



Havainnot hyistä hetkistä

Kännykkäkuvaus voimavarojen vahvistajana
ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa

Artenomi (YAMK) opinnäytetyö
Kulttuuri- ja taidetoiminta hyvinvoinnin edistäjänä
kevät 2025
Satu Lehtinen

Koulutus	Kulttuuri- ja taidetoiminta hyvinvoinnin edistäjänä (Ylempi AMK)	
Tekijä	Satu Lehtinen	Vuosi 2025
Työn nimi	Havainnot hyistä hetkistä: Kännykkäkuvaus voimavarojen vahvistajana ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa	
Ohjaaja	Helena Leppänen	

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan helppokäyttöinen, kännykkäkuvaukseen perustuva menetelmä, joka tukee ahdistuneisuutta kokevien asiakkaiden voimavaroja ja lievittää heidän ahdistuneisuuttaan. Valokuvaterapiaa ei ole tarkasteltu aiemmin ratkaisukeskeisen lyhytterapian viitekehityksessä.

Mielenterveyden haasteet ja erityisesti ahdistuneisuushäiriöt ovat lisääntyneet merkittävästi viime vuosina. Kasvun taustalla on useita tekijöitä, kuten globaalit kriisit ja yli-diagnosointi. Koska mielenterveysoireiluun liittyvä stigma on vähentynyt ja apua haetaan herkemmin, diagnoosi voidaan toisinaan antaa normaaliin elämään liittyville tunteille. Lievempää ahdistusoireilua voidaan kuitenkin käsitellä ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa ilman lääkärin lähetettä ja diagnoosia.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä. Kännykkäkuvausta hyödyntävän valokuvaterapiamenetelmän pilottiin osallistui kolme 20–60-vuotiasta naista, jotka kokivat ahdistusta arjessaan. Pilotti kesti neljä viikkoa ja sisälsi kolme lyhytterapiatapaamista, joiden välillä osallistujat ottivat kännykkäkuvia hetkistä, jolloin ahdistusta ei ollut tai se oli vähäisempää. Tapaamisissa valokuvia katsottiin yhdessä ja niistä keskusteltiin ratkaisukeskeisesti. Kahden viikon kuluttua viimeisestä tapaamisesta toteutettiin seurantakysely. Aineisto koostui haastatteluista, GAD-7-ahdistuneisuuskyselystä ja ratkaisukeskeisestä asteikosta. Haastatteluaineisto analysoitiin Giorgin fenomenologisella analyysimenetelmällä.

Tulokset osoittavat, että valokuvaterapiamenetelmä yhdistettynä ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan lievensi ahdistuneisuutta lyhyellä aikavälillä sekä vahvasti osallistujien voimavaroja. Kännykkäkuvaaminen auttoi havaitsemaan hyviä, ahdistuksesta vapaita hetkiä, ja kuvien katselu rauhoitti tilanteissa, joissa ahdistus oli voimakkaampaa. Valokuvaamisen kautta voimavarat ja muutokset parempaan tulivat näkyväksi. Osallistujat kokivat kännykkäkuvauksen helpoksi, mutta se saattoi myös aiheuttaa suorituspainetta ja tätä kautta lisätä ahdistusta. Vaikka tulosten yleistettävyyttä rajoittaa pieni otoskoko, niitä tukevat samansuuntaiset havainnot positiivisen psykologian viitekehityksessä tehdyistä tutkimuksista. Kehitetty valokuvaterapiamenetelmä, jolla on rekisteröity tavaramerkki @Solution-Focused Photography, voi tukea mielenterveyttä ennaltaehkäisevästi ja siten vähentää yhteiskunnan kustannuksia.

Avainsanat ratkaisukeskeinen lyhytterapia, valokuvaterapia, ahdistus, kännykkäkuvaus
Sivut 43 sivua ja liitteitä 7 sivua

DP Master's Degree Programme in Promoting Wellbeing through Culture and Art
Author Satu Lehtinen Year 2025
Subject Capturing Good Moments: Smartphone Photography for Enhancing Resources in Solution-Focused Brief Therapy
Supervisors Helena Leppänen

The aim of this thesis was to develop an easy-to-use, smartphone photography-based method for solution-focused brief therapy (SFBT) that supports clients experiencing anxiety by strengthening their internal resources and alleviating their symptoms. Therapeutic photography has not previously been examined within the framework of solution-focused brief therapy.

Mental health challenges, particularly anxiety disorders, have increased significantly in recent years. This growth is influenced by several factors, such as global crises and overdiagnosis. As the stigma surrounding mental health issues has decreased and people seek help more readily, diagnoses are sometimes given for emotions that are part of normal life. However, milder symptoms of anxiety can be addressed in solution-focused brief therapy without a referral or diagnosis from a doctor.

This thesis was carried out as a research-based development project. The pilot study of the therapeutic photography method, which utilizes smartphone photography, involved three women aged 20 to 60 who experienced anxiety in their daily lives. The pilot lasted four weeks and included three therapy sessions. Between the sessions, participants took photos of moments when their anxiety was absent or less intense. The photos were then viewed and discussed in the sessions using a solution-focused approach. A follow-up survey was conducted two weeks after the final session. The data consisted of interviews, the GAD-7 anxiety questionnaire, and a solution-focused scaling question. Interview data was analyzed using Giorgi's phenomenological method.

The results indicate that the therapeutic photography method, when combined with solution-focused brief therapy, reduced anxiety in the short term and strengthened participants' internal resources. Taking smartphone photos helped participants notice positive, anxiety-free moments, and viewing the photos provided a calming effect during more anxious periods. Photography made their strengths and positive change visible. Participants found the method easy to use, although it occasionally caused performance pressure, which could increase anxiety. While the small sample size limits generalizability, the findings are supported by similar results from studies within the field of positive psychology. The developed method, registered under the trademark ®Solution-Focused Photography, can support mental health in a preventive way and thus reduce societal costs.

Keywords solution-focused brief therapy, therapeutic photography, anxiety, smartphone photography
Pages 43 pages and appendices 7 pages

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön lähtökohdat.....	3
2.1	Ahdistuksen ja ahdistuneisuuden määrittely.....	3
2.2	Ratkaisukeskeinen lyhytterapia	5
2.2.1	Kehitysvaiheet ja historia	6
2.2.2	Teoreettinen tausta.....	7
2.2.3	Poikkeuskysymykset voimavarojen vahvistajana	8
2.2.4	Lyhytterapiakoulutus Suomessa	9
2.3	Valokuvaterapia	11
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	13
4	Opinnäytetyön toteutus	14
4.1	Tutkimuksellinen kehittämistyö.....	14
4.2	Valokuvaterapiamenetelmän kehittäminen.....	15
4.2.1	Osallistujien rekrytointi pilotointiin	16
4.2.2	Valokuvaterapiamenetelmän pilotointi	17
4.3	Aineistonkeruumenetelmät.....	19
4.4	Aineiston analyysi	20
5	Tulokset	24
5.1	Valokuvaterapiamenetelmän merkityksiä	24
5.1.1	Hyvien hetkien tunnistaminen ja niihin pysähtyminen	25
5.1.2	Valokuva keinona tunteiden kohtaamiseen ja hallintaan	26
5.1.3	Voimavarojen ja muutoksen näkyväksi tekeminen	27
5.2	Ahdistuneisuuden muutos	28
5.3	Muita haastatteluaineistosta nousseita huomioita	31
6	Pohdinta.....	31
6.1	Keskeisten tulosten tarkastelu.....	32
6.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	35
6.3	Johtopäätökset ja tulevaisuuden suuntaviivat.....	37
	Lähteet.....	39

Kuvat

Kuva 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheet aikajanalla (Lehtinen, 2025)	15
Kuva 2. Pilotoinnin toiminnallisen osuuden vaiheet (Lehtinen, 2025)	18
Kuva 3 Valokuvaterapiamenetelmän merkitykset (Lehtinen, 2025)	24
Kuva 4. Osallistujan ottamia luontovalokuvia (Lehtinen, 2025).....	28
Kuva 5. Ahdistuksen arviointiasteikot (Lehtinen, 2025)	29

Taulukot

Taulukko 1. Psykkiset ja keholliset ahdistuneisuusoireet (THL, 2024)	4
Taulukko 2. Aineistonkeruu pilotin aikana (Lehtinen, 2025).....	19
Taulukko 3. Giorgin fenomenologinen analyysimenetelmä (Virtanen, 2006, s. 182).....	22
Taulukko 4. GAD-7-ahdistuneisuuskyselyn tulokset (Lehtinen, 2025)	30
Taulukko 5. Ratkaisukeskeisen asteikon tulokset (Lehtinen, 2025).....	30

Liitteet

Liite 1.	Saatekirje osallistujille
Liite 2.	Tietosuojailmoitus
Liite 3.	Ratkaisukeskeiset menetelmät ensimmäisessä tapaamisessa
Liite 4.	Aineistonhallintasuunnitelma

1 Johdanto

Mielenterveyden haasteet ovat lisääntyneet merkittävästi viime vuosina. Noin kymmenen vuotta sitten lähes 20 prosentilla suomalaisista oli mielenterveyden häiriöitä, jotka aiheuttivat yhteiskunnalle noin 11 miljardin euron vuotuiset kustannukset (OECD/EU, 2018, ss. 22, 28). Kehitys viittaa siihen, että luvut voivat olla tätä nykyä vielä suuremmat. Vuonna 2024 mielenterveyden häiriöt olivat yleisin syy sairauspäivärahan maksamiseen; sitä sai yli 100 000 suomalaista (Kela, 2025). Mieli ry:n kriisipuhelimeen on tullut vuodesta 2022 lähtien noin 400 000 puhelua vuodessa, kun vielä vuonna 2018 luku oli noin 160 000 (Winter, 2024). Mielenterveyden haasteiden kasvu on ilmiö, jolla on laajoja vaikutuksia niin yksilöihin kuin koko yhteiskuntaan. Ne vaikuttavat kielteisesti kansantalouteen sekä työ- ja toimintakykyyn, vähentävät osallisuutta yhteiskuntaan ja lyhentävät koulutuspolkuja ja työuria (STM, 2023, s. 17). Tämän vuoksi ennaltaehkäisevien ja helposti saavutettavien tukimuotojen merkitys korostuu entisestään.

Ahdistuneisuushäiriö on yleisin mielenterveyden häiriö, ja siitä kärsii maailmanlaajuisesti 300 miljoonaa ja Euroopan unionin alueella 25 miljoonaa ihmistä, joista enemmistö on naisia (WHO, 2023; OECD/EU, 2018, ss. 21–22). Suomessa erityisesti 16–34-vuotiaiden ja 35–49-vuotiaiden naisten ahdistuneisuushäiriöihin perustuvat sairauspoissaolot ovat kasvaneet merkittävästi (Blomgren, 2025). Ahdistuneisuushäiriöt ovat entistä useammin sairauspäivärahan perusteena: vuonna 2010 sairauspäivärahaa ahdistuneisuushäiriön takia sai alle 20 000 ihmistä, kun vuonna 2024 vastaava luku oli yli 50 000 (Kela, 2025). Vuodesta 2016 vuoteen 2024 ahdistuneisuushäiriöiden perusteella maksetut sairauspäivärahat yli 2,5-kertaistuivat (Kela, 2025). Myös Mieli ry:n kriisipuhelimeen tulevista yhteydenotoista suurin osa koskee ahdistuneisuutta (Winter, 2024).

Ahdistuneisuuden taustalla on monia tekijöitä. Viime vuosina ahdistuneisuutta ovat lisänneet koronapandemia, Venäjän hyökkäyssota Ukrainaan sekä ilmastokriisi (Maunula, 2024). Nämä globaalit kriisit ovat vaikuttaneet myös taloudelliseen tilanteeseen, mikä voi herättää epävarmuutta ja turvattomuutta. Lisäksi älylaitteet ja sosiaalinen media vähentävät kasvokkain tapahtuvaa vuorovaikutusta ja haastavat itsetuntoa ulkonäkökeskeisyydellään (Keva, 2024). Työelämä sekä työn ja vapaa-ajan yhteensovittaminen kuormittavat entistä enemmän (Blomgren & Perhoniemi, 2025).

On esitetty näkemyksiä, että ahdistuneisuushäiriöitä yli diagnosoidaan. Mielenterveyteen liittyvän stigman väheneminen on lisännyt avun hakemista, ja medikalisoitumisen myötä

diagnooseja saatetaan antaa liian helposti normaaleille kielteisille tunteille (Keva, 2024; Blomgren & Perhoniemi, 2025). Lievempiä ahdistusoireita ja tunteita voidaan kuitenkin käsitellä myös lyhytterapiassa, johon ei tarvita lääkärin lähetettä tai diagnoosia (Lyhytterapeuttiyhdistys, n.d.).

Lyhytterapia on matalan kynnyksen keskusteluapua, jossa on keskimäärin 1–20 tapaamista (Lyhytterapeuttiyhdistys, n.d.). Lyhytterapialla voidaan ennaltaehkäistä vakavampia mielenterveyden häiriöitä ja inhimillistä kärsimystä sekä säästää yhteiskunnan resursseja. Julkisessa terveydenhuollossa mielenterveyspalvelujärjestelmän kuormittumiseen ja psykoterapeuttipulaan on vastattu kehittämällä porrastettu malli, jossa lievempää oireilua hoidetaan muun muassa lyhytterapialla (Terapiat etulinjaan, 2022, 2024). Myös yksityisten tahojen tarjoamat lyhytterapeuttikoulutukset ovat kasvattaneet suosiotaan (Korpela, 2022).

Ratkaisukeskeinen lyhytterapia on terapiasuuntaus, joka perinteisistä terapiasuuntauksista poiketen on tulevaisuussuuntautunutta ja jossa menneisyyttä ei nähdä ongelmien lähteenä vaan voimavarana (Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 178; Furman & Ahola, 2020, s. 35). Se on myös osoittautunut tehokkaaksi: Neipp ja Beyebach (2022, ss. 121–122) raportoivat, että yli 80 prosentissa tutkimuksista ratkaisukeskeinen lyhytterapia on tuottanut myönteisiä tuloksia keskimäärin alle kuudella tapaamiskerralla. Heidän tulostutkimuksensa mukaan ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa voidaan myös yhdistää muihin lähestymistapoihin ilman, että sen vaikutus heikkenee.

Tässä opinnäytetyössä ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan yhdistettiin kännykkäkuvausta ja kehitettiin uusi valokuvaterapiamenetelmä ahdistuneisuuden lievittämiseksi sekä voimavarojen vahvistamiseksi. Valokuvaterapialla tarkoitetaan valokuvien ja valokuvaamisen menetelmällistä hyödyntämistä psykoterapiassa tai muussa terapeuttisessa työssä (Halkola, 2020, s. 422). Valokuvaterapian juuret ovat psykoanalyttisissä teorioissa (Gibson, 2018, s. 21), ja opinnäytetyössä tarkastellaan ensimmäistä kertaa, miten valokuvaterapiaa voidaan soveltaa ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä, ja lähestymistapana oli konstrukttiivinen tutkimus, jonka tavoitteena on tuottaa ratkaisuja käytännön ongelmiin sekä uutta tietoa niiden toimivuudesta (Lukka, 2001). Valokuvaterapiamenetelmän pilottiin osallistui kolme 20–60-vuotiasta naista, jotka kokivat arjessaan ahdistuneisuutta. Osallistujien kokemuksia valokuvaterapiamenetelmästä selvitettiin haastatteluilla, jotka

analysoitiin Amedeo Giorgan fenomenologisella analyysimenetelmällä. Lisäksi heidän ahdistuneisuutensa muutosta kartoitettiin määrällisillä mittareilla: GAD-7-ahdistuneisuuskyselyllä ja ratkaisukeskeisellä asteikolla.

Tämä opinnäytetyö tuo uuden näkökulman ahdistuneisuuden käsittelyyn yhdistämällä ratkaisukeskeisen lyhytterapian ja kännykkäkuvauksen. Kehitetyn valokuvaterapiamenetelmän tavoitteena on auttaa asiakasta tunnistamaan hetkiä, jolloin ahdistusta ei esiinny, sekä vahvistamaan hänen voimavarojaan.

2 Opinnäytetyön lähtökohdat

Opinnäytetyön keskeiset teoreettiset lähtökohdat ovat ahdistus ja ahdistuneisuus, ratkaisukeskeinen lyhytterapia sekä valokuvaterapia. Tässä luvussa tarkastellaan näitä teoreettisia taustoja ja niiden yhteyttä opinnäytetyössä kehitettyyn valokuvaterapiamenetelmään.

2.1 Ahdistuksen ja ahdistuneisuuden määrittely

Ahdistus on pelon ja huolen sävyttämä tunnetila, joka varoittaa mahdollisista vaarallisista tilanteista ja virittää toimimaan niissä (Mielenterveystalo, n.d.-c; Rovasalo & Eerola, 2023). Ahdistusta voi kuitenkin esiintyä myös tilanteissa, jotka eivät ole selkeästi uhkaavia, kuten merkittäviin elämäntapahtumiin, päätöksentekoon, esiintymiseen tai vuorovaikutustilanteisiin liittyen (Felman, 2024). Lievä ja ohimenevä ahdistus on normaalia, ja se voi olla reaktio epävarmuuteen tulevaisuudesta tai huoleen menneisyydessä tapahtuneesta asiasta (Rovasalo & Eerola, 2023; Felman, 2024). Ahdistus voi vaikuttaa myönteisesti, jos se herättää huomaamaan muutoksen tarpeen ja johtaa hyvinvointia tukevien valintojen tekemiseen (Mielenterveystalo, n.d.-c). Haastavammaksi ahdistus muuttuu, jos sitä ei koe hyväksyttävänä ja sitä pyrkii välttelemään (Rovasalo & Eerola, 2023).

Ahdistus tuntuu sekä mielessä että kehossa ja vaikuttaa myös ihmisen käyttäytymiseen. Sen taustalla olevia ajatuksia ja tunteita ei yleensä ole helppoa tunnistaa ja siksi tunne voi olla hyvin epämääräinen (Rovasalo & Eerola, 2023). Mielenterveystalon (2022) videolla ahdistusta kokevat kuvailevat tuntemuksiaan ärtyneisyytenä, levottomuutena ja keskittymiskyvyn heikkenemisenä. Hengitys kiihtyy, ja rinnassa tuntuu painetta. Mieli ajautuu kohti katastrofiajatuksia, ja uni sekä ruokahalu voivat häiriintyä. Ahdistus saattaa

lamaannuttaa ja vetää ihmisen kuoreensa. Tunteiden säätely vaikeutuu.

Voimakkaimmillaan ahdistus voi herättää kuolemanpelon.

Sympaattisen hermoston aktivoituminen aiheuttaa ahdistuneisuutta kokevalle fyysisiä reaktioita, kuten sydämentykytystä, hengenahdistusta, suolisto-oireita tai lihaskireyttä (Rovasalo & Eerola, 2023). Taulukko 1 havainnollistaa ahdistuksen psyykkisiä ja kehollisia oireita sekä vaikutusta käyttäytymiseen.

Taulukko 1. Psyykkiset ja keholliset ahdistuneisuusoireet (THL, 2024)

Psyykkiset oireet	Keholliset oireet	Käyttäytymisoireet
pelkotilat paniikki tai kauhu katastrofi- ja huoliajatukset epävarmuus itsestä ja omasta osaamisesta pakonomaiset ajatukset	sydämen hakkaaminen punastuminen vapina hikoilu päänsärky huimaus vatsaoireet pahoinvointi selkä- ja nivelkivut	<p>välttäminen: tavallisimmin yksilö pyrkii kokonaan välttämään joutumista ahdistusta aiheuttaviin tai niitä muistuttaviin tilanteisiin</p> <p>turvakäyttäytyminen: ahdistavassa tilanteessa yksilö voi turvautua hallintakeinoihin, jotka pitkällä aikavälillä kuitenkin ylläpitävät ahdistuneisuutta</p> <p>päihteiden käyttö: osa ahdistuneisuushäiriöistä kärsivistä voi yrittää hallita ahdistuneisuuttaan alkoholia tai päihteitä käyttämällä</p>

Mielenterveystalon (n.d.-b) mukaan ahdistuksen taustalla voi olla monia toisiinsa kietoutuvia tekijöitä, jotka liittyvät sekä yksilön sisäisiin ominaisuuksiin että hänen ympäristöönsä. Osalla ihmisistä on synnynnäisesti suurempi alttius ahdistukseen, mikä voi liittyä esimerkiksi perinnöllisiin tekijöihin tai temperamenttiin. Taipumus murehtimiseen ja huolehtimiseen saattaa näkyä jo varhaisessa iässä. Lisäksi lapsuudessa koettu turvattomuus tai opitut käyttäytymismallit voivat vaikuttaa siihen, miten ihminen

myöhemmin reagoi stressiin ja kokee ahdistusta. Lapsi voi esimerkiksi oppia, että jatkuva huolehtiminen on hyväksyty tai jopa toivottava tapa suhtautua elämään.

Rovasalo ja Eerola (2023) huomauttavat, että ahdistusta voivat aiheuttaa myös erilaiset kuormittavat elämäntapahtumat. Nykyisin ahdistuneisuuden kokemukset voivat liittyä erityisesti globaaleihin ilmiöihin, kuten ilmastonmuutokseen, sotaan tai pandemiaan. Tällöin puhutaankin esimerkiksi ympäristöahdistuksesta, tartuntatauteihin liittyvästä pelosta tai sotaan liittyvästä turvattomuuden tunteesta.

Kun ahdistuneisuus on voimakasta, kestää pitkään ja häiritsee jokapäiväistä elämää, kyseessä on ahdistuneisuushäiriö (THL, 2024). Voimakas ahdistus vaikuttaa merkittävästi ihmisen toimintakykyyn ja vuorovaikutustilanteisiin, ja tilanteiden välttäminen usein pahentaa ahdistuneisuutta (Rovasalo & Eerola, 2023). THL:n (2024) mukaan yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö, julkisten paikkojen pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä pakko-oireinen häiriö. Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä välttelee tilanteita, joissa voisi joutua toisten arvostelun kohteeksi. Paniikkihäiriö johtaa kohtauksiin, joissa on fyysisiä oireita sekä tunnetta hallinnan menettämisestä. Julkisten paikkojen pelkoinen karttaa paikkoja tai tilanteita, joista on vaikea päästä pois tai joissa avun saaminen ahdistuneisuusoireisiin voisi olla vaikeaa. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä huolestuneisuus on voimakasta ja kestänyt vähintään kuusi kuukautta. Pakko-oireisessa häiriössä on pakkoajatuksia ja –toimintoja.

Tässä opinnäytetyössä kehitettävällä valokuvaterapiamenetelmällä pyritään tukemaan ahdistuneisuutta kokevien asiakkaiden voimavaroja ja lievittämään ahdistuneisuuden kokemuksia ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa. Tavoitteena on ehkäistä voimakkaampaa ahdistuneisuutta ja sen kehittymistä ahdistuneisuushäiriöiksi.

2.2 Ratkaisukeskeinen lyhytterapia

Ratkaisukeskeinen lyhytterapia on tulevaisuuteen suuntautuva, voimavarakeskeinen ja käytännönläheinen terapiamuoto, joka keskittyy asiakkaan toivomiin muutoksiin ja poikkeushetkiin ongelmien keskellä. Sen juuret ovat 1900-luvun amerikkalaisessa lyhytterapiakehityksessä, ja taustalla vaikuttavat muun muassa sosiaalinen konstruktionismi sekä yhteistyöhön perustuva, asiakaslähtöinen työote. Suomessa ratkaisukeskeinen lyhytterapia on vakiinnuttanut asemansa sekä koulutuksissa että käytännön työssä.

2.2.1 Kehitysvaiheet ja historia

Ratkaisukeskeisen lyhytterapian juuret ovat yhdysvaltalaisen psykiatrin ja hypnoterapian uranuurtajan Milton H. Ericksonin (1901–1980) tekemässä tutkimus- ja kehitystyössä (Furman & Ahola, 2020, s. 11). Aarninsalon ja Mattilan (2020, ss. 178–179) mukaan toisin kuin perinteisessä hypnoosissa, jossa potilaille annettiin suoria suggestioita, Erickson käytti epäsuorempia menetelmiä. Hän pyrki vahvistamaan potilaidensa luovaa prosessia tarinoiden avulla ja ohittamaan tietoisien ajattelun rajoitukset. Ericksonin mukaan ihmiset kangistuvat helposti kaavoihin, mikä johtaa myös ongelmatilanteisiin jumiutumiseen. Hän kannusti asiakkaitaan etsimään uusia näkökulmia ja toimintatapoja. Työskentelyään hän kuvasi yksilölliseksi prosessiksi ja totesi ”tekevänsä aina uuden teorian jokaisen potilaan kohdalla” (Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 179). Terapiasessioita oli usein rajallinen määrä, ja tavoitteena oli käynnistää prosessi, joka jatkuisi asiakkaan omin voimin.

Milton Ericksonin työn inspiroimana Kaliforniaan perustettiin vuonna 1959 Mental Research Institute (MRI), joka tarjosi lyhyttä, kymmenen tapaamista sisältävää terapiaa (Furman & Ahola, 2020, s. 11; Mental Research Institute, n.d.). Käytännössä monelle asiakkaalle riitti jo tätä lyhyempi terapia (Furman & Ahola, 2020, ss. 11–12). MRI:n ajattelutavasta muotoutuivat ratkaisukeskeisen lyhytterapian keskeiset periaatteet, joiden mukaan ongelma itsessään ei ole varsinainen haaste, vaan pikemminkin toimimattomat ratkaisuyritykset, jotka voivat jopa pahentaa tilannetta (Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 179). Terapeutin tehtävänä oli tunnistaa, millaisia ratkaisuja asiakkaat olivat aiemmin kokeilleet, ja ohjata heitä löytämään uusia, luovia ja joskus paradoksaalisia lähestymistapoja ongelmien ratkaisemiseksi (Furman & Ahola, 2020, s. 12). MRI:ssä painotettiin menneisyyden sijaan nykyhetkeä sekä näkökulman vaihtamisen taitoa, jonka avulla ongelma voidaan määritellä uudella tavalla (Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 180).

Sosiaalityöntekijät Steve De Shazer ja Insoo Kim Berg opiskelivat 1970-luvulla MRI:ssä lyhytterapiaa ja perustivat myöhemmin Wisconsinin Brief Family Therapy Centerin (BFTC) (Furman & Ahola, 2020, s. 12). Aarninsalon ja Mattilan (2020, s. 180) mukaan BFTC:n työryhmä teki ratkaisukeskeisen työskentelyn kannalta olennaisen havainnon: ongelmassa on poikkeuksia eli tilanteita, jolloin ihmiset toimivat toisella tavalla, ja näitä tilanteita tutkimalla voidaan löytää väylä muutokseen. Toinen merkittävä keksintö oli keskittyä tulevaisuuteen ja kysyä, millaista asiakkaan elämä on silloin, kun ongelmia ei enää ole. MRI:n lyhytterapiaa oli kutsuttu ongelmakeskeiseksi tai strategiseksi lyhytterapiaksi, mutta BFTC:n työryhmä keskittyi toivotun tulevaisuuden rakentamiseen ja selkeiden tavoitteiden

asettamiseen, ja lähestymistapaa alettiin kutsua ratkaisukeskeiseksi lyhytterapiaksi (Furman & Ahola, 2020, ss. 12–13).

2.2.2 Teoreettinen tausta

Ratkaisukeskeisen lyhytterapian taustalla vaikuttaa sosiaalinen konstruktionismi: ongelmien ja ratkaisujen ajatellaan rakentuvan ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (De Jong & Berg, 2021, ss. 406–407; Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 181). Tästä syystä ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa painotetaan ihmisten välistä vuorovaikutusta ja toimintaa ihmissuhteissa, eikä niinkään yksilön mielensisäisiä prosesseja (Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 187). Konstruktionistisessa viitekehyksessä terapeutti toimii asiakkaan yhteistyökumppanina tukien tätä merkityksellisen ja tasapainoisen elämän rakentamisessa (De Jong & Berg, 2021, ss. 407–408). Aarninsalo ja Mattila (2020, ss. 184, 187–188) korostavat hyvän yhteistyösuhteen tärkeyttä, mitä tukee asiakkaan kokemus kuulluksi tulemisesta. Terapeutin rooli ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa on aktiivinen sekä tasa-arvoinen.

Vaikka nimitys viittaa lyhyteen, sillä ei tarkoiteta niinkään tapaamisten määrää kuin työskentelyn tavoitteellisuutta ja tehokkuutta (Simon & Taylor, 2024, s. 12). Kuten Ratner ym. (2012, s. 3) toteavat, lyhytterapian tarkoitus on saada aikaan muutos mahdollisimman lyhyessä ajassa. Neippin ja Beyebachin (2022, ss. 121–122) tulostutkimuksen mukaan yli 80 prosentissa ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa koskevista tutkimuksista positiivisia tuloksia on saavutettu alle kuudella tapaamiskerralla.

Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä huomio kiinnitetään toivottuun tulevaisuuteen ja tavoitteisiin (Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 178). Furmanin ja Aholan (2020, ss. 35–36) mukaan tämä on keskeinen ero perinteisiin, ongelmiin keskittyviin terapioihin, joissa vaikeuksien lähteenä pidetään menneisyyttä. Ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa menneisyys nähdään pikemminkin voimavarana sekä apuna ongelmien ratkaisemiseen. Psykososiaalisten ongelmien syitä on usein vaikea tarkasti määritellä tai muuttaa, ja vaikka tieteelliset selitykset hyväksytään, niitä ei pidetä käytännön ratkaisujen kannalta oleellisina (Aarninsalo & Mattila, 2020, ss. 181–182). Simon ja Taylor (2024, s. 10) huomauttavat, että ongelmakeskeinen keskustelu ohjaa asiakkaan ja terapeutin ajattelua sekä kokemuksia ongelmien näkökulmasta.

Tulevaisuuteen suuntautunutta työskentelyä tukevat menetelmät, kuten ihmekysymys ja asteikkokysymykset, jotka auttavat asiakasta hahmottamaan konkreettisia askelia kohti

toivottua muutosta. Ihmekysymyksessä asiakasta pyydetään kuvittelemaan tilanne, jossa jokin hänen toivomansa muutos olisi tapahtunut, ja pohtimaan, mitä hän silloin huomaisi ensimmäisenä (Furman & Ahola, 2020, s. 120). Asteikkokysymykset puolestaan auttavat asiakasta arvioimaan nykytilannettaan ja edistymistään kohti tavoitetta (De Jong & Berg, 2021, ss. 125–126).

Ratkaisukeskeinen työskentely on asiakaslähtöistä ja voimavarakeskeistä (Ratkes, 2025; Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 188). De Jongin ja Bergin (2021, ss. 30, 34) mukaan tavoitteiden on oltava asiakkaan itsensä asettamia, realistisia ja konkreettisia, jotta työskentely tukee hänen omaa toimijuuttaan. Terapeutin tulisi omaksua ei-tietämisen asenne ja pyrkiä tarkastelemaan maailmaa asiakkaan näkökulmasta. Asiakkaan voimavarat otetaan käyttöön ongelman ratkaisemisessa tai tavoitteen saavuttamisessa (Ratkes, 2025). Ne tulevat erityisesti näkyväksi poikkeuksia kartoittamalla: milloin ongelmaa ei ole esiintynyt tai se on ollut vähäisempää (De Jong & Berg, 2021, s. 122). Näitä poikkeuksia etsitään poikkeuskysymysten avulla, joihin myös tässä opinnäytetyössä kehitetty valokuvaterapiamenetelmä keskeisesti pohjautuu ja joista kerrotaan seuraavassa alaluvussa.

2.2.3 Poikkeuskysymykset voimavarojen vahvistajana

Poikkeuskysymykset ovat yksi ratkaisukeskeisen lyhytterapian keskeisistä menetelmistä asiakkaan voimavarojen tunnistamisessa. Poikkeuskysymykset perustuvat ajatukseen, että mikään ongelma ei ole läsnä 24 tuntia vuorokaudessa, vaan on poikkeuksia eli hetkiä, jolloin ongelmaa ei ole tai sen vaikutus on vähäisempi. Näiden poikkeuksien tutkiminen lisää asiakkaan toiveikkuutta nostamalla esiin onnistumisia ja vahvuuksia sekä auttaa löytämään toimivia keinoja kohti tavoiteltua muutosta (De Jong & Berg, 2021, ss. 121, 125).

Simon ja Taylor (2024, s. 20) korostavat, että ratkaisukeskeinen lyhytterapia perustuu poikkeuksiin niin menneessä, nykyhetkessä kuin tulevaisuudessakin. Terapeutti voi aina olettaa, että asiakkaan kuvaamassa ongelmassa on ainakin yksi poikkeus. De Jongin ja Bergin (2021, s. 122) mukaan terapeutti voi pyytää asiakasta miettimään esimerkiksi viimeisen parin viikon ajalta hetkiä, jolloin ongelmaa ei ole ollut tai sen vaikutus on ollut vähäisempi. Tavoitteena on saada yksityiskohtainen kuvaus poikkeuksista ja hahmottaa, miten ne ja ongelmat eroavat toisistaan.

Poikkeuksien tarkastelussa on keskeistä, että lyhytterapeutti osaa tunnistaa, mitkä seikat ovat merkityksellisiä, mitä nostaa esiin ja miten hyödyntää asiakkaan vastauksia

muutoksen tukemisessa (Garcia, 2019, s. 37). Poikkeuksista tulee entistä merkityksellisempiä, kun terapeutti pohtii yhdessä asiakkaan kanssa, millaisia myönteisiä vaikutuksia niiden jatkumisella tai lisääntymisellä voisi olla asiakkaan elämässä (Simon & Taylor, 2024, s. 20).

Garcia (2019, ss. 38–39) huomauttaa, että terapeutin ei tulisi kiinnittää huomiota pelkästään hetkiin, jolloin ongelmaa ei ole. Sen sijaan on hyödyllistä huomata asiakkaan kertomuksista seuraavat tilanteet:

- Kun asiakkaan elämässä tapahtuu jotain toivottua.
- Kun ongelma ilmenee, mutta asiakas ei tunnista sitä ongelmaksi.
- Kun asiakas onnistuu ongelman hetkellä hyödyntämään voimavarojaan tilanteen ratkaisemiseksi.

Tässä opinnäytetyössä kehitetty valokuvaterapiamenetelmä pohjautuu poikkeuskysymyksiin. Menetelmä tukee hyvien hetkien havainnointia ja tätä kautta vahvistaa voimavaroja sekä lievittää ahdistusta.

2.2.4 Lyhytterapiakoulutus Suomessa

Suomeen ratkaisukeskeinen lyhytterapia saapui 1970-luvun puolivälissä, ja ensimmäinen kotimainen lyhytterapeuttikoulutus järjestettiin vuonna 1985 (Furman & Ahola, 2020, s. 13). Viime vuosina yksityisten tahojen lyhytterapeuttikoulutukset ovat kasvattaneet suosiotaan (Korpela, 2022). Koulutusten määrän kasvuun ovat vaikuttaneet muun muassa lisääntynyt tarve terapeuttiselle avulle ja menetelmälliselle osaamiselle, psykoterapeuttipula sekä asiakkaiden arvostus palvelua kohtaan, josta ei jää merkintöjä verkkoon (Malkamäki & Pääkkö, 2022, ss. 23–24).

Kouluttajapsykoterapeutit Malkamäki ja Pääkkö (2022, ss. 22–23) näkevät, että lyhytterapeuttikoulutukset alkoivat yleistyä vuosina 2010–2015 osittain siksi, että psykoterapeuttikoulutukset siirtyivät yliopistoihin. Psykoterapeuttikoulutuksen kiristyneiden kriteerien vastapainoksi lyhytterapeutiksi saattoi kouluttautua esimerkiksi ilman sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa. Suomessa vain psykoterapeuttinimike on suojattu, kun taas terapeuttinimikettä voi käyttää kuka tahansa.

Koulutusten suosio on herättänyt keskustelua siitä, tarvitseeko lyhytterapeutilla olla sosiaali- ja terveysalan tutkinto. Lastentautien erikoislääkäri ja koulutettu lyhytterapeutti

Kirsi-Marja Nieminen (2023) näkee rikkautena sen, että koulutukseen hakeutuu ihmisiä eri taustoista. Hän vertaa Suomen henkistä pahoinvointia sotatilaan: sodassa lievempiä vammoja hoitavat ne, joilla on perustiedot haavojen sidonnasta, jolloin kokeneemmat resurssit voidaan keskittää vakavasti haavoittuneiden hoitoon. Tätä samaa työnjakoa hän ehdottaa lyhyt- ja psykoterapeuttien välille.

Koulutuskeskusteluun liittyy keskeinen pohdinta: nähdäänkö lyhytterapian kohteena diagnosoidut mielenterveyden häiriöt vai elämänongelmat? De Jongin ja Bergin (2021, ss. 19–21) mukaan lääketieteellistä mallia on sovellettu 1900-luvulta lähtien somaattisten sairauksien lisäksi psyykkisiin ja inhimillisiin ongelmiin, mikä on johtanut esimerkiksi psykiatrian DSM-tautiluokituksen syntyyn. Lääketieteellinen malli on luonut ongelmakeskeisen lähestymistavan, jossa psyykkisen oireilun taustalla oletetaan olevan suora syy–seuraussuhde samalla tavalla kuin fyysisissä sairauksissa. Tämä puolestaan johtaa ajatukseen siitä, että oikean hoidon edellytyksenä on diagnoosi. Kliinisen psykologian dosentti Tomi Bergström ja lastenpsykiatrian erikoislääkäri sekä perheterapeutti Kari Valtanen (2024) toteavat, että nykyinen palvelujärjestelmä vahvistaa käsitystä, jonka mukaan psyykkiset haasteet nähdään sairauksina, koska avun saaminen on sidottu diagnoosiin.

Psykologian tohtori Vesa Talvitie (2017, s. 210) esittääkin psykoterapian kontekstissa aiheellisen kysymyksen: onko kaikilla terapiassa käyvillä mielenterveyden häiriö, ja keitä sitten ovat psyykkisesti terveet ihmiset? Emeritaprofessori Liisa Keltikangas-Järvinen katsoo, että ahdistukselle ja muille normaaleille tunteille haetaan herkästi psykiatrinen diagnoosi, koska ihmiset eivät kestä pettymyksiä tavoitellessaan onnellisuutta (Casal, 2025). Talvitien (2017, s. 216) mukaan medikalisoivat rakenteet ja prosessit ovat ongelmallisia – elämänongelmia tulisi voida käsitellä ilman psykiatrista sairausleimaa.

Nykytilanteessa ratkaisukeskeiseksi lyhytterapeutiksi voi opiskella ilman sosiaali- ja terveystieteiden tutkintoa. Tätä voidaan pitää perusteltuna, sillä lyhytterapiassa käsitellään elämänongelmia diagnosoitujen mielenterveyden häiriöiden sijaan. Ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa ei keskitytä ongelmiin eikä niille etsitä tieteellistä selitystä, vaan asiakasta tuetaan hänen voimavarojensa tunnistamisessa ja vahvistamisessa.

2.3 Valokuvaterapia

Valokuvaterapia tarkoittaa valokuvien ja valokuvaamisen menetelmällistä hyödyntämistä psykoterapiassa tai muussa terapeuttisessa työssä (Halkola, 2020, s. 422). Jotta valokuvausta voidaan pitää terapeuttisena, sen on oltava strukturoitua ja pyrittävä ennalta määriteltyyn, asiakasta hyödyttävään tulokseen (Gibson, 2018, s. 15). Weiserin (2004, ss. 23–25) mukaan valokuvan avulla voidaan kommunikoida tilanteissa, joissa sanat eivät riitä. Hän on havainnut, että valokuvista puhumalla asiakkaat tuottavat tietoa, joka ei tule esiin pelkästään kysymyksiä esittämällä. Valokuvaterapiassa taiteelliset ominaisuudet eivät ole keskeisiä, vaan valokuvat toimivat välineenä asiakkaan moniulotteisen itsen ja tunteiden kohtaamiseen. Valokuvaterapian menetelmät voidaan jakaa kolmeen kategoriaan: (1) asiakkaan omaelämäkerrallisten valokuvien käyttäminen, (2) symbolisten, assosiativisten valokuvien käyttäminen ja (3) uusien valokuvien ottaminen ja niiden käyttö terapeuttisena välineenä (Halkola, 2020, s. 422).

Valokuvaterapian rinnalla käytetään myös termiä terapeuttinen valokuvaus, mutta asiantuntijat eivät ole yksimielisiä näiden kahden erosta. Psykologi Judy Weiser (2004, s. 35; Halkola, 2020, s. 422) on määritellyt terapeuttisen valokuvauksen henkilökohtaiseksi ja itseohjautuvaksi kuvatyöskentelyksi, jossa ammattilainen ei ole mukana. Psykologi ja psykoterapeutti Del Loewenthal (2023, s. 27) toteaa tämän määritelmän pohjalta, että valokuvaterapian ja terapeuttisen valokuvauksen ero ei välttämättä ole kovin selkeä ja että ammattilainen voi käyttää molempia limittäin. Taiteen ja terveyden professori Susan Hogan (2022, s. 156) puolestaan katsoo, ettei yksiselitteistä terminologiaa ole ja että molempia termejä voidaan käyttää rinnakkain kuvaamaan valokuvausta terapeuttisessa kontekstissa. Hän myös huomauttaa, että englannin kielessä phototherapy viittaa valohoitoon, minkä vuoksi sopivampi termi on therapeutic photography. Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä valokuvaterapia, koska sen katsotaan vakiintuneen sekä Suomessa että suomen kielessä, mutta englanninkieliseen tiivistelmään on valittu therapeutic photography.

Valokuvaterapian ensimmäinen maininta on vuodelta 1856, kun psykiatri Hugh Welch Diamond kehitti Surreyn mielisairaalassa ”valokuvauksen omalaatuisen sovelluksen” (Diamond, 1857, s. 117). Diamond muotokuvasi naispotilaita tarkoituksenaan tallentaa objektiivisesti ja todenmukaisesti mielisairauksien piirteitä sekä tuodakseen esiin potilaissa tapahtuvia muutoksia (Wezler, 2022, s. 1; Halkola, 2009, s. 13). Terapeuttisessa mielessä Diamondin menetelmää voidaan pitää kyseenalaisena, mutta toisaalta hän teki huomion, että kuvien katselu oli merkityksellistä niin potilaille kuin henkilökunnallekin (Gibson, 2018, s. 16; Halkola, 2009, s. 13).

Vaikka varhaisia kokeiluja tehtiin jo 1800-luvulla, varsinainen valokuvaterapian kehitys käynnistyi vasta 1970- ja 1980-luvuilla. Kanadalainen psykologi Judy Weiser (1999, s. xii) alkoi 1970-luvulla kehittää valokuvaterapian tekniikoita ja kokeilla niitä työssään kuurojen lasten parissa. Samoihin aikoihin myös monet muut terapeutit kiinnostuivat valokuvaterapian mahdollisuuksista, ja muun muassa kansainvälinen järjestö perustettiin. Vuonna 1983 ilmestyi psykologien David A. Kraussin ja Jerry L. Fryerin kirja *Phototherapy in Mental Health*, jota Halkolan (2020, s. 422) mukaan voidaan yhä pitää alan perusteoksena. Jo Spence ja Rosy Martin puolestaan kiinnostuivat 1980-luvun alussa perhealbumikuvista ja niiden tarinoista ja kehittivät perhealbumikuvien uudelleenkuvausmenetelmän (re-enactment phototherapy), jota hyödynnetään psykologisten traumojen hoidossa (Halkola, 2020, s. 422; Shen, 2023, s. 50).

Valokuvaterapia alkoi vakiinnuttaa asemaansa kansainvälisesti, ja 1990-luvulla se rantautui myös Suomeen (Halkola, 2009, s. 14). Vuonna 2004 perustettiin Suomen Valokuvaterapiayhdistys (2023a) päämääränään edistää valokuvaterapiaa ja sen tunnettuutta Suomessa. Suomen tunnetuin valokuvaterapeuttinen menetelmä on Maailman ihanin tyttö -projektin myötä syntynyt voimauttava valokuvaus, jonka kehitti sosiaalikasvattaja ja taidekasvattaja Miina Savolainen 1990-luvulla (Halkola, 2020, s. 425). Suomessa on myös koulutettu valokuvaterapian menetelmäohjaajia (Suomen Valokuvaterapiayhdistys, 2023a).

Näkemykset eroavat sen osalta, kuka voi käyttää valokuvaterapiaa. Suomessa Halkola (2020, s. 422) on määritellyt, että valokuvaterapiaa käyttävällä tulee olla psykoterapeutin tai muu ammatillinen terveyst-, sosiaali- tai kasvatustalon pätevyys, ja samalla linjalla jatkaa Suomen Valokuvaterapiayhdistys (2023b). Loewenthalin (2023, ss. 26–27) mukaan valokuvaterapiaa voi käyttää vain koulutettu terapeutti, joka on läpikäynyt oman terapian. Tätä hän perustelee sillä, että oma terapia ehkäisee terapeuttia tiedostamattaan tekemästä omia tulkintoja valokuvista ja heijastamasta käsittelemättömiä tunteitaan asiakkaaseen. Weiser puolestaan toteaa, että valokuvaterapiaa voi käyttää ”kuka tahansa koulutettu terapeutti riippumatta hänen käsitteellisestä suuntautumisestaan, ammatillisesta taustastaan, ensisijaisesta interventioistaan tai lähestymistavastaan” (Weiser, 2004, s. 26).

Valokuvaterapian soveltamiseen vaikuttavat sekä terapeutin suuntaus että käytetyt tekniikat, jotka Weiser (2004, s. 25; Halkola, 2020, s. 424) on luokitellut viiteen kategoriaan.

1. Asiakkaan ottamat tai luomat kuvat – Asiakas ottaa kuvan itse tai löytää valitsemansa kuvan, esimerkiksi lehdestä.

2. Asiakkaasta otetut kuvat – Asiakas esiintyy kuvassa joko tietoisesti poseeraten tai spontaanisti kuvatuksi tullen.
3. Omakuvat – Asiakkaan itsestään ottamat tai muutoin luomat kirjaimelliset tai vertauskuvalliset kuvat.
4. Perhekuvat ja muut omaelämäkerralliset kokoelmat – Kuvat syntymäperheestä tai valitusta perheestä, mitkä kertovat asiakkaan elämästä ja taustasta.
5. Kuvaprojektiot – Valokuvan ottaja tai katsoja tulkitsee ja antaa kuvalle merkityksen.

Valokuvaterapian juuret näyttäisivät olevan psykoanalyttisissä teorioissa (Gibson, 2018, s. 21). Loewenthalin (2023, s. 28) mukaan valokuvat voidaan nähdä väylänä alitajuntaan ja tukahdutettujen muistojen, tunteiden ja ajatusten ilmentymiseen. Psykoanalyttisessä tulkinnassa asiakkaan valokuvalle antamat merkitykset voivat heijastaa tiedostamattomia kokemuksia ja sisäisiä ristiriitoja, jotka ovat aiemmin torjuttuja. Näin ollen valokuva voi toimia keinona tehdä näkymätöntä näkyväksi ja tuoda esiin käsittelemättömiä tunnekokemuksia terapiassa. Psykoanalyysin painopiste on kysymyksessä ”miksi” ja menneissä, kipeissä muistoissa, kun taas ratkaisukeskeisyydessä tiedostamaton mieli nähdään ongelmien sijaan voimavarojen ja ratkaisuideoiden lähteenä (Tammeaid, 2012, s. 43; Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 182). Psykoanalyysiä voidaankin pitää vastakohtana ratkaisukeskeiselle lyhytterapialle, jossa huomio suunnataan tulevaisuuteen ja joka on tämän opinnäytetyön keskeinen viitekehys. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan ensimmäistä kertaa, miten valokuvaterapiaa voidaan soveltaa ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa.

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena ja tutkimustehtävänä on kehittää ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan valokuvaterapiamenetelmä, joka lievittää ahdistuneisuutta ja vahvistaa sitä kokevien ihmisten voimavaroja.

Tavoitteena on luoda kännykkäkuvaamiseen perustuva menetelmä, joka tukee ahdistuneisuutta kokevien asiakkaiden voimavaroja, lievittää heidän ahdistuneisuuttaan sekä tarjoaa ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan helppokäyttöisen ja visuaalisen työkalun.

4 Opinnäytetyön toteutus

Tässä luvussa kerrotaan, miten opinnäytetyö eteni tutkimuksellisenä kehittämisprosessina valokuvaterapiamenetelmän suunnittelusta pilotointiin. Lisäksi esitellään aineiston keräämisen ja analysoinnin vaiheet.

4.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

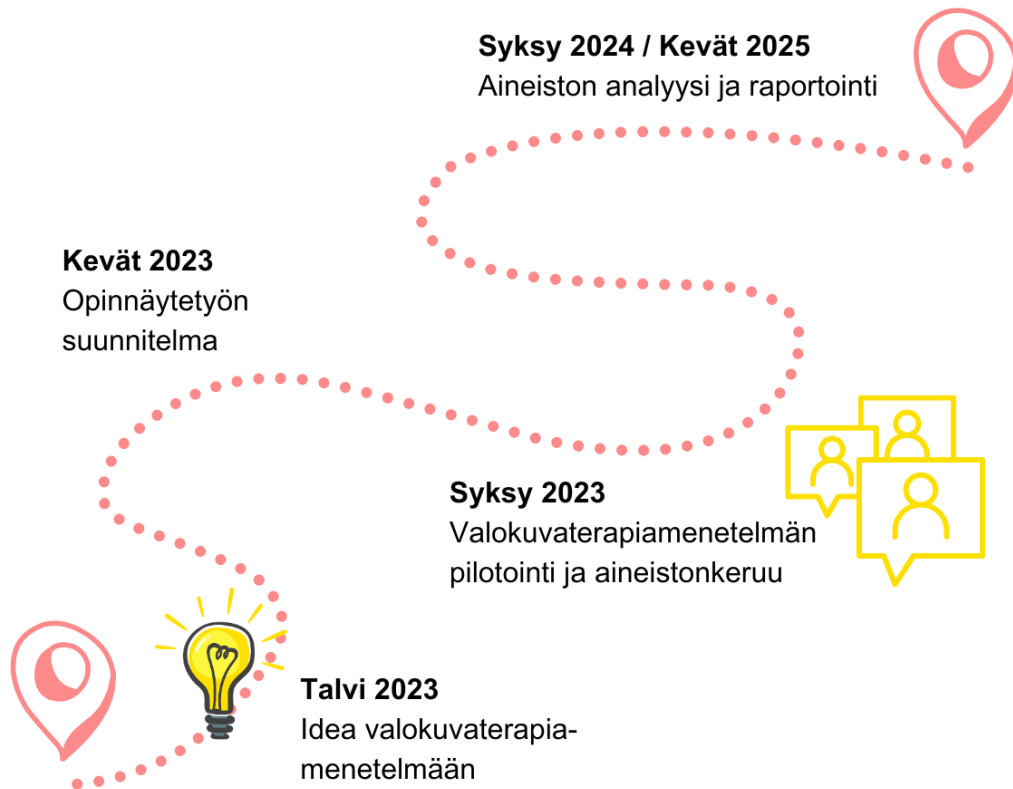
Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä. Tutkimuksellinen kehittäminen liikkuu työelämän kehittämistoiminnan ja tutkimuksen rajalla ja yhdistää konkreettisen kehittämistyön ja tutkimuksellisen lähestymistavan (Toikko & Rantanen, 2009, s. 19). Kyseessä ei ole tieteellinen tutkimus, mutta ei myöskään arkinen kehittäminen (Humak, 2025). Toikon ja Rantasen (2009, s. 22) mukaan tutkimuksellisessa kehittämistyössä tiedontuotantoa ohjaavat käytännön ongelmat ja kysymykset. Tietoa hankitaan aidoissa toimintaympäristöissä, ja tutkimukselliset asetelmat ja menetelmät tukevat tätä prosessia. Vaikka pääpaino on kehittämistoiminnassa, tutkimuksellisia periaatteita hyödynnetään.

Opinnäytetyössä tutkimuksellisen kehittämistyön lähestymistapana oli konstruktivinen tutkimus. Konstruktivisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa ratkaisuja käytännön ongelmiin ja uutta tietoa niiden toimivuudesta (Lukka, 2001). Opinnäytetyössä konstruoi uusi valokuvaterapiamenetelmä ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan. Konstruktivinen tutkimus nojaa huolellisesti rakennettuun teoreettiseen viitekehykseen, joka ohjaa sekä menetelmän kehittämistä että sen arviointia (Lukka, 2001). Opinnäytetyössä kehitetty valokuvaterapiamenetelmä pohjautuu ratkaisukeskeisen lyhytterapian ja erityisesti sen poikkeuskysymysten teorioihin.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä syntyy analysoitavaa tutkimusaineistoa, mikä edellyttää myös aineiston analyysimenetelmien huolellista valintaa ja käyttöä (Humak, 2025). Tämän opinnäytetyön aineisto hankittiin haastatteluilla ja määrällisillä mittareilla. Haastatteluihin sekä niiden analysointiin sovellettiin fenomenologista näkökulmaa, eli haluttiin ymmärtää syvällisemmin osallistujien kokemuksia valokuvaterapiamenetelmästä. Määrälliset mittarit, GAD-7-kysely ja ratkaisukeskeinen asteikko, kartoittivat osallistujien ahdistuneisuuden muutosta pilotoinnin aikana.

Opinnäytetyön vaiheet ja aikataulu esitellään kuvassa 1.

Kuva 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheet aikajanalla (Lehtinen, 2025)



4.2 Valokuvaterapiamenetelmän kehittäminen

Ajatus opinnäytetyön aiheesta syntyi kiinnostuksesta ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan ja valokuvaterapiaan sekä niiden yhdistämiseen. Ennen opinnäytetyöprosessin alkua heräsi idea yhdistää valokuvaaminen ratkaisukeskeisiin poikkeuskysymyksiin.

Poikkeuskysymysten ydinajatus on, että mikään ongelma ei ole jatkuvaa – on aina hetkiä, jolloin ongelmaa ei ole tai sen vaikutus on vähäisempi. Jos ihminen kokee ahdistusta, sitä ei todennäköisesti ole jatkuvasti. Niinäkin hetkinä, jolloin ahdistusta on, sen intensiteetti voi vaihdella tai ihmisellä voi olla omia keinoja ja voimavaroja päästä ahdistavista hetkistä eteenpäin. Näiden poikkeushetkien tunnistaminen ja vahvistaminen on keskeinen osa ratkaisukeskeistä työskentelyä. On myös tavallista, että ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa annetaan kotitehtäviä, joiden tavoitteena on kiinnittää huomiota juuri poikkeustilanteisiin (Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 186).

Tässä opinnäytetyössä kehitettiin menetelmä, jossa valokuvaamista hyödynnettiin poikkeushetkien tunnistamisen ja vahvistamisen tukena. Kännykkäkameran käytöllä

pyrittiin tekemään menetelmästä helposti lähestyttävä ja arkeen sopiva. Menetelmä sisälsi sekä valokuvien ottamisen että niiden tarkastelun ja käsittelyn ratkaisukeskeisestä näkökulmasta lyhytterapiassa. Valokuvaterapiamenetelmää pilotoitiin ahdistuneisuutta kokevilla osallistujilla.

Opinnäytetyössä kehitetylle valokuvaterapiamenetelmälle on haettu ja myönnetty Patentti- ja rekisterihallituksen tavaramerkin rekisteröinti @Solution-Focused Photography.

4.2.1 Osallistujien rekrytointi pilotointiin

Edellytyksenä valokuvaterapiamenetelmän pilottiin osallistumiselle olivat vähintään 18 vuoden ikä, mahdollisuus käyttää kännykkäkameraa sekä arjessa koettu ahdistus. Ikäraja määriteltiin, koska opinnäytetyön tekijällä on kokemusta vain aikuisten kanssa työskentelystä. Kännykkäkamera valittiin välineeksi sen helppokäyttöisyyden vuoksi.

Osallistujat rekrytoitiin sosiaalisen median kautta elokuussa 2023. Ilmoitus julkaistiin Instagramissa ja Facebookissa Lupanauttia.fi-tileillä, jotka tuolloin toimivat opinnäytetyön tekijän toiminimen sosiaalisen median kanavina. Lisäksi tehtiin julkaisu Siskot +/- 50-ryhmään Facebookissa, koska ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleistyneet erityisesti 35–49-vuotiailla naisilla, mutta myös 50–67-vuotiaat naiset kärsivät niistä merkittävästi (Blomgren, 2023).

Opinnäytetyöhön osallistumisesta kiinnostuneet ohjattiin sosiaalisen median julkaisusta Google Forms -yhteydenottolomakkeelle. Sosiaalisen median ilmoituksessa ja lomakkeella kerrottiin, että osallistujalla tulee olla kännykkäkamera, mutta muuten valokuvaamisesta ei tässä vaiheessa vielä kerrottu tarkemmin. Tämä rajaus tehtiin Readin ym. (2022, ss. 275, 287) Isossa-Britanniassa toteuttaman tutkimuksen havaintojen pohjalta. Tutkimuksessa selvitettiin valokuvauksen vaikutusta hyvinvointiin ja posttraumaattiseen kasvuun koronapandemian aikana. Tutkijat pohtivat jälkikäteen, että heidän ilmoituksensa saattoi houkutella osallistujiksi jo entuudestaan valokuvaamisesta kiinnostuneita ja että ilmoituksessa olisi kannattanut keskittyä hyvinvointiin valokuvausintervention sijaan.

Yhteydenottolomakkeen täytti yhdeksän osallistumisesta kiinnostunutta ihmistä, joihin opinnäytetyön tekijä otti yhteyttä sähköpostilla. Kahdeksan ihmisen kanssa sovittiin 15 minuutin videotapaaminen, jossa kerrottiin opinnäytetyöhön liittyvästä pilotista tarkemmin ja vastattiin mahdollisiin kysymyksiin. Sovittuihin videotapaamisiin saapui viisi ihmistä. Heistä kaikki jatkoivat seuraavaan vaiheeseen, joka oli kirjallisesti sähköpostissa annettu

suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Suostumuksen jälkeen sovittiin ensimmäisen tapaamisen ajankohta. Tapaamiset sovittiin neljän ihmisen kanssa, mutta opinnäytetyöhön osallistui lopulta kolme ihmistä, koska yksi osallistuja keskeytti toisen tapaamisen jälkeen.

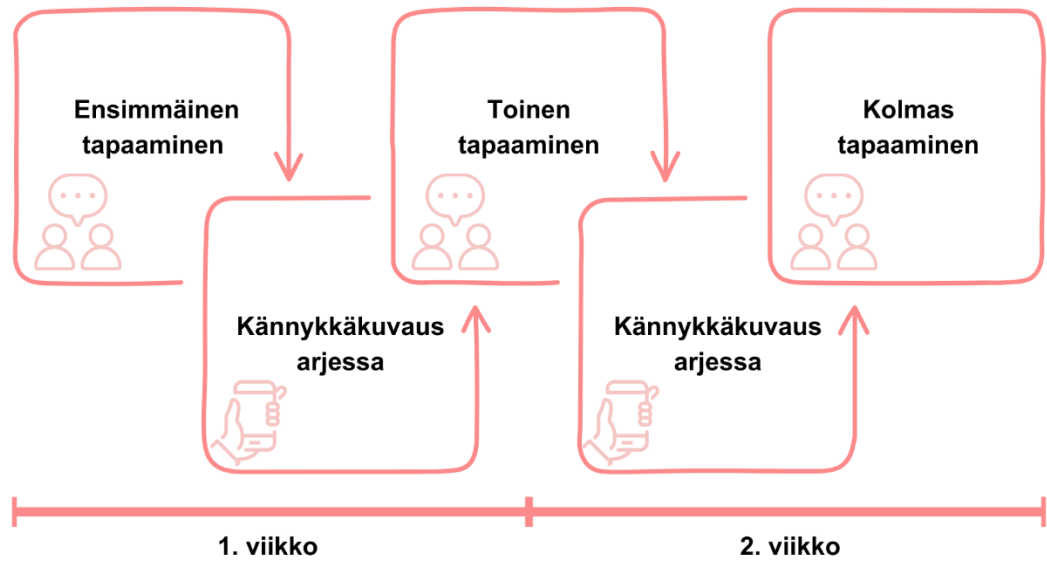
Osallistujille toimitettiin sähköpostilla saatekirje, jossa selostettiin opinnäytetyön sisältö ja vaiheet sekä osallistujan oikeudet, kuten vapaaehtoisuus ja oikeus peruuttaa suostumus koska tahansa syytä ilmoittamatta (liite 1). Lisäksi osallistujille lähetettiin tietosuojailmoitus (liite 2). Osallistujien suostumus kerättiin kirjallisesti sähköpostilla.

Opinnäytetyöhön osallistui kolme eri-ikäistä naista, iältään 20–60-vuotiaita, joita yhdisti arjessa koettu ahdistus. Osallistujista käytettiin pseudonyymejä Ella, Saara ja Merja.

4.2.2 Valokuvaterapiamenetelmän pilotointi

Menetelmän pilotoinnin tavoitteena oli selvittää, miten kehitetty valokuvaterapiamenetelmä toimii ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa käytännössä. Pilotti kesti neljä viikkoa ja koostui kahden viikon toiminnallisesta osuudesta ja kahden viikon seuranta-ajasta. Toiminnallisen osuuden aikana toteutettiin kolme 75 minuutin lyhytterapiatapaamista sekä valokuvaamista tapaamisten välillä. Nämä vaiheet esitetään kuvassa 2. Kolme tapaamista valittiin, koska opinnäytetyön tekijän oma kokemus on osoittanut määrän olevan monelle riittävä oivallusten tekemiseen ja muutoksen käynnistämiseen. Terapiatapaamiset ovat yleensä noin 45 minuuttia, mutta pilotissa tapaamisten kesto oli puoli tuntia pidempi, jotta aikaa jäi kuvien katseluun ja aineiston keräämiseen. Tapaamiset järjestettiin etänä Google Meetissä. Seurantajakson lopuksi toteutettiin seurantakysely.

Kuva 2. Pilotoinnin toiminnallisen osuuden vaiheet (Lehtinen, 2025)



Ensimmäisessä tapaamisessa kartoitettiin osallistujan tilannetta ratkaisukeskeisiä menetelmiä käyttäen (liite 3). Tapaamisen lopuksi osallistujaa ohjeistettiin ottamaan kännykkäkuvia tilanteista, joissa häntä ei ahdisti tai ahdistus on vähäisempää. Ohjeistus oli yksilöllinen ja perustui poikkeuskysymysten avulla esiin nousseisiin tilanteisiin. Valokuvien määrään ei ollut tarkkaa ohjeistusta, mutta suositus oli ottaa vähintään yksi kuva päivässä.

Toisessa tapaamisessa keskustelua jatkettiin siitä, mihin ensimmäisessä tapaamisessa jäätiin, mutta mukaan otettiin valokuvien katselu. Koska tapaamiset pidettiin etänä, kuvien jakamisen tapa perustui osallistujan toiveisiin tai tietotekniseen osaamiseen. Kuvia katsottiin videokuvan välityksellä suoraan osallistujan kännykän näytöltä, osallistujan omalta tietokoneelta jakamana, sekä eräs osallistuja lähetti kuvat etukäteen sähköpostilla. Osallistujien kuvat edustivat arkisia hetkiä, kuten rauhoittumista luonnossa, harrastuksen parissa vietettyä aikaa ja hetkiä, jolloin osallistuja koki itsensä levolliseksi.

Valokuvista keskusteltiin ratkaisukeskeisesti seuraavia kysymyksiä hyödyntäen:

- Kerro kuvan tilanteesta.
- Miten sait sen aikaan? Mitä teit?
- Mitä pitäisi tapahtua, että se jatkuisi tai lisääntyisi?

Tapaamisen päätteeksi osallistujia pyydettiin jatkamaan kuvaamista seuraavan viikon ajan ja ottamaan kuvia hetkistä, kun ahdistusta ei ole tai se on vähäisempää. Ohjeistusta täsmennettiin yksilöllisesti poikkeuskysymysten kautta esiin nousseiden tilanteiden ja teemojen pohjalta.

Kolmannen tapaamisen sisältö oli vastaavanlainen kuin toisen tapaamisen. Tapaamisen alkupuolella katsottiin osallistujan viikon aikana ottamia kuvia niistä keskustellen. Loppupuolella prosessista tehtiin yhteenvetoa ja pohdittiin tulevia tavoitteita. Lyhytterapiatapaamisen päätteeksi oli kokemuksia kartoittavan haastattelun vuoro.

4.3 Aineistonkeruumenetelmät

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastatteluilla sekä ahdistuneisuuden muutosta kartoittavilla mittareilla: GAD-7-kyselyllä ja ratkaisukeskeisellä asteikolla. Taulukossa 2 havainnollistetaan aineistonkeruun menetelmät ja aikataulu.

Taulukko 2. Aineistonkeruu pilotin aikana (Lehtinen, 2025)

Menetelmä	1. päivä	7. päivä	14. päivä	28. päivä
Haastattelu			x	
GAD-7-kysely	x		x	x
Ratkaisukeskeinen asteikko	x	x	x	

Keskeisin aineisto hankittiin haastattelemalla kokeilun osallistujia kolmannen eli viimeisen tapaamisen päätteeksi. Haastatteluilla pyrittiin selvittämään osallistujien kokemuksia valokuvaterapiamenetelmästä, mihin soveltuvat parhaiten avoimet kysymykset (Laine, 2018, s. 39). Haastattelu oli puolistrukturoitu, eli kysymykset laadittiin etukäteen, mutta

vastaamisen tapa oli vapaa (Kallinen & Kinnunen, 2021). Täydentäviä kysymyksiä esitettiin tilanteen mukaan. Haastattelu äänitettiin.

Haastattelussa esitettiin seuraavat kysymykset:

- Miten koit valokuvaamisen osana ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa?
- Miten koit, että valokuvaamiseen käytettiin kännykkää?
- Mitä hyviä tai hyödyllisiä asioita koit valokuvaamiseen liittyvän (esimerkkejä)?
- Mitä huonoja tai haitallisia asioita koit valokuvaamiseen liittyvän (esimerkkejä)?
- Miten koit valokuvien katselun lyhytterapian yhteydessä?
- Miten koit valokuvaamisen tai valokuvien katselun vaikuttavan ahdistukseen?

Ahdistuksen arviointiin käytettiin kahta eri mittaria. GAD-7-kyselyssä suurempi luku indikoi voimakkaampaa ahdistuneisuutta, kun taas ratkaisukeskeisellä asteikolla suurempi luku viittasi lievempään ahdistukseen.

GAD-7 on standardoitu kysely, joka kartoittaa kahden viimeisen viikon ahdistusoireita seitsemällä kysymyksellä. Kysely on kehitetty yleistyneen ahdistuneisuushäiriön arviointiin tutkimus- ja kliinisessä käytössä (Spitzer ym., 2006). Osallistujat täyttivät Mielenterveystalo.fi-sivustolla olevan ahdistuneisuuskyselyn ensimmäisellä ja kolmannella tapaamisella sekä seurantana kaksi viikkoa kolmannen tapaamisen jälkeen.

Ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa asteikko ja asteikkokysymykset ovat perinteinen menetelmä, jota käytetään asiakkaan omaan kokemukseen perustuvana välineenä nykytilanteen, tavoitteen ja edistymisen jäsentämisessä. Tyypillisesti asteikolla 1–10 luku 10 kuvaa toivottua tai erittäin hyvää tilannetta ja luku 1 vaikeinta mahdollista tilannetta (Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 186). Pilotissa osallistujat määrittivät itse henkilökohtaisen tavoitteensa, ja asteikkoa käytettiin hahmottamaan, missä kohtaa he kokivat olevansa suhteessa tähän tavoitteeseen. Mitä korkeammalla asteikolla osallistuja arvioi olevansa, sitä vähemmän hän koki ahdistusta ja sitä lähempänä hän tunsu olevansa tavoitettaan.

4.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön haastatteluaineiston analyysissä hyödynnettiin kuvailevaa fenomenologista lähestymistapaa, joka keskittyy yksilöiden subjektiivisiin kokemuksiin ja niiden yhteisiin piirteisiin (Hakala, 2024, ss. 36–37, 41). Fenomenologia valittiin, koska sillä on selkeitä

yhtymäkohtia ratkaisukeskeisyyteen: molemmat korostavat yksilöiden ja heidän kokemustensa ainutlaatuisuutta (Tökkäri, 2018, s. 66; Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 182). Fenomenologia tarkastelee kokemuksia sellaisina kuin ihminen ne itse kokee, eli miten maailma ja oma itse näyttävät juuri siinä hetkessä elettyinä (Laine, 2018, s. 30). Tökkärin (2018, ss. 66–67) mukaan fenomenologian tavoitteena on hahmottaa ja kuvata kokemuksille yhteisiä rakenteellisia tai olemuksellisia piirteitä. Kokemukset ovat aina yksilöllisiä, mutta kun osallistujien elämäntilanteet ovat riittävän samankaltaisia, voidaan tehdä kokoavia johtopäätöksiä, vaikka määrällisen tutkimuksen yleistettävyyttä ei saavutetakaan.

Fenomenologiassa korostuvat erityisesti sanalliset pohdinnat eli reflektointi, jonka avulla ihmiset jäsentävät ja tekevät merkityksellisiä kokemuksiaan ymmärrettäviksi (Hakala, 2024, s. 40). Tökkäri (2018, s. 69) toteaa, että jos tutkija ymmärtää kokemuksen ensisijaisesti yksilön tajunnassa ilmenevinä sisältöinä ja katsoo, että näitä voidaan tavoittaa haastatteleamalla, kuvaileva fenomenologia on yleensä tutkimukseen sopivin lähestymistapa. Hakala (2024, s. 41) kuitenkin huomauttaa, että kokemusten monitahoisuus ja niiden hienovaraisten yksityiskohtien havaitseminen vaativat tarkkaavaisuutta.

Fenomenologinen analyysi korostaa avoimuutta, ja tutkijan tulisi pyrkiä vapautumaan ennako-oletuksista, jotka saattaisivat vaikuttaa tutkimuksen kulkuun tai tuloksiin (Hakala, 2024, s. 38). Tutkijan on huomioitava, että ensimmäisenä mieleen juolahtava ymmärrys on hänen tapansa tarkastella asioita omasta yksilöllisestä ja yhteisöllisestä taustastaan käsin, ja tätä spontaania ymmärrystä on kyseenalaistettava (Laine, 2018, ss. 35–36). Erityistä huomiota on kiinnitettävä tilanteisiin, joissa tutkija kokee tutkittavan kokemuksen itselleen tutuksi, jotta hän ei rakenna tuloksia omien kokemustensa pohjalta (Tökkäri, 2018, ss. 70–71).

Analyysin tukena käytetään sulkeistamista (*epoché*), jossa tutkija tietoisesti asettaa sivuun omat tietonsa ja ennako-oletuksensa analyysin ajaksi (Tökkäri, 2018, ss. 67–68; ks. myös Giorgi ym., 2017, s. 178). Laine (2018, s. 36–37) korostaa, että erityisen tärkeää on tunnistaa tutkimuskohdetta selittävät teoreettiset mallit ja siirtää ne syrjään analyysin ajaksi. Sulkeistamista tukee tutkijan esiymmärrys, jonka selkeyttämistä voi edistää esimerkiksi tutkimusaiheesta keskusteleminen tai kirjoittaminen (Moilanen & Rähä, 2018, s. 57).

Opinnäytetyön tekijä on reflektoinut omaa esiymmärrystään siitä lähtien, kun opinnäytetyö aloitettiin. Ennen aineiston analysoimista tekijä kirjoitti esiymmärryksestään sulkeistamisen

tueksi. Tekijän esiyymmärrykseen vaikuttavat ratkaisukeskeisen lyhytterapian opinnot sekä asiakastyön kokemukset, joita on karttunut opintojen aikana, omalla toiminimellä ja palkkatyössä. Opinnäytetyössä tekijä on toiminut lyhytterapeuttina pilotissa, jonka aineistoa hän analysoi. Pilotin ja analyysin välissä oli puolentoista vuoden tauko, mikä loi etäisyyttä aineistoon ja auttoi tarkastelemaan sitä objektiivisemmin.

Tekijällä on esiyymmärrystä valokuvaamisesta harrastuksen kautta. Valokuvaaminen on edistänyt hänen hyvinvointiaan, parantanut keskittymiskykyä ja tuonut onnistumisen kokemuksia. Se on auttanut kiinnittämään huomiota arjen yksityiskohtiin, joita ei välttämättä muuten huomaisi. Tekijä on myös järjestänyt valokuvauskurssin yhdessä valokuvaterapian menetelmäohjaajan kanssa vanhemmille, joiden lapsi on sairastanut syöpää tai menehtynyt sairauteen.

Fenomenologinen aineiston analyysi toteutettiin amerikkalaisen psykologin Amedeo Giorgin viiden vaiheen menetelmällä (Giorgi ym., 2017, s. 182; Hakala, 2024, ss. 43–45), joka on esitetty taulukossa 3. Ennen ensimmäistä vaihetta hankittiin haastattelemalla kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja litteroitiin äänitetyt haastattelut. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto luettiin läpi. Toisessa vaiheessa aineistosta eroteltiin tutkittavan ilmiön olennaiset asiat eli merkitysyksiköt. Kolmannessa vaiheessa, joka vaatii erityistä tarkkuutta, merkitysyksiköt muunnettiin tutkittavan kieleltä tutkijan alan kielelle. Neljännessä vaiheessa muunnetuista merkitysyksiköistä luotiin merkitysverkosto, eli toisiinsa liittyvät kokemukset tuotiin yhteen. Viidennessä eli viimeisessä vaiheessa luotiin yksilöllisistä merkitysverkostoista yleisempi merkitysverkosto.

Taulukko 3. Giorgin fenomenologinen analyysimenetelmä (Virtanen, 2006, s. 182)

1. vaihe	2. vaihe	3. vaihe	4. vaihe	5. vaihe
Tutustutaan tutkimus-aineistoon huolellisesti ja avoimesti kokonaisnäkemykseen pyrkien	Tutkimus-aineisto jaetaan merkitysyksiköihin	Merkitysyksiköt muunnetaan tutkijan yleiselle kielelle	Muodostetaan yksilökohtainen merkitysverkosto	Muodostetaan yleinen merkitys-rakenne

Aluksi äänitetyt haastattelut litteroitiin. Analyysin vaiheet 1–3 tehtiin yksi osallistuja kerrallaan. Analyysi aloitettiin lukemalla litteroitu haastattelu useaan kertaan ja alleviivamalla tutkimustehtävän kannalta olennaisia kokemuksia eli merkitysyksiköitä – yksittäisiä ilmauksia tai lauseita, jotka toivat esiin osallistujan kokemuksen keskeisiä piirteitä.

Kolmannessa vaiheessa osallistujan kuvaama kokemus muunnettiin yleiselle kielelle.

Esimerkki:

"Valokuvien ottaminen helpotti sitä oloa. Just kun sä mietit, että tää hetki on semmonen, että mua ei nyt ahdista."

→ Hän kertoo, että valokuvaaminen tuotti helpotuksen tunnetta, kun hän havaitsi, ettei tilanne aiheuttanut ahdistusta.

"Niin sit kun sä mietit sitä, että otan nyt tästä tilanteesta kuvan muistoksi siitä, että nyt on hyvä hetki. Niin mä koin, että se myös helpotti huomioimaan sitä, että ahdistuneisuutta ei ole."

→ Hän kuvailee, kuinka valokuvaaminen auttoi kiinnittämään huomiota siihen, ettei ahdistusta ollut.

Analyysin edetessä vaiheet 4 ja 5 alkoivat limittyä ja lomittua toisiinsa. Tökkäri (2015, s. 21; 2018, s. 71) toteaa, että tutkimusmetodiikka muotoutuu tutkimuskohtaisesti, ja tutkijan ajattelutaidot ovat keskeinen osa tutkimusprosessia. Laine (2018, s. 43) puolestaan kuvaa, kuinka tutkija alkaa intuitiivisesti hahmottaa tutkimusaineiston "kaaoksesta" merkityskokonaisuuksia ymmärryksensä avulla, joka kehittyy elämäkokemuksen myötä.

Haastatteluaineistosta toiseen siirryttäessä niistä alkoi havaita samankaltaisia merkityksiä. Tämä johti siihen, että yksilökohtaisten merkitysverkostojen muodostamisesta edettiin yleisen merkitysrakenteen laatimiseen. Kuvassa 3 esitetään kolme yleistä merkitysrakennetta, jotka syntyivät analyysin tuloksena.

Kuva 3 Valokuvaterapiamenetelmän merkitykset (Lehtinen, 2025)



Ahdistuneisuuden muutosta kartoittavien GAD-7-kyselyn ja ratkaisukeskeisen asteikon tulokset analysoitiin käyttäen tilastollisia tunnuslukuja (keskiarvo ja vaihteluväli).

5 Tulokset

Tässä luvussa esitellään fenomenologisen analyysin tuloksena muodostuneita merkityksiä siitä, miten osallistujat kokivat valokuvaterapiamenetelmän käytön ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa sekä tarkastellaan osallistujien ahdistuneisuuden muutosta pilotin aikana GAD-7-kyselyn ja ratkaisukeskeisen asteikon avulla.

5.1 Valokuvaterapiamenetelmän merkityksiä

Valokuvaterapiamenetelmä auttoi osallistujia havaitsemaan hyviä hetkiä ja pysähtymään niiden äärelle, kohtaamaan tunteitaan sekä tunnistamaan edistysaskeliaan ja omia voimavarojaan, vaikka kuvaamiseen liittyi ajoittain myös suorituspainetta. Kuvaaminen toi

arkeen tietoisempaa läsnäoloa ja mahdollisesti positiivisten kokemusten tallentamisen ja käsittelyn osana ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa.

5.1.1 Hyvien hetkien tunnistaminen ja niihin pysähtyminen

Valokuvaaminen helpotti osallistujien hyvien hetkien huomaamista sekä keskittymistä niihin. Pienetkin merkitykselliset hetket saivat lisää arvoa, ja lyhyet hetket alkoivat kasvattaa hyvää oloa. Valokuvaamisen vaikutus ei kuitenkaan rajoittunut pelkästään olemassa olevien hetkien huomaamiseen – se kannusti myös tietoisesti luomaan tilanteita, jotka tuottivat hyvää oloa.

”Valokuvaaminen helpotti hyvien hetkien huomioimista. Totta kai sen oli aikaisemmin jo huomannut joistakin asioista, että mikä tekee itselle hyvää ja mistä tulee hyvä olo. Mutta kun siihen yhdisti valokuvauksen, niin myös pienempiä hetkiä tuli huomioitua herkemmin, mistä tuli hyvä olo. Tilanteessa, jossa ei ollut puhelin saatavilla, tuli ajateltua, että tästä tilanteesta ottaisin kuvan. Tämä hetki on semmoinen, mikä lisää hyvää oloa tai vähentää ahdistuneisuutta.” – Ella

”Valokuvien ottamisen avulla on keskittynyt enemmän hyviin hetkiin ja tarkoituksellisesti myös tehnyt sellaisia hetkiä, joista voi ottaa valokuvan, niin se on kyllä ollut tosi positiivinen asia.” – Saara

Lisäksi valokuvaaminen auttoi osallistujia pysähtymään hetkeen ja tarkastelemaan tilannetta eri näkökulmista. Kuvan ottaminen toi tietoisemmän läsnäolon kokemuksen ja saattoi toimia myös rauhoittavana tekijänä.

”Oli kiva huomata, että valokuvaaminen voi olla maadoittava juttu, että kun sä tallennat jonkun tietyn hetken, niin sä pysähdyt tietoisemmin siihen tiettyyn hetkeen. Joku voisi sanoa sitä jopa meditatiiviseksi asiaksi, koska se rauhoittaa.” – Saara

”Hyvä asia on se, että pysähtyy hetkeksi ja miettii asioita ja näkee ne kännykän ruudun kautta vähän eri lailla. Se pysähtyminen on tärkein juttu.” – Merja

5.1.2 Valokuva keinona tunteiden kohtaamiseen ja hallintaan

Valokuvien katselu palautti osallistujille mieleen kuvaustilanteessa koetun hyvän olon ja rauhoitti erityisesti silloin, kun ahdisti. Tietoisesti kuvatut hetket olivat myös helpommin muistettavissa kuin sattumanvaraiset otokset.

”Jos on oikein huono fiilis, niin silloin mä katson niitä valokuvia. Sit tulee fiilis, että on elämää muualla kuin tässä mun työttömän kodissa, mikä on aika pienet piirit.” – Merja

”Kun palasi niihin kuviin myöhemmin, niin jos oli ollut taas semmonen, että sydän on vähän kurkussa ja joku istuu rinnan päällä, niin sit kun sä palasit siihen hyvää oloa tuottaneeseen hetkeen kuvan kautta, niin siitä tuli jotenkin hetkellinen rauha ainakin. Helpotuksen tunne myös. Mielihyvää.” – Ella

Yhdessä lyhytterapeutin kanssa kuvien katselu auttoi käsittelemään tunnereaktioita, ja tilanteisiin ei todennäköisesti olisi palannut ilman valokuvia. Valokuvien läpikäyminen ja valitseminen terapiatapaamiseen loivat merkityksellisyyttä kuville, joissa oli ollut hyvä olo.

”Mä en olisi ehkä palannut niihin asioihin ilman, että mä olisin ottanut kuvia siinä tilanteessa. Niin myös ne mielihyvän tunteet tuli uudestaan mieleen, että vitsi mulla oli hyvä olo tos kohta plus sitten myös ne ehkä tietynlaiset helpotuksen tunteet, että nämä tilanteet yleensä ahdistaa, mutta nyt ei ahdistanut.” – Ella

Haasteena suorituspainet ja täydellisyyden tavoittelu

Vaikka valokuvaaminen auttoi osallistujia havainnoimaan hyviä hetkiä ja kohtaamaan tunteitaan, se ei aina ollut täysin ongelmaton. Joillekin osallistujille valokuvaamiseen liittyi myös suorituspainetta ja täydellisyyden tavoittelua.

”Mulle tuli niin kun tulee vähän kaikesta aina stressi ja ahdistus, että nyt mun pitää ottaa Sadulle kuvia. Vaikka mä otan niitä muutenkin, mulle tuli sellainen, että nyt mun täytyy ottaa niitä, vaikka se ei ole mulle huono asia. -- Tulin istuun tähän mun työhuoneeseen kahta tuntia aikaisemmin, että mä katson, mitkä valokuvat mä näytän sulle. Tän mun tunnollisuuden se toi tässä esiin tosi hyvin.” – Merja

”Välillä tuli semmonen olo seuraavana päivänä tai illalla, että voi hitto, että tänäänkin olisi ollut niin monta hyvää hetkeä, josta olisi voinut ottaa kuvan, mutta mä en

muistanu. Sekin ehkä johtuu siitä, että haluaisi aina onnistua täydellisesti ja jokaisesta hetkestä saada kuvan. Niin sitten oli tyytyväinen vaan niihin kuviin, mitä oli muistanut ja tajunnut ottaa.” – Saara

5.1.3 Voimavarojen ja muutoksen näkyväksi tekeminen

Valokuvien katselu teki osallistujille muutoksen näkyväksi, kun he huomasivat, että aiemmin ahdistusta herättäneet tilanteet eivät enää tuntuneet ahdistavilta. Ella kuvaili, kuinka valokuvien katselu auttoi huomaamaan myönteisen muutoksen. Hän oli havainnut, että tilanteet, jotka aiemmin olivat aiheuttaneet ahdistusta, eivät enää herättäneet samoja tunteita. Matkalle lähteminen ilman ahdistusta ja hyvän olon kokeminen matkan jälkeen olivat konkreettisia merkkejä muutoksesta. Valokuvien katselu vahvisti havahtumista ja lisäsi tyytyväisyyttä siihen, että hän oli uskaltanut lähteä.

Valokuvien kautta pystyvyyden tunne ja toiveikkuus lisääntyivät, kun osallistujat pystyivät tekemään heille merkityksellisiä asioita ja nauttimaan niistä.

”Vaikka tilanne on ollut kuinka mulle ahdistava, kun ihmiset häillää ees taas. Mut sit kuitenkin meillä oli tosi kivaa. Mä otin siitä kuvan ja mä muistan sen tilanteen. Mä muistan sen varmaan ikuisesti. Se oli tosi mukava hetki. Silloin paistoi aurinko.” – Merja

Valokuvaaminen auttoi myös sallimaan vapaamman olemisen ilman suorittamisen pakkoa.

”Sitä antoi suorittajaluonteena itselleen valokuvauksen myötä enemmän semmoisen haahuilun alkuun niin kuin esimerkiksi siellä luonnossa, että kun alkoi etsimään niitä mistä olisi kiva ottaa kuva ja sitten huomasikin, että ei mun tarvitse sitä valokuvaa aina ottaa sitä varten, että mä voin haahuilla täällä ihan niin kuin muutenkin. Ja sitten löytyi vielä kaiken lisäksi niitä sieniäkin sieltä metsästä, kun yritti etsiä vaan hyviä kuvia, niin se oli sitten kaiken bonus. -- Mä oon kokenut, että se haahuilu siellä luonnossa tekeekin tosi hyvää. Mun ei tarvitse mennä suorittamaan sinne jotain tiettyä lenkkiä tai liikuntasuoritusta saadakseni itselleni hyvän olon.” – Ella

Osallistujilta ei pyydetty valokuvia opinnäytetyötä varten, mutta Ella antoi erikseen suostumuksensa omien kuviensa käyttöön. Kuvassa 4 on kaksi hänen ottamaansa luontovalokuvaa.

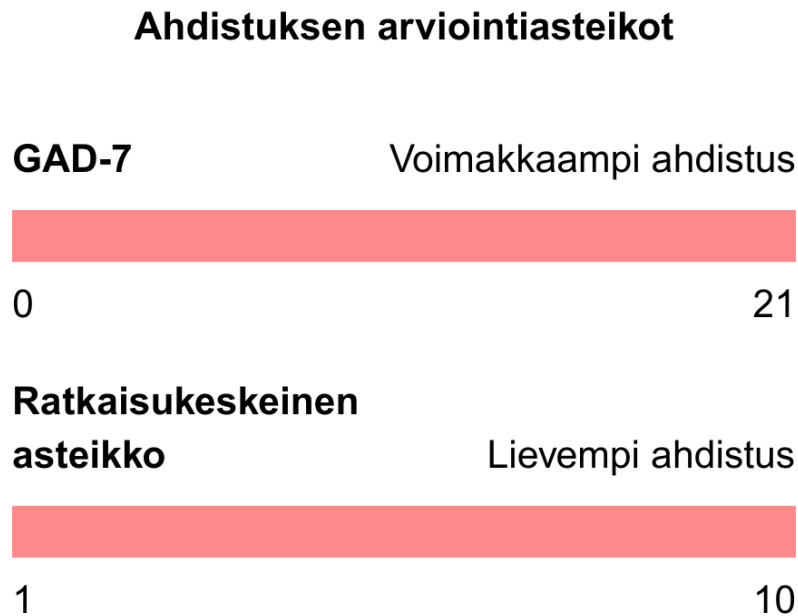
Kuva 4. Osallistujan ottamia luontovalokuvia (Lehtinen, 2025)



5.2 Ahdistuneisuuden muutos

Osallistujien ahdistuneisuutta arvioitiin GAD-7-kyselyllä ja ratkaisukeskeisellä asteikolla. GAD-7:n tulokset raportoitiin vakiintuneella 0–21 pisteytyksellä, jossa suurempi luku kuvasi voimakkaampaa ahdistusta. Ratkaisukeskeisellä asteikolla itsearviointit liikkuvat välillä 1–10, jossa suurempi luku tarkoitti lievempää ahdistusta. GAD-7-kysely ja ratkaisukeskeinen asteikko toimivat päinvastoin, ja tämä ero tulee huomioida tuloksia tarkasteltaessa. Kuva 5 havainnollistaa mittarien eron.

Kuva 5. Ahdistuksen arviointiasteikot (Lehtinen, 2025)



GAD-7-kysely toteutettiin osallistujille noin kahden viikon välein kolmessa vaiheessa: aloitustapaamisessa, viimeisessä tapaamisessa ja seurannassa. Tulokset antavat suuntaa kännykkäkuvausta hyödyntävän ratkaisukeskeisen lyhytterapian vaikutuksista ahdistuneisuuteen, mutta pienen otoskoon ja yhden osallistujan seurannan keskeytymisen vuoksi tulokset eivät ole yleistettävissä.

GAD-7-ahdistuneisuuskyselyn pisteiden tulkinta

(Spitzer ym., 2006; Mielenterveystalo, n.d.-a)

0–4 pistettä: Vähäinen ahdistuneisuus

5–9 pistettä: Lievä ahdistuneisuus

10–14 pistettä: Kohtalainen ahdistuneisuus

15–21 pistettä: Vaikea ahdistuneisuus

Ensimmäisessä tapaamisessa GAD-7-pisteiden keskiarvo oli 10,3 (vaihteluväli 9–11), mikä viittaa kohtalaiseen ahdistuneisuuteen. Viimeisessä tapaamisessa keskiarvo oli laskenut arvoon 4,3 (vaihteluväli 4–5), mikä viittaa lievään ahdistukseen. Seurantakyselyn perusteella kahden osallistujan keskiarvo oli 5,5 (vaihteluväli 3–8), mikä osoittaa, että osa myönteisestä muutoksesta säilyi terapian jälkeen. Taulukossa 4 esitetään GAD-7-ahdistuneisuuskyselyn tulokset.

Taulukko 4. GAD-7-ahdistuneisuuskyselyn tulokset (Lehtinen, 2025)

GAD-7-kysely	1. päivä	14. päivä	28. päivä
Keskiarvo	10,3	4,3	5,5
Vaihteluväli	9–11	4–5	3–8

Osallistujien kokema ahdistusta seurattiin lisäksi ratkaisukeskeisellä asteikolla jokaisessa tapaamisessa. Asteikon itsearviointit liikkuvat välillä 1–10, jossa 10 tarkoitti ei lainkaan ahdistusta ja 1 voimakasta ahdistusta. Asteikkoa käytettiin edistymisen arvioimiseen suhteessa osallistujan itse määrittelemään tavoitteeseen.

Myös ratkaisukeskeisen asteikon tulokset osoittivat myönteistä kehitystä: ensimmäisessä tapaamisessa keskiarvo oli 5 (vaihteluväli 4–6,5), toisessa tapaamisessa 6,5 (vaihteluväli 5–8,5) ja viimeisessä tapaamisessa 6,7 (vaihteluväli 4–9). Ratkaisukeskeisen asteikon tulokset havainnollistetaan taulukossa 5.

Taulukko 5. Ratkaisukeskeisen asteikon tulokset (Lehtinen, 2025)

Ratkaisukeskeinen asteikko	1. päivä	7. päivä	14. päivä
Keskiarvo	5	6,5	6,7
Vaihteluväli	4–6,5	5–8,5	4–9

Nämä kaksi mittaria täydentävät toisiaan: GAD-7 tarjoaa numeerista tietoa ahdistuneisuuden tasosta eri vaiheissa, kun taas ratkaisukeskeinen asteikko tuo esiin osallistujien subjektiivisen kokemuksen tilanteestaan ja sen muutoksista tapaamisten

välillä. Molempien tulokset viittaavat siihen, että valokuvaterapiamenetelmä yhdessä ratkaisukeskeisen lyhytterapian kanssa voi vähentää ahdistuneisuutta lyhyellä aikavälillä. Pienen otoskoon ja lyhyen seuranta-ajan vuoksi johtopäätöksiä tulee tulkita varovaisesti.

5.3 Muita haastatteluaineistosta nousseita huomioita

Ellan haastattelussa nousi esiin pohdinta siitä, millaisia kuvia on turvallista ottaa ja jakaa tietosuojan näkökulmasta. Ella kertoi, ettei hän ollut pilotin aikana ottanut kuvia itsestään tai muista, koska hän ei kokenut sitä tietosuojan kannalta turvalliseksi.

Kaikki osallistujat kokivat kännykkäkuvauksen helpoksi, koska kännykkä kulkee aina mukana. Kännykällä otetut kuvat olivat autenttisempia ja spontaanimpia, kun taas kameralla kuvaaminen olisi voinut johtaa harkitumpaan sommitteluun.

”Mulla on aina kännykkä mukana. Se on aina käsivarren mitan päässä. Ja kännykällä saa nykyään niin hyviä kuvia. Se on ihan paras mahdollinen vaihtoehto.” – Merja

6 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda kännykkäkuvaamiseen perustuva menetelmä, joka tukee ahdistuneisuutta kokevien asiakkaiden voimavaroja, lievittää heidän ahdistuneisuuttaan sekä tarjoaa ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan helppokäyttöisen ja visuaalisen työkalun. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä, jossa kehitettiin ja pilotoitiin kännykkäkuvaamiseen perustuva valokuvaterapiamenetelmä ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa. Menetelmän teoreettinen tausta kytkeytyi poikkeuskysymyksiin, ja sen toimivuutta arvioitiin sekä laadullisilla että määrällisillä aineistoilla.

Opinnäytetyössä kehitettyä valokuvaterapiamenetelmää pilotoitiin kolmella 20–60-vuotiaalla osallistujalla, joista kaikki olivat naisia ja jotka kokivat arjessaan ahdistusta. Naiset kärsivät yleisesti miehiä enemmän mielenterveyden haasteista (OECD/EU, 2018, s. 22), mutta oli sattumaa, että kaikki osallistujat olivat naisia. Pilotin keskeisin aineisto kerättiin haastatteluilla, joilla selvitettiin osallistujien kokemuksia valokuvaterapiamenetelmästä. Haastatteluaineisto analysoitiin käyttäen kuvailevaa fenomenologista analyysiä, joka keskittyy yksilöiden subjektiivisiin kokemuksiin ja niiden yhteisiin piirteisiin (Hakala, 2024, ss. 36–37, 41). Lisäksi osallistujien ahdistuneisuuden

muutosta kartoitettiin määrällisillä mittareilla, jotka olivat GAD-7-ahdistuneisuuskysely ja ratkaisukeskeinen asteikko.

6.1 Keskeisten tulosten tarkastelu

Haastatteluaineistosta fenomenologisen analyysin tuloksena nousi kolme keskeistä merkitystä valokuvaterapiamenetelmälle: (1) hyvien hetkien tunnistaminen ja niihin pysähtyminen, (2) valokuva keinona tunteiden kohtaamiseen ja hallintaan sekä (3) voimavarojen ja muutoksen näkyväksi tekeminen. Toisaalta menetelmä saattoi aiheuttaa myös suorituspaineita ja tätä kautta jopa lisätä ahdistusta. Lisäksi kaikki osallistujat kokivat kuvien ottamisen kännykällä helpoksi, ja yksi osallistuja pohti tietosuojaa, eikä ottanut tästä syystä kuvia itsestään eikä muista ihmisistä.

Määrällisten mittarien mukaan osallistujien ahdistuneisuuden taso laski pilotin aikana. GAD-7-kyselyn mukaan osallistujien ahdistuneisuuden keskiarvo oli alussa 10,3, kun kolmannessa eli viimeisessä tapaamisessa se oli 4,3. Tämä tarkoittaa, että kohtalainen ahdistuneisuus muuttui lieväksi ahdistuneisuudeksi kahden viikon aikana. Seurannassa ahdistuneisuuden taso säilyi lievänä keskiarvon ollessa 5,5, mutta seurantaan saatiin kyselyn tulos vain kahdelta osallistujalta. GAD-7-kyselyn lisäksi kerättiin osallistujien subjektiivisia kokemuksia ahdistuneisuuden muutoksesta ratkaisukeskeisellä asteikolla. Ratkaisukeskeisen asteikon tulokset tukevat GAD-7-kyselyn tuloksia ahdistuneisuuden lievittymisestä. Määrällisten mittarien tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä pienen otoskoon ja yhden osallistujan GAD-7-seurannan keskeytymisen vuoksi.

Valokuvaterapian ja ratkaisukeskeisen lyhytterapian yhdistämisestä ei ole aiempaa tutkimusta, mutta positiivisen psykologian viitekehyksessä on tehty joitakin tutkimuksia. Näiden tutkimusten tulokset osoittavat, että hyvistä hetkistä otetut valokuvat edistävät hyvinvointia ja lievittävät ahdistuneisuutta, mikä tukee myös tämän opinnäytetyön havaintoja. Positiivinen psykologia on lähellä ratkaisukeskeisyyttä, sillä se keskittyy ihmisen vahvuuksien, voimavarojen, taitojen ja kykyjen vahvistamiseen (Aarninsalo & Mattila, 2020, s. 181).

Tourigny ja Naydenova (2020, ss. 3, 18–28) tutkivat positiivisen psykologian viitekehyksessä, miten terapeutin valokuvaus voi lisätä korkeakouluopiskelijoiden hyvinvointia sekä lievittää masennusta ja ahdistuneisuutta. Opiskelijoita pyydettiin ottamaan neljän viikon ajan kuvia kameralla tai kännykällä asioista, jotka tekivät heidät

onnellisiksi. Kuvista käytiin myös ryhmäkeskustelua sovelluksessa. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että sekä masennus että ahdistuneisuus lievenivät merkittävästi jakson aikana. Aineistosta kävi ilmi, että opiskelijat ottivat kuvia heille merkityksellisistä asioista, tulivat tietoisemmiksi ympäristöstään ja niistä hetkistä, jotka lisäsivät heidän onnellisuuttaan. Tutkijoiden mukaan otettuihin kuviin saattoi palata myöhemmin esimerkiksi stressaavassa tai vaikeassa tilanteessa.

Leen ym. (2021, ss. 1–18) tutkimuksessa puolestaan kehitettiin SnapAppy-sovellus positiivisen psykologian interventioon, jonka tavoitteena oli parantaa emotionaalista hyvinvointia. Osallistujat ottivat päivittäin vähintään yhden kännykkäkuvan myönteisistä tapahtumista ja kirjasivat mielialansa sovellukseen päivän päätteeksi. He saattoivat myös luokitella kuvat kategorioihin ja lisätä kuvaukset tilanteista sekä niiden herättämistä tunteista. Lisäksi he vastasivat muodollisempaan kyselyyn kymmenen päivän välein. Interventio kesti noin kuukauden, ja tulosten mukaan mielialan kohenemiseen, positiivisten tunteiden lisääntymiseen ja negatiivisten tunteiden vähenemiseen vaikutti erityisesti sitoutuneisuus. Keskeisiä tekijöitä olivat otettujen valokuvien määrä, kategorioiden monipuolisuus, kirjoitettujen kuvausten huolellisuus sekä kuvien katselun tiheys. Myönteistä vaikutusta oli myös ihmisistä otetuilla kuvilla.

Edellä kuvattujen tutkimusten merkittävä ero tähän opinnäytetyöhön oli, että osallistujat toimivat itsenäisesti ilman terapeuttia tai muuta ammattilaista. Kun opinnäytetyössä kehitettyä menetelmää suunniteltiin, lähtökohtana oli ajatus, että kännykkäkuvaaminen tukisi ahdistuksesta vapaiden hetkien havaitsemista. Tuloksissa kuitenkin yllätti, kuinka suuri merkitys kuvien katselulla ja niihin palaamisella osallistujille oli. Tämä merkitys korostui myös tapaamisissa, joissa kuvia katseltiin yhdessä. Osallistujat olivat jopa kärsimättömiä käymään pelkkää keskustelua, sillä he halusivat siirtyä kuvien pariin. Hentinen (2009, s. 39) toteaaakin, että toisin kuin keskusteluun, valokuviin voi aina palata. Vaikka mielikuvat ja merkitykset voivat muuttua, kuva säilyttää yhteyden menneeseen ja palauttaa mieleen siihen liittyviä asioita.

Pilotin toiminnallinen osuus kesti kaksi viikkoa ja sisälsi kolme tapaamista. Lee ym. (2021, ss. 10, 18) tekivät positiiviseen psykologiaan ja kännykkäkuvaamiseen liittyvässä tutkimuksessaan havainnon, että kuukauden interventiossa 20. päivän jälkeen keskeytysten määrä kasvoi. Kun otetaan huomioon myös heidän tutkimuksensa tulos siitä, että erityisesti sitoutuneisuudella oli positiivisia vaikutuksia, prosessin keston kannattaneen olla enimmillään kolme viikkoa. Osallistujat voivat halutessaan jatkaa valokuvaamista itsenäisesti myös prosessin jälkeen sekä palata otettuihin kuviin.

Tämän opinnäytetyön pilotti toteutettiin täysin etänä videopuheluiden välityksellä. Etätapaamisten suosio alkoi kasvaa koronapandemian aikana, ja niistä on tullut monelle arkipäivää. Etänä toteutettava terapia voi lisätä saavutettavuutta, kun tapaamiseen voi osallistua jopa toiselta puolelta maapalloa. Joillekin, esimerkiksi sosiaalisia tilanteita pelkääville, etätapaamiseen voi olla helpompaa osallistua omasta kodista käsin. Etätapaamiset voivat olla vastuullisempi ja ekologisempi vaihtoehto, kun tapaamiseen ei tarvitse matkustaa esimerkiksi omalla autolla. Myös matka-aikaa säästyy. Toisaalta etätapaamiset eivät ole kaikille saavutettavia, jos digitaalisia laitteita ei osaa käyttää tai niitä ei ole. Myös haastattelussa yhden osallistujan esiin nostama tietosuoja ja siihen liittyvä pohdinta on aiheellista.

Tietosuoja nousi keskeiseksi huolenaiheeksi, kun Isossa-Britanniassa toteutetussa kyselyssä kartoitettiin taideterapeuttien kokemuksia etätyöskentelystä ja asiakkaiden turvallisuudesta koronapandemian aikana. Zubalan ja Hackettin (2020, ss. 165–166) mukaan noin 52 % vastaajista kertoi, että asiakkaan tekemää taidetta säilyttivät sekä asiakas että terapeutti, kun taas noin 46 %:lla taidetta säilytti vain asiakas. Joissakin tapauksissa taidetta säilytti yksinomaan terapeutti. Asiakkaat lähettivät kuvia terapeuteille pääasiassa sähköpostitse, ja niitä säilytettiin esimerkiksi salasanalla suojatuissa kansioissa. Valokuvaterapiamenetelmän osalta tietosuojaa voisi parantaa kehittämällä sovelluksen, jonka kautta asiakas voisi lähettää terapeutille vain haluamansa kuvat ja halutessaan myös peruuttaa niiden käyttöoikeuden. Näin asiakas pystyisi hallitsemaan kuviaan paremmin. Kuvien käsittelystä ja säilyttämisestä olisi myös suositeltavaa laatia yksityiskohtainen sopimus.

Tulokset viittaavat siihen, että kännykkäkuvaamiseen perustuva menetelmä voi olla toimiva lisä ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan. Erityisesti se soveltuu tilanteisiin, joissa osallistujat voivat sitoutua prosessiin ilman merkittäviä suorituspaineita ja heidän toimintakykynsä on riittävä. Pilotin neljännen osallistujan prosessi keskeytyi, ja hänen GAD-7-ahdistuneisuuskyselyn pisteensä olivat ensimmäisessä tapaamisessa 21. Tämä on kyselyn maksimipistemäärä, joka tarkoittaa, että ahdistuneisuusoireet ovat vaikeita ja vaikuttavat toimintakykyyn (Spitzer ym., 2006; Mielenterveystalo, n.d.-a). Valokuvaterapiamenetelmä soveltuneekin parhaiten maksimissaan kohtalaista ahdistuneisuutta kokeville, jolloin ahdistuneisuus ei vielä merkittävästi heikennä toimintakykyä. Näyttää siltä, että silloin kun osallistuja pystyy sitoutumaan prosessiin ja ahdistus ei rajoita arkea merkittävästi, menetelmä voi tarjota keinoja vahvistaa voimavaroja.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta osoitetaan kuvaamalla tutkimuksen etenemisen kaikki vaiheet ja perustelemalla, että valitut lähestymistavat ja menetelmät ovat olleet oikeanlaisia tutkimustehtävän saavuttamiseksi (Puusa & Juuti, 2022, s. 175).

Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi ja käytetyt menetelmät on pyritty kuvaamaan raportissa avoimesti ja totuudenmukaisesti. Konstruktiivinen lähestymistapa, fenomenologinen analyysi sekä määrällisten mittareiden käyttö tukivat opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamista.

Tässä opinnäytetyössä tekijä käytti ensimmäistä kertaa fenomenologista analyysimenetelmää. Laineen (2018, ss. 48–49) mukaan fenomenologisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erityisesti sillä, onko tutkija ollut itsekriittinen ja tietoinen ongelmista, jotka liittyvät tulkintaan. Fenomenologisessa analyysissä käytettiin sulkeistamista ja sen tukena opinnäytetyön tekijän esiymmärrystä. Aiempiin kännykkäkuvausta käsitteleviin tutkimuksiin tutustuttiin vasta opinnäytetyön tulosten valmistuttua, jotta ne eivät vaikuttaneet aineiston analyysiin. Analyysin tekemistä tuki myös se, että aineiston keräämisen ja analysoimisen välissä oli lähes 1,5 vuotta. Tämä edisti ulkopuolista näkökulmaa, joka roolituksen takia olisi muuten ollut haasteellista.

Opinnäytetyössä valokuvaterapiamenetelmän kehittäjä, lyhytterapeutti ja tutkija olivat yksi ja sama henkilö. Loewenthalin (2013, ss. 169–170) mukaan valokuvaterapiasta tutkimusta tekevän on hyvä pohtia roolien yhdistämiseen liittyviä kysymyksiä. Onko valokuvaterapian toteuttaja samalla tutkija, tulisiko hänen olla tutkija, vai olisiko tutkijan parempi välttää muita rooleja? Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä on luontevaa, että kehittäjä itse testaa ja tutkii menetelmänsä toimivuutta. Terapeuttinen konteksti tuo tähän kuitenkin omat haasteensa, sillä terapeutin ja asiakkaan yhteistyösuhteella on merkittävä vaikutus hyvään lopputulokseen (Korkeila, 2015).

Koska yhteistyösuhteen merkitys on niin keskeinen, on vaikea erotella, mikä tekijä lopulta vaikutti ahdistuneisuuden lievittymiseen. Esimerkiksi osallistujista Merja koki ahdistuneisuutensa helpottaneen jo rekrytointivaiheen 15 minuutin tapaamisen aikana, koska kuuli itselleen jotain merkityksellistä. Tämä herättää kysymyksen siitä, olisiko ensimmäinen GAD-7-ahdistuneisuuskysely tullut toteuttaa jo rekrytointivaiheessa ennen varsinaisen vuorovaikutuksen alkamista.

Edellä mainittujen seikkojen lisäksi opinnäytetyön rajoituksia ovat suppea aineisto ja pieni otoskoko. Opinnäytetyöhön osallistui lopulta kolme ihmistä, vaikka rekrytointivaiheessa kiinnostuneita oli kolminkertainen määrä. Toisaalta suurempi osallistujamäärä olisi voinut kasvattaa työmäärää liikaa opinnäytetyön 30 opintopisteen laajuuteen nähden. Koska valokuvaterapiamenetelmän pilotoinnin vaiheet olivat työläitä, haastatteluaineisto jäi melko suppeaksi. Yhden haastattelun kesto oli noin 10 minuuttia. Keskeiset merkitykset nousivat suppeammastakin aineistosta, mutta laajempi aineisto olisi tuottanut monipuolisempaa tietoa. Määrällisiä mittareita käytettiin laadullisen aineiston tukena, mutta pienen otoskoon vuoksi tulokset eivät ole yleistettävissä. Toisaalta tulokset antavat arvokasta tietoa pilotoinnista, jonka tavoitteena oli kehittää ja testata uutta menetelmää.

Opinnäytetyön eettisyyttä peilataan seuraavassa suhteessa ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiin suosituksiin (Arene, 2025, ss. 8–17). Opinnäytetyöstä laadittiin opinnäytetyösopimus, jonka osapuolia olivat opinnäytetyön tekijä ja hänen toiminimensä sekä Hämeen ammattikorkeakoulu. Tekijän vahvaa perehtyneisyyttä opinnäytetyön aiheeseen osoitti kyky kehittää uusi valokuvaterapiamenetelmä olemassa olevia teorioita soveltaen. Opinnäytetyössä käytettiin monipuolisesti sekä klassisia perusteoksia että ajankohtaisia tutkimusraportteja. Raportoinnissa noudatettiin hyvää tieteellistä kirjoittamis- ja viittaustapaa. Tekstien kieliasun viimeistelyssä, viittaustekniikan tarkistamisessa ja tiivistelmän kääntämisessä englanniksi hyödynnettiin ChatGPT-tekoälyohjelmistoa. Opinnäytetyölle suoritettiin plagioinnin tarkastus, joka varmistaa, että kaikki käytetyt lähteet on asianmukaisesti merkitty ja että työ täyttää tieteellisen rehellisyyden vaatimukset.

Osallistujat saivat tietoa opinnäytetyöstä rekrytointivaiheen tapaamisessa, sähköpostilla lähetetyssä saatekirjeessä ja tietosuojailmoituksessa. Tietosuojailmoituksen laatimisen tukena oli Hämeen ammattikorkeakoulun tietosuojavaltuutettu. Suostumus opinnäytetyöhön osallistumiseen ja henkilötietojen käsittelyyn pyydettiin osallistujilta kirjallisesti sähköpostilla. Tutkimusaineiston säilyttämisestä tehtiin aineistohallintasuunnitelma (liite 4), ja aineisto koodattiin peitenimillä eli pseudonymisoitiin.

Puusan ja Juutin (2022, s. 175) mukaan eettisyys tarkoittaa myös sitä, että käytetyt menetelmät ja analyysitavat ovat toistettavissa muissa tutkimuksissa. Lisäksi heidän mukaansa eettisyyden kriteerinä on pyrkimys tuottaa hyviä asioita tutkimuksen kohteena oleville ihmisille. Tässä opinnäytetyössä eettisyys toteutui siten, että osallistujille annettiin selkeästi tietoa pilottiprosessista, heillä oli mahdollisuus keskeyttää osallistuminen, ja menetelmän tavoitteena oli tukea heidän hyvinvointiaan. Lisäksi tutkimus- ja

analyysimenetelmät on kuvattu yksityiskohtaisesti, jotta ne ovat toistettavissa muissa tutkimuksissa.

6.3 Johtopäätökset ja tulevaisuuden suuntaviivat

Tässä opinnäytetyössä kehitettiin ja pilotoitiin kännykkäkuvausta hyödyntävä valokuvaterapiamenetelmä ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan. Tulokset osoittavat, että valokuvaterapiamenetelmä yhdistettynä ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan lievensi ahdistuneisuutta lyhyellä aikavälillä sekä vahvasti osallistujien voimavaroja. Tulosten yleistettävyyttä rajoittaa pieni otoskoko – pilottiin osallistui kolme 20–60-vuotiasta naista, mutta tuloksia tukevat positiivisen psykologian viitekehyksessä tehtyjen tutkimusten havainnot. Kännykkäkuvaaminen edesauttoi huomion kiinnittämistä hyviin, ahdistuksesta vapaisiin hetkiin, ja kuvien katselu rauhoitti tilanteissa, jolloin ahdistus oli voimakkaampaa. Kuvaaminen nosti esiin voimavarat ja myönteisen muutoksen. Toisaalta arjessa valokuvaaminen saattoi aiheuttaa suorituspaineita ja tätä kautta lisätä ahdistusta. Kännykkä koettiin valokuvaamisen välineenä helpoksi ja arkeen sopivaksi, mikä tuki menetelmän käyttökelpoisuutta. Opinnäytetyössä kehitetty valokuvaterapiamenetelmä tarjoaa helppokäyttöisen työkalun ahdistusta kokevien asiakkaiden kanssa työskentelyyn ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa. Menetelmä voi tukea mielenterveyttä ja ennaltaehkäistä vakavampaa mielenterveyden oireilua sekä säästää yhteiskunnan resursseja.

Valokuvaterapiamenetelmää voisi tulevaisuudessa kehittää ottamalla käyttöön sovelluksen, johon asiakas voisi lisätä kuviaan ja jakaa niitä terapeutille. Tämä voisi parantaa myös tietosuojaa valokuvien käsittelyssä. Menetelmää voisi soveltaa muihinkin haasteisiin kuin ahdistuneisuuteen, kuten stressinhallintaan. Lisäksi sitä voisi kokeilla ryhmäkontekstissa. Ryhmässä valokuvien hyödyntäminen mahdollistaa usean ihmisen yksilötyöskentelyn henkilökohtaisten ajatusten ja tunteiden parissa (Hentinen, 2009, s. 39).

Opinnäytetyössä kehitetty valokuvaterapiamenetelmä tarjoaa mahdollisuuden jatkotutkimukselle. Yksi vaihtoehto voisi olla satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (RCT), jossa interventioryhmä osallistuisi ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan valokuvaterapiamenetelmän tukemana, kun taas kontrolliryhmälle tarjottaisiin keskusteluterapiaa ilman valokuvaamista. Tällaisessa tutkimusasetelmassa on kuitenkin omat haasteensa. Leimanin (2004, s. 2645) mukaan terapian ydin perustuu terapeutin ja asiakkaan väliseen vastavuoroiseen vuorovaikutukseen, jossa kummankin osapuolen

toiminta muotoutuu jatkuvasti toisen reaktioiden mukaan. Tämän vastavuoroisuuden vuoksi terapian tutkiminen kokeellisen asetelman periaatteiden mukaisesti on haastavaa.

Jatkotutkimuksessa voitaisiin myös tutkia menetelmän pitkäaikaisvaikutuksia ahdistuneisuuden lievittymiselle ja voimavarojen vahvistumiselle. Tällaisessa tutkimuksessa voisi olla tarkoituksenmukaista, että terapeutit ja tutkijat toimisivat erillisissä rooleissa vuorovaikutukseen liittyvien tekijöiden vuoksi.

Kehitetty valokuvaterapiamenetelmä tuo uudenlaisen, konkreettisen työkalun ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan. Vaikka menetelmä kaipaa vielä jatkotutkimusta, sen alustavat tulokset osoittavat lupaavaa suuntaa ahdistuksen lievittämisen ja voimavarojen vahvistamisen tukemisessa.

Lähteet

- Aarninsalo, P. & Mattila, A. (2020). Ratkaisukeskeinen psykoterapia. Teoksessa M. Huttunen, H. Kalska, & J. Aaltonen (toim.), *Psykoterapiat* (4. painos, s. 178–189). Duodecim.
- Arene. (18.2.2025). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Haettu 3.4.2025 osoitteesta <https://arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2025/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202025.pdf?t=1739803988>
- Bergström, T. & Valtanen, K. (20.9.2024). *Mielenterveysongelmia hoidetaan liiaksi lääketieteen ehdoilla*. Helsingin Sanomat. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000010706566.html>
- Blomgren, J. (22.1.2025). *Sairauspäivärahat jatkavat kasvu-uralla – vuonna 2022 koronavirus näkyi aiempaa selvemmin sairauspäivärahaa saaneiden määrässä*. Kela. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/553967/sairauspaivarahat-jatkavat-kasvu-uralla-vuonna-2022-koronavirus-nakyi-aiempaa-selvemmin-sairauspaivarahaa-saaneiden-maarassa>
- Blomgren, J. & Perhoniemi, R. (22.1.2025). *Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu – kehityksen taustalla useita yhtä aikaa vaikuttavia tekijöitä*. Kela. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1014063/mielenterveyden-hairioista-johtuvien-sairauspoissaolojen-kasvu-jatkuu-kehityksen-taustalla-useita-yhta-aikaa-vaikuttavia-tekijoita>
- Casal, S. (5.4.2025). *Emeritaprofessori: Onnellisuuden tavoittelu voi johtaa mielenterveysongelmiin ja saamattomuuteen*. Yle. <https://yle.fi/a/74-20152036>
- De Jong, P. & Berg, I. K. (2021). *Ratkaisukeskeisen terapian oppikirja* (6. painos.). Lyhytterapiainstituutti.
- Diamond, H. W. (1857). I. On the application of photography to the physiognomic and mental phenomena of insanity. *Proceedings of the Royal Society of London*, (8), 117–117. <https://doi.org/10.1098/rspl.1856.0036>
- Felman, A. (27.8.2024). *What to know about anxiety*. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323454>
- Furman, B. & Ahola, T. (2020). *Ongelmista ratkaisuihin: Lyhytterapian perusteet* (2. painos). Lyhytterapiainstituutti.
- Garcia, S. Y. (2019). News of difference: Understanding, highlighting, and building exceptions in solution-focused brief therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 38(2), 35–46.
- Gibson, N. (2018). *Therapeutic photography: Enhancing self-esteem, self-efficacy and resilience*. Jessica Kingsley Publishers.
- Giorgi, A., Giorgi, B. & Morley, J. (2017). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. Teoksessa C. Willig & S. Rogers, *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology* (2. painos), 176–192. Sage Publications.
- Hakala, J. T. (2024). *Laadullisen tutkimuksen ABC: Menetelmäopas opinnäytteen tekijälle*. Gaudeamus.

- Halkola, U. (2009). Mitä valokuvaterapia on? Teoksessa U. Halkola, L., Mannermaa, T. Koffert & L. Koulu (toim.), *Valokuvan terapeuttilinen voima* (13–21). Duodecim.
- Halkola, U. (2020) Valokuvaterapia. Teoksessa M. Huttunen, H. Kalska, & J. Aaltonen (toim.), *Psykoterapiat* (4. painos, s. 421–425). Duodecim.
- Hentinen, H. (2009). Valokuva terapeutin työvälineenä. Teoksessa U. Halkola, L., Mannermaa, T. Koffert & L. Koulu (toim.), *Valokuvan terapeuttilinen voima* (35–46). Duodecim.
- Hogan, S. (2022). *Photography*. Emerald Publishing.
- Humak. (12.2.2025). *Opinnäytetyöopas YAMK-tutkinto*. Humanistinen ammattikorkeakoulu. https://opiskelijanopas.humak.fi/?page_id=21757
- Kallinen, T. & Kinnunen, T. (2021). Etnografia. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>
- Kela. (9.4.2025). *Tietopaketti sairauspoissaolot*. Tietotarjotin. Haettu 16.4.2025 osoitteesta <https://tietotarjotin.fi/tietopaketti/2699253/tietopaketti-sairauspoissaolot>
- Keva. (17.12.2024). *Ahdistuneisuushäiriöt nousseet yleisimmäksi pidemmän sairauspoissaolon syyksi julkisella alalla*. Keva. <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/ahdistuneisuushairiot-nousseet-yleisimmaksi-pidemman-sairauspoissaolon-syyksi-julkisella-alalla/>
- Korkeila, J. (11.2.2015). *Psykoterapian vaikuttavuus mielenterveydenhäiriöissä* (Lisätietoa aiheesta, artikkelin tunnus: nix02191). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix02191>
- Korpela, E. (21.2.2022). *Riikka Miettinen ja sadat muut valmistuvat nyt lyhytterapeuteiksi: kouluttajat näkevät hoitomuodossa terapiajonojen purkajan*. Yle. <https://yle.fi/uutiset/3-12320492>
- Laine, T. (2018). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola, *Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 2, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin* (5. painos.), 29–50. PS-kustannus.
- Lee, J. A., Efstratiou, C., Siriaraya, P., Sharma, D. & Ang, C. S. (2021). SnapAppy: A positive psychology intervention using smartphone photography to improve emotional well-being. *Pervasive and Mobile Computing*, 73, 101369. <https://doi.org/10.1016/j.pmcj.2021.101369>
- Leiman, M. (2004). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim*, 120, 2645–2653.
- Loewenthal, D. (2013). *Phototherapy and therapeutic photography in a digital age*. Routledge.
- Loewenthal, D. (2023). *The handbook of phototherapy and therapeutic photography: For the professional and activist client*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003240914>
- Lukka, K. (2001). *Kari Lukka: Konstruktiivinen tutkimusote*. Metodix. <https://metodix.fi/2014/05/19/lukka-konstruktiivinen-tutkimusote/>
- Lyhytterapeuttiyhdistys. (n.d.). *Tietoa lyhytterapiasta*. Lyhytterapeuttiyhdistys ry. Haettu 18.3.2025 osoitteesta <https://www.lyhytterapeuttiyhdistys.fi/tietoa/>

- Malkamäki, R. & Pääkkö, A. (2022). Lyhytterapia, terapia, psykoterapia vai lyhytpsykoterapia? *Ratkes*, (3), 21–25
- Maunula, K. (18.6.2024). *Yhä useampi meistä on ahdistunut – miksi?* Suomen Mielenterveys ry. <https://mieli.fi/artikkelit/yha-useampi-meista-on-ahdistunut-miksi/>
- Mental Research Institute. (n.d.) *About*. Mental Research Institute (MRI). Haettu 15.1.2024 osoitteesta <https://mri.org/about>
- Mielenterveystalo. (n.d.-a). *Ahdistuneisuuskysely GAD-7*. HUS. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt/ahdistuneisuuskysely-gad-7>
- Mielenterveystalo. (18.5.2022). *Kokemuksia – Miltä ahdistus tuntuu?* [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=jMDXseYimN0&t=1s>
- Mielenterveystalo. (n.d.-b) *Mistä ahdistus johtuu?* HUS. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/ahdistuksen-omahoito-ohjelma/mista-ahdistus-johtuu>
- Mielenterveystalo. (n.d.-c). *Mitä ahdistus on?* HUS. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/ahdistuksen-omahoito-ohjelma/mita-ahdistus>
- Moilanen, P. & Räihä, P. (2018). Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola, *Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 2, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin* (5. painos.), 51–72. PS-kustannus.
- Nieminen, K. (26.4.2023). *Unohdetaan lyhyt- ja psykoterapian vastakkainasettelu*. Potilaan Lääkärilehti. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/unohdetaan-lyhyt-ja-psykoterapian-vastakkainasettelu/>
- Neipp, M. C. & Beyebach, M. (2022). The Global Outcomes of Solution-Focused Brief Therapy: A Revision. *The American Journal of Family Therapy*, 52(1), 110–127. <https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2069175>
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Puusa, A. & Juuti, P. (2020). Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa A. Puusa. & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*, 173–202. Gaudeamus.
- Ratkes. (2025). *Yhdistys*. Ratkes – ratkaisu- ja voimavarasuuntautuneiden menetelmien edistämisyhdistys ry. <https://ratkes.fi/yhdistys/>
- Ratner, H., George, E. & Iveson, C. (2012). *Solution focused brief therapy: 100 key points and techniques*. Routledge.
- Read, R. K., Mason, O. J. & Jones, C. J. (2023). A randomised controlled trial (RCT) exploring the impact of a photography intervention on wellbeing and posttraumatic growth during the COVID-19 pandemic. *Arts & health*, 15(3), 275–291.
- Rovasalo, A. & Eerola, H. (31.1.2023). *Ahdistus ja ahdistuneisuus*. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00188>

- Simon, J. K. & Taylor, L. (2024). *Opportunities in solution-focused interviewing: Clients' key words and therapists' responses*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003396703>
- Suomen Valokuvaterapiayhdistys. (2023a). *Historiaa, menneitä tapahtumia ja koulutuksia*. Suomen Valokuvaterapiayhdistys ry. Haettu 11.12.2024 osoitteesta <https://valokuvaterapiayhdistys.fi/historia/>
- Suomen Valokuvaterapiayhdistys. (2023b). *Valokuvaterapia*. Suomen Valokuvaterapiayhdistys ry. Haettu 2.3.2025 osoitteesta <https://valokuvaterapiayhdistys.fi/valokuvaterapia/>
- Shen, G. (2023). Rosy Martin's Visual Art: Bridging Psycho-Therapeutic Theory and Understanding Family Life. *Frontiers in Art Research*, 5(15), 50–57. <https://doi.org/10.25236/FAR.2023.051508>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- STM. (2023). *Kestävää hyvinvointia: Sosiaali- ja terveysministeriön virkapuheenvuoro tulevan hallituskauden haasteista ja ratkaisujen suunnista*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7166-0>
- Talvitie, V. (2017). Psykoterapia ja elämänongelmien medikalisointi – kuka, miksi ja kuinka. *Psykoterapia*, 36(3), 209–217
- Tammeaid, M. (2012). Photography – a powerful tool in Solution Focused use. *InterAction-The Journal of Solution Focus in Organisations*, 4(2), 41–47.
- Terapiat etulinjaan. (1.11.2022). *Miksi Terapiat etulinjaan -mallia tarvitaan?* HUS. <https://terapiatetulinjaan.fi/terapiat-etulinjaan-malli/miksi-terapiat-etulinjaan/>
- Terapiat etulinjaan. (30.1.2024). *Porrastettu hoitomalli aikuisten mielenterveyspalveluissa*. HUS. <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/porrastettu-hoitomalli-aikuisten-mielenterveyspalveluissa/>
- THL. (9.2.2024). *Ahdistuneisuushäiriöt*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>
- Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). *Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon* (3. painos). Tampere University Press.
- Tourigny, L. & Naydenova, I. (2020). Using therapeutic photography techniques to increase the wellbeing of college students. *Journal of Counseling and Psychology*, 3(1), 4.
- Tökkäri, V. (2015). Lauri Rauhalan merkityksestä Juha Perttulan fenomenologiselle ajattelulle ja kokemuksen tutkimukselle. Teoksessa V. Tökkäri (toim.), *Kokemuksen tutkimus: V, Lauri Rauhala 100 vuotta* (15–38). Lapin yliopistokustannus.
- Tökkäri, V. (2018). Fenomenologisen, hermeneuttis-fenomenologisen ja narratiivisen kokemuksen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa J. Toikkanen & I.A. Virtanen (toim.), *Kokemuksen tutkimus: VI, Kokemuksen käsite ja käyttö* (64–84). Lapland University Press.
- Virtanen, J. (2006). Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa J. Metsämuuronen (toim.), *Laadullisen tutkimuksen käsikirja* (149–213). International Methelp.

- Weiser, J. (1999). *Phototherapy Techniques - Exploring the secrets of personal snapshots and family albums*. PhotoTherapy Centre.
- Weiser, J. (2004). Phototherapy techniques in counselling and therapy--using ordinary snapshots and photo-interactions to help clients heal their lives. *Canadian art therapy association journal*, 17(2), 23–53.
- Wetzler, S. (2022). What faces reveal: Hugh Diamond's photographic representations of mental illness. *Endeavour*, 46(3), 100812.
- WHO. (27.9.2023). *Anxiety disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Winter, S. (3.6.2024). *Mieli kriisipuhelin -tilastoja* [diaesitys]. Suomen Mielenterveys ry. <https://mieli.fi/wp-content/uploads/2024/06/Kriisipuhelin-numeroina-vuosi-2023.pdf>
- Zubala, A. & Hackett, S. (2020). Online art therapy practice and client safety: a UK-wide survey in times of COVID-19. *International Journal of Art Therapy*, 25(4), 161–171. <https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1845221>

Liite 1. Saatekirje osallistujille

Valokuva menetelmänä
ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa

Saatekirje
10.9.2023

Hyvä vastaanottaja

Olen Satu Lehtinen ja opiskelen artemoni (ylempi amk) -tutkintoa Hämeen ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötä valokuvasta menetelmänä ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten valokuvaa voidaan käyttää menetelmänä ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Helena Leppänen Hämeen ammattikorkeakoulusta.

Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseen, johon sisältyvät

- kolme 75 minuutin lyhytterapiatapaamista noin viikon välein
- valokuvaamista kännykällä tapaamisten välissä ja kuvien katselua tapaamisissa
- noin 15 minuutin tutkimushaastattelu viimeisen tapaamisen yhteydessä (sisältyy 75 minuuttiin)
- GAD-7-ahdistuneisuuskysely ensimmäisen ja viimeisen tapaamisen yhteydessä sekä kaksi viikkoa viimeisen tapaamisen jälkeen (tulos lähetetään sähköpostilla)

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja voit keskeyttää osallistumisesi milloin vain. Sinulle ei aiheudu seuraamuksia, jos et osallistu opinnäytetyöhön tai keskeytät sen. Ennen keskeytystä kerättyä aineistoa voidaan kuitenkin käyttää opinnäytetyössä, mikäli muuta ei sovita. Aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti.

Opinnäytetyön valmistuttua anonymisoitua aineistoa voidaan mahdollisesti käyttää uudelleen tai avata jatkokäyttöä varten. Aineistosta ei voi tunnistaa osallistujaa.

Opinnäytetyön henkilötietojen käsittely kuvataan sähköpostin liitteenä löytyvässä tietosuojailmoituksessa.

Pyydän ottamaan yhteyttä, mikäli sinulla on jotain kysyttävää liittyen tutkimukseen tai opinnäytetyöhön.

Satu Lehtinen

Liite 2. Tietosuojailmoitus

Tietosuojailmoitus Valokuva menetelmänä ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa

Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Tutkimuksessa selvitetään, miten valokuvaa voidaan käyttää menetelmänä ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa. Henkilötietoja käsitellään tutkimuksesta viestimiseen (nimi, sähköpostiosoite) ja raportointiin (ikä, sukupuoli, äänitallenne).

Tutkimuksen kesto: 4 viikkoa
Kyseessä on kertatutkimus.

Yhteyshenkilö tutkimusta koskevissa asioissa

Satu Lehtinen

Tutkimuksen suorittajat

Satu Lehtinen

Käsittelyn oikeusperuste

Henkilötietojen käsittely perustuu:

Suostumus. Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa suostumus milloin tahansa tämän vaikuttamatta suostumuksen perusteella ennen sen peruuttamista suoritettuna käsittelyn lainmukaisuuteen.

Henkilötietosisältö ja säilytysajat

Tutkimuksessa kerätään seuraavat tiedot:

- nimi
- sähköpostiosoite
- ikä
- sukupuoli
- äänitallenne

Tutkimuksen jälkeen:

Tutkimusaineisto hävitetään []

Tutkimusaineisto arkistoidaan ilman tunnistetietoja [X]

Tutkimusaineisto arkistoidaan tunnistetietojen kanssa []

Tutkimusaineisto avataan []

Rekisteröidyt

Rekisteröityinä ovat:

Tutkimuksen osallistujat

Rekisterin tietolähteet

Rekisteröidyt

Henkilötietojen vastaanottajat

Henkilötietoja ei luovuteta kenellekään.

Rekisterin suojauksen periaatteet

A Manuaalinen aineisto

Tutkijan tutkimuspäiväkirjaa säilytetään kahden lukon takana. Tutkimuspäiväkirjassa henkilötiedoista käytetään: ikä ja sukupuoli.

B ATK:lla käsiteltävät tiedot

Tiedot tallennetaan muistitikulle, jota säilytetään kahden lukon takana ja tietojärjestelmään, johon käyttäjällä on henkilökohtaiset käyttäjätunnukset. Järjestelmän tietoihin pääsee ja niitä käyttää vain rekisterinpitäjä.

Tietojen lainmukainen käsittely varmistetaan tietojen luokittelulla ja tietoaaineistojen käsittelysääntöjen mukaisella toimintatavalla.

Aineisto anonymisoidaan tutkimuksen päätyttyä. Äänitallenne litteroidaan ilman henkilötietoja, minkä jälkeen äänitallenne tuhoetaan.

Rekisterinpitäjä

Satu Lehtinen

Automaattinen päätöksenteko

Rekisterissä ei tehdä automaattista päätöksentekoa.

Tietojen siirto EU:n tai ETA:n ulkopuolelle

Tietoja ei siirretä EU:n tai ETA:n ulkopuolelle.

Rekisteröidyn oikeudet ja niiden rajoittaminen

EU:n yleinen tietosuojasetus (2016/679) antaa rekisteröidylle seuraavat oikeudet:

Oikeus peruuttaa suostumuksen

Rekisteröidyllä on milloin tahansa oikeus peruuttaa suostumuksensa. (artikla 7)

Oikeus saada pääsy tietoihinsa

Rekisteröidyllä on oikeus saada rekisterinpitäjältä vahvistus siitä, käsitelläänkö häntä koskevia henkilötietoja. Rekisteröidyllä on oikeus saada pääsy tietoihinsa. Tarkastusoikeudesta voidaan periä maksu tai siitä voidaan kieltäytyä, jos pyynnöt ovat ilmeisen perusteettomia tai kohtuuttomia, erityisesti jos niitä esitetään toistuvasti. (artikla 12 ja artikla 15)

Oikeus tietojen oikaisemiseen

Rekisteröidyllä on oikeus vaatia rekisterissä olevan virheellisen tiedon oikaisemista (artikla 16). Korjaamispyyntö tehdään kirjallisesti. Joissain tietojärjestelmissä henkilö pystyy myös itse korjaamaan omat tietonsa.

Oikeus tietojen poistamiseen

Rekisteröidyllä on oikeus vaatia henkilötietojensa poistamista, jos yksi seuraavista toteutuu (artikla 17):

- Henkilötietoja ei enää tarvita niihin tarkoituksiin, joita varten ne kerättiin tai joita varten niitä muutoin käsiteltiin.
- Rekisteröity peruuttaa suostumuksen, eikä käsittelyyn ole muuta laillista perustetta.

- Rekisteröity vastustaa käsittelyä eikä käsittelyyn ole olemassa perusteltua syytä (artikla 21).
- Henkilötietoja on käsitelty lainvastaisesti.
- Henkilötiedot on poistettava unionin oikeuteen tai jäsenvaltion lainsäädäntöön perustuvan rekisterinpitäjään sovellettavan lakisääteisen velvoitteen noudattamiseksi.
- Rekisteröidyllä kuitenkin ei ole oikeutta tietojen poistamiseen tutkimuksissa, mikäli tietojen poistaminen todennäköisesti estää kyseisen käsittelyn tai vaikeuttaa sitä suuresti.

Oikeus käsittelyn rajoittamiseen

Rekisteröidyllä on oikeus käsittelyn rajoittamiseen, jos yksi seuraavista toteutuu (artikla 18):

- Rekisteröity kiistää henkilötietojen paikkansapitävyyden, jolloin käsittelyä rajoitetaan ajaksi, jonka kuluessa rekisterinpitäjä voi varmistaa niiden paikkansapitävyyden.
- Käsittely on lainvastaista ja rekisteröity vastustaa henkilötietojen poistamista ja vaatii sen sijaan niiden käytön rajoittamista.
- Rekisterinpitäjä ei enää tarvitse kyseisiä henkilötietoja käsittelyn tarkoituksiin, mutta rekisteröity tarvitsee niitä oikeudellisen vaateen laatimiseksi, esittämiseksi tai puolustamiseksi.
- Rekisteröity on vastustanut henkilötietojen käsittelyä artikla 21 kohdan nojalla odotettaessa sen todentamista, syrjäyttävätkö rekisterinpitäjän oikeudet perusteet rekisteröidyn perusteet.

Oikeus siirtää tiedot järjestelmästä toiseen

Rekisteröidyllä on oikeus saada koneluettavassa muodossa häntä koskevat henkilötiedot, jotka hän on rekisterinpitäjälle toimittanut, mikäli käsittely perustuu suostumukseen ja käsittely tapahtuu automaattisesti. (artikla 20)

Pyynnöt näiden oikeuksien käyttämiseen osoitetaan:

Satu Lehtinen

Oikeus tehdä valitus

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistolle. Lisätietoja <https://tietosuoja.fi/>.

Liite 3. Ratkaisukeskeiset menetelmät ensimmäisessä tapaamisessa

1. **Tilanteen kartoittaminen:** ”Kerro tilanteestasi.”
2. **Toivotun lopputuloksen kuvaus:** ”Mikä olisi hyvä tulos tästä keskustelusta tai prosessista?”
3. **Ihmekysymys**
4. **Poikkeuskysymykset**
5. **Asteikkokysymykset**
6. **Konkreettinen seuraava askel:** ”Mikä olisi pieni askel kohti tavoitetta?”

Liite 4. Aineistohallintasuunnitelma

Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma

1 Opinnäytetyön aineiston kuvaus

Opinnäytetyön aineistohankinnan menetelminä käytetään laadullista haastattelututkimusta ja määrällistä kyselytutkimusta. Laadullinen aineisto kerätään haastatteluilla, jotka äänitetään ja litteroidaan analyysiä varten. Määrällinen aineisto koostuu kahdesta itsearviointimittarista: GAD-7-kyselystä, joka mittaa ahdistuneisuuden voimakkuutta, sekä ratkaisukeskeisestä asteikosta (1–10), jolla osallistujat arvioivat omaa tilannettaan. Mittaustulokset kirjataan anonyymeinä tekstitiedostoihin (.txt). Kohderyhmänä ovat täysi-ikäiset ihmiset, joilla on käytössään kännykkäkamera ja jotka kokevat arjessaan ahdistusta. Aineisto ei sisällä nimiä tai muita tunnistetietoja. Analysoitava aineisto on tallennettu äänitiedostoina (.mp3) ja tekstimuotoisina tiedostoina (.txt).

2 Aineiston tallennus ja säilytys

Opinnäytetyön aineisto tallennetaan kahdelle muistitikulle, joita säilytetään kahden lukon takana. Aineistoa käsitellään opinnäytetyön tekijän omalla salasanalla suojatulla tietokoneella.

3 Henkilötietojen ja arkaluonteisten tietojen käsittely

Opinnäytetyössä kerätään välttämättömät henkilötiedot, joiden käsittely on kuvattu tietosuojailmoituksessa (liite 2). Yhteydenpitoa varten kerätään osallistujien nimi ja sähköpostiosoite, mutta nämä tiedot eivät sisälly tutkimusaineistoon eivätkä ole mukana analyysissä. Tutkimusaineistoon sisältyvät henkilötiedoista ainoastaan ikä ja sukupuoli. Haastattelun äänitallenteet luokitellaan henkilötiedoiksi, ja niiden käsittely on toteutettu tietosuojailmoituksen mukaisesti siten, että osallistujien anonymiteetti säilyy.

4 Aineiston omistajuus

Opinnäytetyön aineiston ja tulokset omistavat tekijä ja hänen toiminimensä Kompassion, y-tunnus 2033614–2.

5 Aineiston jatkokäyttö työn valmistumisen jälkeen

Opinnäytetyön valmistuttua anonymisoitu aineisto siirtyy Tmi Kompassionin (y-tunnus 2033614–2) omistukseen mahdollista jatkotutkimusta ja kehittämistä varten. Aineiston jatkokäyttöoikeuksista on informoitu tutkittavia ennen aineiston keruuta, ja suostumus jatkokäyttöön on dokumentoitu.