennessa istunnossa puhuttiin paljon eron mahdollisuudesta ja lapsista. Nainen näytti ensimmäistä kertaa tunteitaan tuomalla esiin vihaa ja pettymystä. Istunnon edetessä puoliset saivat uutta ymmärrystä oivaltamalla, että uudelta pohjalta aloittaminen voisi eron sijaan tarkoittaa myös yhdessä jatkamista. Tästä istunnosta lähtien molemmilla puolisoilla oli terapiassa paremmin tilaa puhua tärkeiksi katsomistaan asioista. Terapeutit pitivät tässä istunnossa toivoa yllä enemmän kuin aiemmissa istunnoissa. Ero nousi keskusteluun kuudennessa ja kahdeksannessa istunnossa, mutta muuten pariskunta ei keskustellut erosta eikä myöskään keskinäisestä rakkaudestaan. Terapeutit eivät auttaneet missään istunnossa puolisoita ilmaisemaan toisilleen läheisyyteen liittyviä tunteita ja keskinäistä arvostusta tai opettaneet heille kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä. Mahdollisuuksia tällaiseen työtapaan olisi ollut etenkin istunnoissa kuusi ja kahdeksan. Terapeutit eivät juurikaan kiinnittäneet huomiota puolisoiden nonverbaaliseen käyttäytymiseen, mutta tämä korostui istunnossa kuusi. Toinen terapeuteista kertoi jälkihaastattelussa pohtineensa kuudennessa istunnossa miehen apaattisuutta ja sitä, pitäisikö se nostaa keskustelussa esille. Mies kertoi jälkihaastattelussa halunneensa antaa naiselle tilaa istunnossa ja itse keskittyneensä kuuntelemiseen ja ajatustensa prosessointiin. Hän kertoi saavansa uusia näkökulmia, kun terapeutit kysyvät asioita useaan kertaan ja eri kantilta ja että hiljaa olemalla asioita voidaan käsitellä ilman riitoja. Istunnoissa nainen toi usein esiin pariskunnan välisen kommunikaation vaikeutta ja sitä, ettei hän tiennyt kuunteliko mies häntä. Miehen apaattisuus näyttäytyi siis hyvin eri tavoin osallistujille ja näiden eri tulkintojen esiin tuominen olisi voinut olla hedelmällistä terapiassa. Nainen huomasi kuudennen istunnon jälkihaastattelussa pariskunnan välillä olleen negatiivisen syyttämisen kehän ja etäisen kehonkielen. Hän ei ollut tunnistanut tällaista istunnossa ja liikuttui sen huomattessaan. Mahdollisesti nonverbaalisiin eleisiin ja pariskunnan negatiivisiin vuorovaikutuskuvioihin puuttuminen terapeuttien osalta olisi voinut avata jotain uutta ja hyödyllistä ymmärrystä pariskunnan välille.

Terapian loppupuolen istunnoissa keskityttiin enemmän tulevaisuuteen, kun ensimmäisten istuntojen fokus oli menneisyydessä. Istunnossa kahdeksan terapeutit tarkastelivat puolisoiden yksilöllisiä näkökulmia ja kysyivät tarkennuksia, kun keskusteltiin pariskunnan välisistä ristiriitatilanteista. Viimeisessä istunnossa puoliset saivat taas selkeästi uutta ymmärrystä ja oivallusta, kun terapeutit toivat esille pariskunnalta huomaamatta jääneet suuret positiiviset

muutokset heidän tilanteessaan. Tätä kautta istunnossa korostui myös toivon ylläpitäminen. Puolisoilla oli tapana läpi prosessin hyväksyä terapeuttien kommentit ja havainnot, mutta viimeisissä istunnoissa se korostui. Hoidon tavoitteista ei juuri keskusteltu terapian alussa, mutta prosessin loppupuolella terapeutit haastoivat asiakkaita pohtimaan sitä, tarvitaanko heidän apuaan vielä ja mitä asiakkaat terapialta toivoisivat. Puolisoiden välisiin haitallisiin vuorovaikutuskuvioihin ei kiinnitetty huomiota etenkin istunnossa kahdeksan.

Koko terapiaprosessin ajan puoliset tuntuivat luottavan terapeutteihin eivätkä tuoneet ilmi ristiriitaisia tunteita heitä kohtaan, eivät vastustaneet ongelmiinsa liittyvien ajatusten, reaktiotapojen tai motiivien tarkastelua eivätkä odottaneet terapeuttien ratkaisevan heidän ongelmiaan. Terapeutit olivat vastaanottavaisia ja tunnetasolla hyvin läsnä sekä ilmaisivat ehdotonta hyväksyntää. Terapeutit myös usein tarkastelivat puolisoitten yksilöllisiä näkemyksiä tilanteista ja kokemuksista, eivätkä pitäneet vain toisen puolison näkemyksiä totena.

Seuraavaksi halusimme selvittää, miten istuntoja kuvaavien elementtien vaihtelu istuntojen välillä oli yhteydessä kaikkien osallistujien arvioihin istunnoista sekä terapiasuhteesta. Halusimme myös huomioda, millainen vaikutus asiakkaiden hyvinvoinnilla, heidän istuntoja ennen antamien ORS-vastausten perusteella, oli SRS-vastauksiin ja terapiasuhdearvioihin. Miehen ja Terapeutti 1:n antamat SRS-pisteet sekä terapiasuhdearviot seurasivat sekä miehen että naisen ennen istuntoa arvioimaa hyvinvointia. Tulosten perusteella ei voida varmuudella sanoa, miten tämä yhteys selittyy. Yhtenä vaihtoehtona miehen vastausten osalta on, että voidessaan paremmin jo istuntoon tullessa, hän antoi istunnon jälkeen korkeammat arviot huolimatta siitä, millainen istunto ja sen aikainen terapiasuhde olivat. Toisena vaihtoehtona on, että asiakkaiden hyvinvoinnin ollessa korkea, tuli istunnosta ja terapiasuhteesta oikeasti parempia. Koska myös Terapeutti 1:n arviot seurasivat vähintään suuntaa-antavasti sekä miehen että naisen hyvinvointia ennen istuntoa, voi jälkimmäinen selitys olla mahdollinen.

Koska istuntoja, joita arvioimme PTQS-menetelmällä, on vain viisi ja koska on osin epäselvää, kuinka luotettavia SRS-pisteet ja terapiasuhdearviot tässä tapauksessa ovat, eivät PTQS-tulosten yhteydet istunnon jälkeisiin arvioihin kerro varmuudella mitään kausaalisuhteista.

Nainen arvioi istunnon ja terapiasuhteen sitä paremmiksi, mitä enemmän terapeutit keskustelivat reflektiivisesti keskenään ja identifioivat toistuvaa teemaa puolisoitten kokemuksissa. Sekä mies että nainen kuuntelivat tarkkaan ja kiinnostuneina terapeuttien keskinäisiä keskusteluja ja he tuntuivat saavan niistä uusia näkökulmia. Usein nainen jatkoi omalla puheellaan terapeuttien reflektioita. Nainen oli pariskunnasta se, joka toi esiin enemmän pariskunnan toistuvia ongelmallisia vuorovaikutuskuvioita. Nainen arvioi istunnon sitä huonommaksi, mitä ahdistuneempia tai jännittyneempiä molemmat asiakkaat vaikuttivat istunnossa olevan. Vaikkei

naisen SRS-pisteet seuranneet tilastollisesti merkitsevästi asiakkaiden hyvinvointia istuntoon tullessa, näyttää hänenkin istuntoa koskeviin arvioihin vaikuttaneen se, millaisessa mielentilassa asiakkaat istunnossa olivat. Nainen arvioi terapiasuhteen sitä huonommaksi, mitä enemmän terapeutit kysyivät lisäkysymyksiä ja tarkennuksia sekä identifioivat puolisoiden omia ajatuksia tai uskomuksia heidän ongelmiinsa liittyen. Näitä elementtejä tapahtui paljon istunnoissa 2, 6 ja 8, joissa käsiteltiin suhteessa tapahtunutta väkivaltaa, pariskunnan kommunikaatio-ongelmia, riitatilanteita ja eron mahdollisuutta. Mahdollisesti asiakkaiden väliset tulkintaerot ja erimielisyydet näistä teemoista ovat voineet vaikuttaa näihin korrelaatioihin.

Mies arvioi istunnon ja terapiasuhteen sitä paremmiksi, mitä sitoutuneemmalta pariskunta vaikutti terapiatyöskentelyyn, mitä enemmän huumoria oli mukana keskustelussa, mitä enemmän pariskunta vaikutti tullessa autetuksi, mitä vähemmän terapeutit vaikuttivat vastaanottavaisilta tai tunnetasolla läsnä olevilta ja mitä vähemmän puolisoiden välisessä vuorovaikutuksessa esiintyi toisen arvostelua, puolustelua, halveksuntaa tai keskustelusta vetäytymistä. Terapeutit olivat arviomme mukaan tunnetasolla läsnä hyvin läpi terapiaprosessin, mutta se korostui istunnoissa, joissa puhuttiin erosta ja joihin tullessa asiakkaat voivat huonosti. Siksi ainakin tämän löydetyn korrelaation osalta voi sanoa, ettei se kerro varmastikaan kausaalisuudesta tekijöiden välillä. Luultavasti istunnoissa, joissa mies antoi alemmat SRS-pisteet, on pariskunnan huono vointi istuntoon tullessa ollut aiheuttamassa sekä miehen alhaisia arvioita että terapeuttien empaattisuuden korostumista.

Mies arvioi istunnon ja terapiasuhteen sitä huonommaksi, mitä enemmän istunnossa oli pariskunnan välistä negatiivista vuorovaikutusta tai siihen viitattiin ilman, että terapeutit ottivat sitä puheeksi. Miehen arvio istunnosta oli sitä parempi, mitä lempeämmin ja myönteisemmin puolisoit käsittelevät ristiriitoja istunnossa ja mitä neutraalimpia terapeutit olivat. Hän arvioi terapiasuhteen sitä huonommaksi, mitä aktiivisempi tai innostuneempi nainen oli istunnossa. Kaikkiin näihin yhteyksiin liittyen jää mietittäväksi, ovatko ne yhteydessä istuntokohtaisiin arvioihin vain, koska ovat seurausta asiakkaiden hyvinvoinnista vai tekijöitä, jotka hyvinvoinnista riippumatta ovat vaikuttaneet miehen kokemuksiin istunnoista ja terapiasuhteesta. Joka tapauksessa negatiiviset vuorovaikutuskuviot asiakkaiden välillä ja niiden käsittelemättä jättäminen näyttää olleen yksi piirre, joka on leimannut miehen negatiiviseksi kokemia istuntoja.

Terapeutti 1 arvioi terapiaistunnon sitä paremmaksi, mitä enemmän istunnossa keskusteltiin pariskuntaa terapiassa auttaneista tekijöistä ja mitä aktiivisempi pariskunta oli istunnossa. Terapeutti 1 arvioi terapiasuhteen sitä paremmaksi, mitä selkeämpää ja jäsentyneempää miesasiakkaan itseilmaisu oli, mitä vähemmän puolisoit kokivat riittämättömyyden tai vähäpätöisyyden tunteita ja mitä vähemmän terapeutit kiinnittivät huomiota pariskunnan

voimavaroihin. Koska Terapeutti 1:n istuntokohtaiset arviot olivat yhteydessä asiakkaiden hyvinvointiin, voi olla, että nämä olivat elementtejä, joiden kautta tämä yhteys välittyi.

Terapeutti 2 arvioi istunnon sitä paremmaksi, mitä enemmän terapeutit ilmaisivat ehdotonta hyväksyntää asiakkaita kohtaan, mitä enemmän keskusteltiin terapian lopettamisesta, mitä enemmän terapeutit haastoivat asiakkaiden näkökulmaa, mitä enemmän puoliset ilmaisivat tullessa ymmärretyksi terapeuttien toimesta ja mitä hyväntuulisemmalta nainen vaikutti istunnossa. Terapiasuhteen hän arvioi sitä huonommaksi, mitä enemmän terapeutit kysyivät puolisoilta näiden käsityksiä keskinäisestä suhteestaan tai suhteesta toisiin perheenjäseniin, mitä enemmän asiakkaat syyttivät muita tai ulkoisia voimia vaikeuksistaan ja mitä enemmän pariskunta kontrolloi istunnon kulkua. Hän arvioi terapiasuhteen sitä paremmaksi, mitä enemmän istunnossa tuli esiin asiakkaiden toistuvia vuorovaikutuskuvioita, joita terapeutit olisivat voineet pyytää esitettäväksi istunnossa, mutta eivät pyytäneet. Istuntojen elementit, jotka Terapeutti 2 vaikutti kokevan positiivisina, luonnehtivat enemmän terapiaprosessin loppupuolen istuntoja. Terapeuttien SRS-vastaukset ja terapiasuhtearviot muuttuivat istunnosta toiseen varsin eri tavoin ja siksi ne korreloivat keskenään eri PTQS-elementtien kanssa. Terapeutit vaikuttivat siis kokeneen erityyppiset istunnot onnistuneiksi.

Seuraavaksi halusimme selvittää millaisia sympaattisen hermoston reaktioita asiakkailla ja terapeuteilla tapahtui kuudennen istunnon merkittäviä elementtejä edustavien hetkien aikana. Ensimmäisessä merkittävässä hetkessä terapeutit kokosivat käytyä keskustelua ja nimesivät pariskunnan kokemuksia uudelleen. Miehen sympaattinen hermosto aktivoitui eniten terapeuttien mainitessa hänen tekemät, lapsuuden perhettään koskevat suuret muutokset. Aktivaatio kääntyi puolestaan laskuun kun terapeutit käänsivät keskustelun parisuhteen nykytilaan ja naisen miestä kohtaan tuntemaan vihaan. Naisella ihon sähkönjohtavuus kasvoi selvästi terapeuttien keskustellessa ja hän vaikutti liikuttuneelta tilanteessa, joten hänen sympaattinen hermostonsa vaikutti aktivoituneen emotionaalisen virittymisen johdosta. Terapeuttien sympaattiset hermostot aktivoituivat suhteellisen vähän tilanteessa, lukuun ottamatta hetkiä ennen heidän omien ajatusten esittämistä. Jälkihaastattelussa terapeutit toivat esille sitä, että pariskunnan tilanteen huonontuminen oli ollut yllättävää ja Terapeutti 2 kertoi, että hän tarvitsi reflektiivistä keskustelua selvittääkseen ajatuksiaan ja hämmennyttä oloaan. Hetken aikana osanottajien välillä ei ihon sähkönjohtavuuksien mukaan juuri esiintynyt synkroniaa, mitä saattoi selittää alun ristiriitainen ilmapiiri ja terapeuttien kokema hämmennyksen tunne.

Toiseen merkittävään hetkeen sisältyi terapeutin naiselle esittämä kysymys siitä, miten pariskunta jakaisi lapset mahdollisen eron tapahtuessa sekä sitä seurannut naisen vastaus. Miehen ihon sähkönjohtavuus romahti hetkellisesti terapeutin kysymyksen aikana ja nousi selvästi naisen

alkaessa vastata. Mies reagoi naisen vastaukseen hieromalla sylissään olevaa lasta, jolloin hänen ihon sähkönjohtavuudessa ilmeni tiheää vaihtelua. Miehen sympaattisen hermoston aktivaatiossa tapahtui muutoksia myös naisen sanottua, että kamalinta olisi, jos lapset erotettaisiin toisistaan. Jälkihaastattelussa mies toi esille tunteneensa surua tilanteessa, joten muutokset hänen sympaattisen hermoston aktivaatiossa vaikuttivat liittyneen käden liikkeen lisäksi myös emotionaaliseen viriämiseen. Naisen sympaattisen hermoston suurimmat aktivaatiot tapahtuivat hänen alkaessaan kertoa lasten jäämisestä hänelle ja vielä selvemmin hänen puhuessa lasten erottamisen kamaluudesta. Nainen kertoi jälkihaastattelussa olleensa tilanteessa jännittynyt ja surullinen. Vaikkei hän ulkoisesti hetken aikana vaikuttanutkaan liikuttuneelta, mahdollisesti hänenkin sympaattisen hermoston aktivaatiot liittyivät tunteiden kokemiseen.

Toisen merkittävän hetken aikana Terapeutti 1 reagoi hermostollisesti useassa kohdassa, jossa nainen puhui lapsista. Jälkihaastattelussa hän sanoi kuitenkin olleensa tässä tilanteessa rauhallinen ja tilanteen herättäneen vahvoja tunteita vasta jälkikäteen. Terapeutti 2:n ihon sähkönjohtavuus oli varsin tasaista. Jälkihaastattelussa hän kertoi, että ajatteli tuoda uutta näkökulmaa tilanteeseen ja kysyä asiakkailta mitä he haluaisivat perheenä, mutta jätti kysymyksen kesken. Hän myös pohti sitä, olivatko he terapeutteina käyttäneet kaikki keinot tilanteessa optimaalisesti. Lisäksi hän sanoi, että oli kiinnittänyt huomiota miehen nonverbaalisiin eleisiin ja miettinyt, että noinkohan mies on samaa mieltä naisen kanssa. Hän ei tarttunut miehen eleisiin kuitenkaan mitenkään istunnossa. Kaikki osallistujat korostivat jälkihaastattelussa ennen tätä hetkeä tapahtuneen lapsen heräämisen ja tulemisen miehen syliin muuttaneen istunnon tunnelmaa. Terapeutti 2:n ja naisen sekä Terapeutti 1:n ja miehen ihon sähkönjohtavuudet vaikuttivat olleen osin synkroniassa. Myös terapeuttien välillä oli ajoittaista synkroniaa. Miehen lopettaessa lapsen hieromisen, myös naisen ja miehen reaktioiden välillä oli samansuuntaista synkroniaa. Kaikki korostivat jälkihaastattelussa hetken tärkeyttä ja sitä, kuinka isoista asioista ja tunteista tässä oli kyse. Tämä mahdollisesti edisti synkronioiden syntymistä.

Kolmannessa merkittävässä hetkessä keskustelu oli kääntynyt uuden elämän rakentamiseen yhdessä ja pariskunnan toiveisiin siitä. Hetken aikana nainen kertoi, ettei ollut aiemmin ajatellut, että puhtaalta pöydältä aloittaminen voisi eroamisen sijaan tarkoittaa myös suhteessa jatkamista. Miehen sympaattinen hermosto ei vaikuttanut juurikaan aktivoituneen hetken aikana. Hänen ihon sähkönjohtavuudessa ei tapahtunut nopeita muutoksia, vaan ensin se laski tasaisesti ja pysyi sitten varsin muuttumattomana. Jälkihaastattelussa mies kuitenkin kertoi, että tästä istunnosta hän oli saanut tärkeimpänä oivalluksena uuden käsikirjoituksen kirjoittamisen ja puhtaalta pöydältä aloittamisen. Eli vaikkei hän tämän hetken aikana ulkoisesti reagoinutkaan naisen puheeseen ja hänen sympaattisen hermoston reaktiotkin vaikuttivat hyvin tasaisilta, vaikutti hän silti kuunnelleen

ja pohtineen keskustelun sisältöä. Naisen ihon sähkönjohtavuus oli huipussaan, kun hän kertoi pariskunnan arjen ajautuneen tilanteeseen, etteivät he vietä enää aikaa yhdessä perheenä. Tämän jälkeen, kun hän luetteli syitä tilanteeseen, hänen sympaattisen hermoston aktivaatio laski. Kun hän kertoi uudesta ymmärryksestään, näkyi hänen ihon sähkönjohtavuudessa selvää vaihtelua. Selvä sympaattisen hermoston aktivaation nousu hänellä tapahtui taas, kun hän oli ääni väristen viitannut mahdolliseen eroon. Aktivaatio vaikutti taas liittyneen emotionaaliseen virittymiseen. Kummallakin terapeutilla ihon sähkönjohtavuudet nousivat suhteellisen tasaisesti, kun nainen kertoi uudesta oivalluksestaan ja jälkihaastattelussa terapeutit toivat esille tämän oivalluksen tärkeyttä istunnolle. Hetken alun jälkeen Terapeutti 2 oli osin synkroniassa naisen kanssa ja Terapeutti 1 vastakkaissuuntaisessa synkroniassa miehen kanssa.

Tuloksemme mukaan PTQS on toimiva menetelmä pariterapiaprosessin tutkimiseksi ja se mahdollistaa terapiaprosessin merkittävien hetkien löytämisen ja tarkastelun. Aiemmin Keituri (2013) esitti menetelmän sopivan terapiaprosessin kuvailemiseen ja Pesosen (2013) mukaan se toimii hyvin pariterapiakontekstissa.

Huomasimme, että PTQS-menetelmällä ei-tunnusomaiseksi arvioidut osiot toivat esiin paljon informaatiota istunnoista. Alkuperäisen Q-set menetelmän kehittäjän Jonesin (2000) mukaan jonkin käyttäytymisen poissaolo voi olla merkityksellistä prosessin ymmärtämisessä. Tässä tutkimuksessa huomiomme kiinnittyi erilaisten terapeuttien tekniikoiden ja tietynlaisten terapeuttien toimien puuttumiseen hetkissä, joihin ne olisivat voineet sopia. Puolisoiden nonverbaaliseen käyttäytymiseen ei juurikaan puututtu, vaikka se meidän mielestämme olisi voinut tuoda uutta näkökulmaa keskusteluun ja uutta ymmärrystä puolisoille. Terapeutit eivät juuri kommentoineet muutoksia puolisoiden tunteissa ja mielialassa tai opettaneet heille kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä. Myöskään pariskunnan haitallisiin vuorovaikutuskuvioihin ei puututtu. Kuudennen istunnon jälkihaastattelussa nainen ihmetteli ja valitteli omaa ja puolisoiden välistä käyttäytymistä istunnon aikana. Missään vaiheessa terapeutit eivät auttaneet puolisoita ilmaisemaan toisilleen läheisyyteen liittyviä tunteita ja keskinäistä arvostusta, vaikka joidenkin istuntojen tunnelmaan tällainen toiminta olisi sopinut. Puolisot eivät juuri koskaan koko prosessin aikana puhuneet keskinäisestä rakkaudestaan ja läheisyydestään, joten ehkä terapeuttien aktiivisempi ote olisi voinut avata uusia terapeutteja mahdollisuuksia. Kaikki osallistujat korostivat kuudennen istunnon jälkihaastattelussa lapsen heräämisen muuttaneen istunnon tunnelmaa selvästi positiivisemmaksi, mutta eivät tuoneet ajatuksiaan esiin istunnossa. Tässä mielestämme oli esimerkki tilanteesta, jossa lapsiin liittyvään positiiviseen ja toiveikkaaseen ilmapiiriin tai miehen nonverbaalisiin eleisiin puuttumalla terapeutit olisivat ehkä voineet auttaa pariskuntaa ilmaisemaan läheisyyteen liittyviä tunteita toisilleen.

PTQS-menetelmällä esiin tulleet istuntojen merkittävät elementit kertoivat hyvin terapiaprosessin etenemisestä. Tärkeitä muutoksia terapiaprosessin alkuosasta loppua kohti siirryttäessä tuntuivat olevan fokuksen siirtyminen enemmän menneisyydestä tulevaisuuden ennakoimiseen, molempien puolisoiden yhtäläinen kuulluksi tuleminen ja toivon ylläpitäminen terapeuttien toimesta. Lisäksi terapeutit sanoittivat loppua kohti vähemmän näkemyksiään pariskunnan tilanteesta ja puoliset alkoivat keskustella enemmän suhteensa nykytilasta. Lisäksi asiakkaiden saamat uudet oivallukset istunnoissa 6 ja 10 tuntuivat erittäin merkittäviltä prosessin kannalta. Molemmat oivallukset tulivat terapeuttien pohjustuksen jälkeen ja niissä asiakkaat tuntuivat saaneen selkeästi uutta näkökulmaa omaan tilanteeseensa terapeuttien kysymysten ja reflektioiden pohjalta.

Puolisot tuntuivat koko terapiaprosessin ajan luottavan terapeutteihin, olivat avoimia asioidensa käsittelyyn eivätkä tuoneet ilmi negatiivisia tunteita terapeutteja kohtaan. Terapeutit olivat vastaanottavaisia ja tunnetasolla hyvin läsnä sekä ilmaisivat ehdotonta hyväksyntää. PTQS:llä saatujen tulosten mukaan asiakkaiden ja terapeuttien välillä oli siis kunnioitusta, luottamusta ja välittämistä, jotka sisältyvät Horvathin ja Bedin (2002) mukaan hyvään terapeuttiseen allianssiin. Knobloch-Feddersin ym. (2004) mukaan allianssi ei ole vakaa ilmiö, vaan se muuttuu läpi koko terapiaprosessin. Näin kävi myös tämän tutkimuksen aineistossa, sillä asiakkaiden SRS-vastausten pisteet vaihtelivat huomattavasti istunnosta toiseen. Havaitimme, että useissa istunnoissa asiakkaiden arviot SRS:ssä jäivät alle Kuhlmanin (2013) ilmoittaman 36 pisteen kliinisen katkaisurajan. SRS-menetelmä kehitettiin alun perin rohkaisemaan asiakasta ilmaisemaan allianssiin liittyviä ongelmia, jotta terapeutti pystyisi paremmin mukauttamaan toimintaansa asiakkaan odotusten mukaisesti (Duncan ym., 2003). SRS-tuloksia ei nostettu keskusteluun missään vaiheessa tutkimaamme terapiaprosessia, tai ainakaan näitä keskusteluja ei tallennettu. Se ei toki tarkoita, etteivätkö terapeutit olisi mukauttaneet toimintaansa näiden tulosten mukaisesti.

Hoidon tavoitteista ei juuri keskusteltu terapian alussa, mutta prosessin loppupuolella terapeutit haastoivat asiakkaita pohtimaan sitä, tarvitaanko heidän apuaan vielä ja mitä asiakkaat terapialta toivoisivat. Bordinin (1979) mukaan yhteisymmärrys terapian tavoitteista ja terapian tehtävistä on yksi allianssin tekijöistä. Asiakkaiden ja terapeuttien yhteisymmärryksen hoidon tavoitteista ja työskentelemisen yhteisiä tavoitteita kohti on havaittu johtavan parempaan terapian lopputulokseen (Tryon & Winograd, 2001). Vaikka emme tässä tapauksessa tiedä terapian lopputulosta, mielestämme voi pohtia, olisiko tavoitteista kannattanut keskustella enemmän. Toisaalta, emme tarkastelleet PTQS-menetelmällä kuin puolet istunnoista, mutta mielestämme arvioinnin ulkopuolelle jääneissä istunnoissa ei temaa juuri käsitelty. Prosessin aikana terapiasuhte ei

missään vaiheessa noussut keskusteluun. Ne istunnot, joissa terapiasuhde arvioitiin huonoimmaksi, olivat pääosin juuri niitä istuntoja, joissa SRS:n pisteet jäivät alle katkaisurajan.

Myöskään ORS:llä mitattua asiakkaiden hyvinvointia ei nostettu terapiassa keskusteluun, vaikka pistemäärät toisinaan alittivatkin Kuhlmanin (2013) ohjeistaman 25 pisteen katkaisurajan. Koska asiakkaiden hyvinvointi muuttui prosessin edetessä istunnosta toiseen sahaavasti ja asiakkaiden hyvinvoinnilla oli yhteyttä istunnosta annettuihin arvioihin, seurasi huonoksi arvioitua istuntoa usein asiakkaiden hyvinvoinnin selvä kohoaminen. Siten voi ajatella, että ehkäpä istunnoista annetut arviot eivät aina tavoita kovin hyvin sitä, onko istunto ollut asiakkaiden kannalta hyödyllinen. Ehkä asiakkaiden elämäntilanteen ja hyvinvoinnin ollessa heikko, auttaa huonoksikin sillä hetkellä koettu istunto heitä käsittelemään oleellisia asioita ja parantamaan tilannettaan. Tämä tulee mieleen myös tarkasteltaessa kuudennesta istunnosta annettuja, kliinisen katkaisurajat alittavia SRS-pisteitä ja terapiasuhdearvioita ja pohtiessa istunnon merkittävyyttä koko terapiaprosessin kannalta. Asiakkaiden hyvinvointi siihen tullessa oli erittäin heikko ja he pohtivat eron mahdollisuutta. Kuitenkin istunnon aikana tapahtui edistymistä ja toivon heräämistä uuden käsikirjoituksen luomisesta suhteeseen. Terapeutit toivat esiin jälkihaastatteluisaan, että istunnon aikana tapahtui selvää muutosta tavassa, jolla asiakkaat keskustelivat ongelmistaan ja tunteistaan ja he kokivat tärkeänä sen, että asiakkaat saivat uutta oivallusta uudesta käsikirjoituksesta. Seuraavaan istuntoon tullessa asiakkaiden hyvinvointi oli selvästi kasvanut.

Tarkastellessamme ihon sähkönjohtavuuksia, huomasimme pariskunnan reagoivan istunnoissa osin erilaisiin teemoihin. Miehen suurimmat reaktiot liittyivät lasten jakamiseen ja siskonsa kanssa yhteydenpidon lopettamiseen. Nainen reagoi vahvasti terapeuttien reflektoidessa pariskunnan vaikeita kokemuksia ja tunteita sekä hänen itse puhuessa suhteen ongelmista ja lasten erottamisesta. Mahdollisesti asiakkaiden tunnetasolla koskettavimmat ja käsittelemättömät asiat olivat erityyppisiä ja tämä johti erilaisiin reaktioihin. Tätä hypoteesia tukisi se, että miehellä suurimmat ulkoiset tunnereaktiot terapian aikana liittyivät hänen lapsuuden perheeseen ja naisella pariskunnan keskinäiseen suhteeseen. Aiemmissä tutkimuksissa on huomattu, että negatiivisesti sävyttyneet tunteet kuten viha, ahdistus, pelko ja surullisuus olivat yhteydessä ihon sähkönjohtavuuden aktivaation kasvuun (Kreibig, 2010). Tuloksemme olivat osin samansuuntaisia, mutta miehen ihon sähkönjohtavuuden tasaisuus oli merkille pantavaa.

Vaikka terapeutit arvioitiin vastaanottaviksi ja tunnetasolla läsnäoleviksi, ei jokaisen tarkastellun merkittävän hetken aikana ollut selvää synkroniaa heidän ja asiakkaiden välillä. Samansuuntainen synkronia on Slovákin ym. (2014) mukaan liitetty empatian kokemiseen. Hetkittäin toinen terapeutti oli samansuuntaisesti synkroniassa miehen kanssa ja toinen naisen kanssa. Välillä taasen toisella terapeutilla oli samansuuntaista synkroniaa naisen kanssa ja toisella

vastakkaista synkroniaa miehen kanssa. Terapeuttien kesken eniten synkroniaa oli hetkissä, jotka he jälkihaastatteluihinsa nostivat tärkeiksi koko istunnon kannalta. Asiakkaiden välillä synkroniaa oli vain lasten jakamisesta puhuttaessa. Koska autonomisen hermoston mittaukset tehtiin kuudenteen istuntoon, jonka jälkeen keskustelujen teemat keskittyivät vähemmän menneisyyteen ja enemmän suhteen nykytilaan ja tulevaisuuteen, voidaan pohtia myös sitä, olisiko loppupuolen istunnoissa näkynyt enemmän synkroniaa pariskunnan välillä.

Yhtenä tutkimuksemme rajoituksena voidaan pitää kokemattomuuttamme terapiatyöstä. Pohdimme sitä, tunnistimmeko terapiaprosessin aikana ilmenneitä elementtejä riittävän tarkasti PTQS-menetelmän vaatimalla tavalla. Lisäksi PTQS:n normaalijakauma asetti haasteensa ja sen vuoksi joidenkin osioiden merkityksellisyys eri istuntojen välillä saattoi vääristyä. Tietyn osion sijoittuminen eri PTQS-luokkiin prosessin aikana ei välttämättä tarkoita vastaavaa eroa osioiden ilmenemisessä istuntojen välillä. Tämä vaikutti myös tekemiimme korrelatiivisiin tarkasteluihin, koska PTQS-arvioiden muutokset saattoivat osin olla näennäisiä. Korrelatiivisiin tarkasteluihin vaikutti myös vähäinen istuntojen määrä, jonka vuoksi otoskoko niissä on hyvin pieni. Tapaustutkimuksemme tuloksia ei myöskään voida yleistää koskemaan muita terapiaprosesseja.

PTQS-arvioiden reliabiliteetti oli tutkimuksessamme hyvä. Istunnossa, jolle teimme reliabiliteetin tarkastelun, oli huomattavan paljon tunnusomaiseen päähän sopivia osioita. Siten siinä korostui normaalijakaumaan pakottaminen ja istunnon arviointi oli haasteellista. Toisaalta, olimme ennen reliabiliteettitarkastelua katsoneet aineistoon kuuluvia istuntoja useamman kerran yhdessä, keskustelleet niistä ja arvioineet muut istunnot, joten menetelmä ja perustelut osioiden valinnoille olivat tuttuja.

Tuloksemme SRS:n ja ORS:n tulosten yhteydestä herätti kysymyksiä mittareiden validiteetista. Myös Kuhlman (2013) sai osin vastaavia tuloksia. Huomionarvoista on kuitenkin se, ettei SRS:ää ole alun perin kehitetty tutkimuskäyttöön (Duncan ym., 2003). Tutkimustarkoituksen vuoksi me laskimme SRS:n ja ORS:n tulokset lomakkeilta millimetreittäin, vaikka kliinistä työtä varten alaskaalojen tulokset pyöristetään lähimpään senttimetriin. Asiakkaat täyttivät ORS-mittarin terapiaistunnon alussa ja SRS-mittarin istunnon päätteeksi samassa tilassa terapeuttien kanssa. Pohdimme sitä, vaikuttiko terapeuttien läsnäolo mittareita täytettäessä pariskunnan antamiin arvioihin. Toisaalta pohdimme myös sitä, millainen vaikutus asiakkaiden asennoitumiseen mittareita kohtaan on voinut olla sillä, ettei arvioita käyty missään vaiheessa läpi.

Autonomisen hermoston reaktioiden osalta tarkastelimme ainoastaan ihon sähkönjohtavuutta, joka on yksi sympaattisen hermoston toimintaa kuvaava fysiologinen parametri. Sen lisäksi myös muun muassa pulssin tiheys on yhdistetty negatiivisten tunnetilojen kokemiseen (Kreibig, 2010). Emme tutkineet ihon sähkönjohtavuuden muutoksia emmekä osallistujien välistä synkroniaa

matemaattisesti vaan kuvaajista analysoimalla. Siten arviot synkroniasta ovat jokseenkin silmämääräisiä. Kuudennen istunnon merkittävässä hetkissä, joiden aikaisia sympaattisen hermoston reaktioita tutkimme, ei mies puhunut yhdessäkään. Tätä voi pitää puutteena ja jatkotutkimuksen kohteena, koska miehen reaktiot vaikuttivat erityisen kiinnostavilta.

Meidän työmme lisäksi PTQS-menetelmä on aiemmissa Pro gradu -tutkielmissa osoitettu hyväksi menetelmäksi tutkia pariterapiaa. Menetelmän ollessa kuitenkin vielä uusi, olisi sen soveltuvuutta ja mahdollisuuksia terapiatutkimuksen laajassa kentässä hyvä selvittää vielä enemmän. Lisätutkimuksen kohteena voisi olla esimerkiksi se, auttaako menetelmä tunnistamaan kattavasti erilaisia merkityksellisiä hetkiä, vaikka siltä tässä tutkimuksessa vaikuttikin. Olisi myös mielekästä ja kiinnostavaa tutkia jonkun pariterapiaprosessin kaikki istunnot PTQS-menetelmällä. Tässä tutkimuksessa, kun teimme arviot vain joka toiseen istuntoon, saatoimme menettää jotain oleellista informaatiota prosessista. PTQS:n tarjoaman määrällisen tiedon hyödyntämistä tilastollisesti kannattaisi kokeilla niin, että arvioituja istuntoja olisi huomattavasti enemmän kuin tämän tutkimuksen viisi istuntoa, jolloin tarkastelu olisi luotettavampaa. Korrelatiivista tarkastelua voisi tehdä esimerkiksi istuntojen PTQS-arvioiden ja istuntoja seuraavien asiakkaiden ORS-pisteiden vaihtelun välille. Autonomisen hermoston reaktioita pariterapiakontekstissa kannattaa tutkia vielä paljon lisää ja useampia fysiologisia parametreja hyväksi käyttäen. Kolmea hetkeä tutkiessamme saimme vain ohuen otteen siitä, miten yhteneväisiä tai eriäviä sympaattisen hermoston reaktioita osallistujilla voi olla.

Tämä tutkimus kuvaili tarkasti yhden pariterapiaprosessin kulkua. Yhdistimme tutkimukseen myös asiakkaiden hyödyllisiksi kokemien elementtien sekä terapian merkittävien hetkien tarkastelua. Elliot (2010) esitti, että psykoterapian arvoituksen ratkaisemiseksi on tulostutkimuksen rinnalla syytä tutkia myös terapian muutosprosesseja ja parhaiten niistä saadaan tietoa käyttämällä erilaisia tutkimustapoja. Mielestämme eri tapoja yhdistämällä onnistuimme tässä tutkimuksessa saamaan hyvää tietoa terapiaprosessista ja allekirjoitamme prosessitutkimuksen hyödyt terapiatutkimukselle. Mahdollisesti tässä työssä esiin tullutta tietoa voi soveltaa kliinisessä työssä pariterapia-asiakkaiden kanssa. Tämä tutkimus tarjosi myös lisää ymmärrystä ja perustietoa siitä, millaisia sympaattisen hermoston reaktioita asiakkailla ja terapeuteilla voi pariterapian vuorovaikutuksessa olla.

LÄHTEET

- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (1999). Psychotherapy process in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67:1, 64–75.
- Anker, M.G., Owen, J., Duncan, B.L. & Sparks, J.A. (2010). Alliance in couple therapy: partner influence, early change and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78:5, 635–645.
- Bachelor, A. & Salamé, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 9:1, 39–53.
- Blow, A.J. & Sprenkle, D.H. (2001). Common Factors Across Theories of Marriage and Family Therapy: a Modified Delphi Study. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 27:3, 385–401.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 16:3, 252–260.
- Brown, P.D. & O'Leary, K.D. (2000). Therapeutic Alliance: predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68:2, 340–345.
- Campell, 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.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J. & Johnson, L.D. (2003). Session rating scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*. 3:1, 3–12.
- Elliot, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research*. 20, 123–135.
- Evans, L.M. (2011). Couple therapy process and its relation to therapy outcome. *ProQuest dissertations and theses*.
- Fife, S.T., Whiting, J.B., Bradford, K., Davis, S. (2014). The Therapeutic Pyramid: A Common Factors Synthesis of Techniques, Alliance, and Way of Being. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 40:1, 20–33.

- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barrat, T. & Hwang, W-C. (2000). Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. *Journal of Clinical Child Psychology*. 29:1, 94–107.
- Fraser, J.S., Solovey, A.D. Grove, D., Lee, M.Y. & Greene, G.J. (2012). Integrative families and systems treatment: A middle path toward integrating common and specific factors in evidence-based family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 38. No. 3, 515–528.
- Freud, S. (1913/1958). On beginning the treatment. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Greenberg, L. & Pinsoff, W.M. (1986). *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2010). The outcome and session rating scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch translation. *Journal of Brief Therapy*. 7:1&2, 1–12.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*. 61, 155–163.
- Hatcher, R.L. & Barends, A.W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64:6, 1326–1336.
- Horvath, A.O. & Bedi, R.B. (2002). Teoksessa The Alliance. Norcross (toim.), *Psychotherapy that works: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 38:2, 139–149.
- Johnson, S.M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 23:2, 135–152.
- Jones, E.E. (2000). *Therapeutic action. A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale: Aronson
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*. 19:4-5, 418–428.
- Keituri, O. (2013). *Detecting couple therapy for depression with a method couple therapy process q-set (CTQS): Process-descriptions of two good, and one poor outcome cases*. Pro gradu -tutkimus. Jyväskylän yliopisto.

- Knobloch-Fedders, L.M., Pinsof, W.M. & Mann, B.J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*. 43:4, 425–442.
- Kreibig, S.D. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion: A review. *Biological Psychology*. 84, 394–421.
- Kuhlman, I. (2013). *Accountability for couple therapy for depression. A mixed methods study in a naturalistic setting in Finland*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kuhlman, I., Tolvanen, A., & Seikkula, J. (2012). The therapeutic alliance in couple therapy for depression: predicting therapy progress and outcome from assessments of the alliance by the patient, the spouse and the therapist. *Family Therapy*. 35, 1–13.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hanse, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C. Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Vol 3 (4), 249–258.
- Lambert, M.J & Shimokawa, K. (2011) Collecting client feedback. *Psychotherapy*. 48:1, 72-79.
- Llewelyn, S. & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *The British Journal of Clinical Psychology*. 40, 1–21.
- Marci, C.D, Ham, J., Moran, E. & Orr, S.P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 195:2, 103–111.
- Marci, C.D. & Orr, S.P. (2006). The effect of emotional distance on psychophysiological concordance and perceived empathy between patient and interviewer. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 31:2, 115–128.
- 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: Guilford Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B, L., Loftus, G.R. & Lutz, C. (2014). *Introduction to Psychology*. Cengage Learning.
- Pesonen, V. (2013). *Pariterapian Q-set suomeksi: Voidaanko tunnistaa jokin yhdeksästä terapiakoulukunnasta luokan erittäin tunnusomainen osioiden perusteella?* Pro gradu-tutkimus. Jyväskylän yliopisto.
- Peura, P. (2012). *Pariterapiaistunnon arvioiminen pariterapian Q-set (PTQS) -menetelmällä*. Julkaisematon lähde.
- Peura, P. (2013a). *Pariterapiaprosessin Q-set*. Julkaisematon lähde. Saatu: 23.1.2015.
- Peura, P. (2013b). *Pariterapiaprosessin Q-set: Tutkimusmenetelmän kehittämisprosessin kuvaus*. Power Point -esitys. Saatu: 23.1.2015.

- Rice, L.N. & Greenberg, L. (1984). The new research paradigm. Teoksessa Rice, L.N. & Greenberg, L. (toim.), *Patterns of change*, 1. painos (s.7-27). New York: Guilford Press
- Salgado, J. (2015). Sähköpostikeskustelu. Käyty: 20.2.2015.
- Sexton, T.L., Ridley, C.R. & Kleiner, A.J. (2004). Beyond common factors: multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 30:2, 131–149.
- Slovák, P., Tennent, P., Reeves, S. & Fitzpatrick, G. (2014). *Exploring skin conductance synchronisation in everyday interactions*. NordiCHI '14. 511– 520.
- Sprenkle, D.H. & Blow, A.J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*. 30:2, 113–129.
- Stiles, W.B. (1979). Verbal response modes and psychotherapeutic technique. *Psychiatry*. 42:1, 49–61.
- Tryon, G.S. & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*. 38:4, 385–389.
- Wahlström, J. (2012). *Psykoterapian tulos ja siihen vaikuttavat tekijät*. Teoksessa Eronen, S. & Lahti-Nuuttila, P. (Toim.) *Mikä psykoterapiassa auttaa*, 1. Painos (s. 35–71). Helsinki: Edita.
- Wahlström, J. (2015). *Psykoterapian arvoitus*. Loppupuheenvuoro, Psykoterapiatutkimuksen päivät, 13.2.2015, Jyväskylä.

LIITTEET

Liite 1. Osallistujien ORS- ja SRS-vastaukset (tutkimuksessa käytetyt osat)

Istunto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nainen, ORS	20,6	27,3	17,9	30,7	31,8	14,5	33,5	18	23,1	33
Nainen, SRS	28,2	35,4	35,3	37,2	36,4	35	36,1	35,6	36,4	37,4
Nainen, Terapiasuhte	7,3	8,7	8,9	9,4	9,1	8,8	9,2	8,6	9	9,1
Mies, ORS	33	36,1	8,1	32,2	35	19	34,5	19,4	27	27,9
Mies, SRS	34,6	39,4	32,1	37	38,1	35,2	37,8	33,6	37,5	37,7
Mies, Terapiasuhte	8,9	9,8	8,1	9,3	9,7	8,8	9,4	8,1	8,6	9,2
Terapeutti 1, SRS	33,7	34,6	33,3	37,1	37,0	34,4	37,8	33,7	36,5	34,3
Terapeutti 1, Terapiasuhte	8,9	8,9	8,7	9,4	9,4	8,5	9,3	9,0	9,5	8,8
Terapeutti 2, SRS	32,4	35,4	33,7	34,9	36,6	34,2	33,1	36,7	36,3	36,2
Terapeutti 2, Terapiasuhte	7,9	9,3	8,9	8,8	8,9	9,2	8,4	9,4	9,4	9,6

Liite 2. Korrelaatiot PTQS-tulosten ja SRS-vastausten sekä terapiasuhdearvioiden välillä
(N=Nainen, M=Mies, T1=Terapeutti 1, T2=Terapeutti 2)

PTQS-osio	N_SRS	M_SRS	T1_SRS	T2_SRS	N_Ter. suhde	M_Ter. suhde	T1_Ter. suhde	T2_Ter. suhde
Osio 7: Mies on ahdistunut tai jännittynyt (vs. tyyni ja rentoutunut)	-.904 *							
Osio 8: Nainen on ahdistunut tai jännittynyt (vs. tyyni ja rentoutunut)	-.984 **							
Osio 9: Terapeutti on vastaanottavainen ja tunnetasolla läsnä (vs. etäinen ja varautunut)		-.955 *				-.913 *		
Osio 12: Terapeutti pyytää puolisoita esittämään jotakin heille tyypillistä vuorovaikutuskuviota, jotta sen piirteet tulisivat näkyviksi								-.953 *
Osio 14: Puolisot eivät koe terapeutin ymmärtävän häntä				.885 *				
Osio 15: Nainen on aktiivinen tai innostunut						-.923 *		
Osio 17: Terapeutti on aktiivinen vuorovaikutuksessa			-.967 **					
Osio 18: Terapeutti ilmaisee ehdotonta hyväksyntää				.885 *				
Osio 19: Terapeutti kysyy puolisoita heidän keskinäisestä suhteestaan tai suhteesta toisiin perheenjäseniin								-.953 *
Osio 22: Terapiaistunnossa käydään reflektiivistä keskustelua	.978 **				.921 *			
Osio 23: Dialogilla on tietty fokus	.963 **							
Osio 24: Terapeutissa aktivoituvat omat asiat tai terapeuttiparin keskinäiset ristiriidat häiritsevät työskentelysuhdetta					.917 *			
Osio 25: Terapeutti opettaa pariskunnalle selkeää kommunikaatiota, ongelmanratkaisukeinoja tai tapoja vähentää stressiä				.945 *				
Osio 28: Puolisoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa esiintyy toisen arvostelua, puolustelua, halveksuntaa tai keskustelusta vetäytymistä		-.949 *				-.907 *		
Osio 31: Terapeutti kysyy lisää tai pyytää tarkennusta					-.891 *			
Osio 34: Puolisot syyttävät muita tai ulkoisia voimia vaikeuksistaan								-.953 *
Osio 43: Terapeutti identifioi ja tutkii puolisoita ajatuksia ja uskomuksia, jotka liittyvät heidän ongelmiinsa					-.985 **			
Osio 50: Terapeutti kiinnittää huomionsa puolisoita välisiin haitallisiin vuorovaikutuskuvioihin		.881 *				.924 *		
Osio 54: Miehen itseilmaisuu on selkeää ja jäsentynyttä							.965 **	
Osio 56: Keskustellaan niistä tekijöistä, jotka ovat auttaneet pariskuntaa terapiassa tai sen ulkopuolella			.967 **					
Osio 59: Puolisot kokevat itsensä riittämättömiksi ja vähäpätöisiksi (vs. tehokkaiksi ja erinomaisiksi)							-.969 **	
Osio 62: Terapeutti identifioi toistuvan teeman puolisoita kokemuksissa tai käyttäytymisessä	.909 *				.980 **			
Osio 63: Puolisot käsittelevät ristiriitojaan lempeästi ja myönteisesti		.924 *						
Osio 69: Terapeutti pukee sanoiksi käsityksensä pariskunnan tilanteesta				-.887 *				
Osio 73: Puolisot ovat sitoutuneet terapiatyöskentelyyn		.951 *				.905 *		
Osio 74: Huumoria on mukana keskustelussa		.992 **				.995 ***		
Osio 75: Hoidon keskeytyksistä tai tauoista tai terapian päättämisestä keskustellaan				.887 *				
Osio 76: Puolisoiden välillä esiintyy valtataistelua					-.895 *			
Osio 85: Terapeutti rohkaisee puolisoita kokeilemaan uusia tapoja toimia toistensa tai muiden ihmisten kanssa		-.887 *						
Osio 87: Pariskunta kontrolloi istunnon kulkua								-.953 *
Osio 88: Puolisot ottavat esiin merkittäviä asioita		-.886 *						
Osio 93: Terapeutti on neutraali		.901 *						
Osio 94: Nainen tuntee itsensä surulliseksi tai masentuneeksi (vs. hilpeäksi tai hyväntuuliseksi)				-.881 *				
Osio 95: Puolisot kokevat tulleensa autetuiksi		.992 **				.995 ***		
Osio 99: Terapeutti haastaa puolisoita näkökulman (vs. validoi heidän havaintojaan)				.922 *				
Osio 100: Terapeutti kohdistaa huomionsa pariskunnan voimavaroihin							-.889 *	