

1404

**ONGELMIEN RAKENTUMINEN MIELENTERVEYSTOIMISTON
KESKUSTELUKÄYTÄNNÖISSÄ**

Siina Hakala

Psykologian pro gradu
-tutkielma
Psykologian laitos
syksy 1998
Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Ongelmien rakentuminen mielenterveystoimiston keskustelukäytännöissä

Tekijä: Siina Hakala
Ohjaaja: Jarl Wahlström

Psykologian pro gradu -tutkielma
Syksy 1998
Jyväskylän yliopisto
51 sivua

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata mielenterveystoimiston vastaanotolla käytävää keskustelua sekä sitä, miten ns. mielenterveysongelmat mielenterveystoimiston kielellisissä käytännöissä konstruoidaan ja mitä näistä konstruoinneista seuraa. Aineisto on kerätty yhden mielenterveystoimiston vastaanottokäynneistä talvella 1997-1998. Se koostuu neljästä nauhoitetusta asiakastapaamisesta, joissa asiakkaat ovat ensimmäistä kertaa mielenterveystoimiston vastaanotolla. Lisäksi aineistona ovat olleet äänitteet työryhmäkeskusteluista, joissa on keskusteltu kyseisistä asiakkaista, sekä potilasasiakirjat, joihin työntekijä on sanellut lyhyen selostuksen kustakin vastaanotosta. Pääasiallinen mielenkiintoni on kohdistunut työntekijän ja asiakkaan keskusteluihin, työryhmäkeskustelut ja sanelut ovat lähinnä täydentäneet analyysia.

Tutkielmassa on hyödynnetty diskurssianalyttistä lähestymistapaa. Tavoitteena on ollut tarkastella kieltä siltä pohjalta, mitä kielellä tehdään ja miten sitä käytetään rakentamaan todellisuutta. Aineistosta on tunnistettu kolme hallitsevaa keskustelutapaa, jotka on nimetty pohjustuskeskusteluksi, diagnostiseksi keskusteluksi ja ongelmakeskusteluksi. Aineistosta on tunnistettavissa myös vaihtoehtoisia keskustelukäytäntöjä, joita kuitenkin esiintyy edellä mainittuja hallitsevia käytäntöjä huomattavasti harvemmin.

Analyysi osoittaa, että mielenterveystoimiston vastaanottokeskustelua hallitsee työntekijä. Hän ohjaa keskustelua ja aihevalintoja. Hallitsevissa keskustelukäytännöissä työntekijä toimii asiantuntijana, jolla on mahdollisuus ja joka myös käyttää mahdollisuuttaan määrittellä ongelma. Ongelmanmäärittelyssä korostuu lääketieteellinen diskurssi. Siinä asiakkaan ongelmat pyritään sijoittamaan lääketieteelliseen mielenterveysongelmakategoriaan. Usein asiakas konstruoi myös jollain muulla elämänalueella poikkeavaksi ja/tai ongelmalliseksi. Hallitsevissa käytännöissä keskustelu liikkuu ulkoisessa todellisuudessa, näkyvissä ja laskettavissa olevissa oireissa. Ongelmakäsitykset ovat essentialisoivia ja objektivistisia.

Sen sijaan vaihtoehtoisessa keskustelukäytännössä korostetaan asiakkaan omaa ongelmanmäärittelyä. Vaihtoehtoisessa keskustelussa työntekijä ei tarjoa asiakkaalle omaa määrittelyään "totuutena". Hän antaa tilaa asiakkaan kokemuksille ja pyrkii vahvistamaan asiakkaan kompetenssia. Vaihtoehtoisissa keskusteluissa asioista rakentuva kuva ei ole yhtä yksipuolinen kuin hallitsevissa keskusteluissa.

Avainsanat: diskurssianalyysi, mielenterveystoimisto, psykiatrinen avohoito

JOHDANTO

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyslain (1991) määritelmän mukaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyön Komitean mietinnössä (1984) mielenterveystyö jaetaan ammatilliseen ja vapaaehtoistoimintaan. Ammatillinen mielenterveystyö perustuu lääkäreiden, hoitajien, psykologien ja sosiaalityöntekijöiden koulutukseen ja työssään hankkimaan kokemukseen. Työn viitekehyksenä ovat lääketieteen, psykologian ja sosiologian teoriat ja menetelmät. Komitean mietinnössä ammatillisen mielenterveystyön alueeksi määritellään sosiaali- ja terveydenhuolto. Sosiaalihuollossa keskeisiä alueita ovat kasvatus- ja perheneuvolan sekä päihdehuollon toiminnat. Terveys- ja terveydenhuollossa mielenterveystyötä tehdään sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Lisäksi mielenterveyspalveluja järjestetään avo- ja sairaalahoitona.

Tämän tutkielman kohteena on mielenterveystoimistossa tehtävä työ. Mielenterveystoimistot ovat aiemmin olleet kiinteä osa psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitopalveluja. Viime aikoina yhä useammat kunnat ovat ottaneet haltuunsa mielenterveyskentän toimintoja. Toimintojen kunnallistamisessa mielenterveystoimistoja siirretään kuntien omaksi toiminnaksi osaksi perusterveydenhuoltoa. STAKESin Mielekäs Elämä -raportin (1996) mukaan tämä ei ole pelkkä hallinnollinen muutos, vaan kyseessä on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon uusi tehtävämäärittely ja yhteistyö. Muutosta on perusteltu sekä toiminnallisesti että kustannusten vähentämiseksi. "Oma" mielenterveystoimiston työntekijä tai työryhmä on lähempänä kuntalaisia ja selkeämmin vastuussa kuntansa asukkaista. Toisaalta tavoitellaan myös kustannussäästöjä.

STAKESin Mielekäs Elämä -raportin (1996) mukaan hallinnolliset muutokset eivät ole ainut asia, joka on ravistellut kunnallista mielenterveystyötä viime vuosina. Mielenterveystyön palvelurakennetta on pyritty muuttamaan avohoitopainotteisemmaksi. Aikaisemmin Suomi on ollut hyvin laitoskeskeinen mielisairaanhoidossa. Viimeisten 20 vuoden aikana mielisairauksien ja mielenterveyshäiriöiden hoito on muuttunut perusteellisesti. Psykiatristen sairaaloiden vuodepaikkoja on vähennetty ja hoidon painopistettä on pyritty siirtämään avohoitoon (Korkeila, 1996). Psykiatrisissa sairaaloissa hoidettavien määrä on

Suomessa 1970-luvun alusta alkaen vähentynyt tasaisesti (Hakkarainen, 1989). 1990-luvulla psykiatriset sairaansijat vähenivät Suomessa maailmanennätysvauhtia ja samalla avohoitokäynnit kasvoivat huimasti (Salokangas, 1994).

Mielenterveystyön kentällä on siis viime vuosina tapahtunut paljon. Palvelurakennemuutoksen ja hallinnollisten muutosten lisäksi psykelääkkeiden lisääntyminen sekä taloudellinen lama monine seurauksineen ovat nostaneet mielenterveyskysymykset usein esille mm. tiedotusvälineissä. On esitetty kriittisiä kommentteja mielenterveyspalvelujen tilasta sekä huolta mielenterveyspotilaiden asemasta. Alalta tehdyt tutkimukset ovat pääosin kohdistuneet tilastoihin sairaalapaikoista tai avohoitokäynneistä sekä palvelujen saataavuudesta. Tuloksellisuutta on pyritty arvioimaan "mitattavilla" välineillä kuten työkykyisyydellä.

Palvelurakennemuutos ja taloudelliset kysymykset ovat olleet esillä myös kansainvälisissä tutkimuksissa. Piirtola (1995) toteaa, että viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana tutkimukset ovat usein keskittyneet sairaalan käytössä tapahtuneisiin muutoksiin. On myös esitetty erilaisia malleja avohoidon kehittämiseksi. Avohoidon toimivuutta on verrattu sairaalahoitoon ja useimmissa tutkimuksissa sen on todettu olevan toteutettavissa oleva vaihtoehto potilaille, joita muuten hoidettaisiin sairaalassa (esim. Braun ym., 1981; Dean, Phillips, Gadd, Joseph & England, 1993; Stein, Test & Marx, 1975). Myös avohoidon kustannuksiin on tutkimuksissa kiinnitetty huomiota ja useasti aktiivinen avohoito on todettu sairaalahoitoa edullisemmaksi (esim. Knapp ym. 1994; McCrone, Beecham & Knapp, 1994; Wilkinson, Piccinelli, Falloon, Krekorian & McLees, 1995).

Korkeilan (1996) mukaan tietoisuus laadunarvioinnin tarpeesta psykiatrisessa hoidossa on kasvanut. Viime aikoina suomalaisissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota mm. potilastyytyväisyyteen. Tutkimuksissa on todettu, että suurin osa potilaista on tyytyväisiä mielenterveystoimistossa saamaansa hoitoon (esim. Korkeila, 1996, 1998; Ylihärstilä, Nordling, Sipilä & Kokkola, 1996). Potilastyytyväisyyttä on tutkimuksissa kartoitettu erilaisten kyselylomakkeiden avulla. Laadun arviointia varten on kehitelty mittareita, jotta saataisiin yleistettäviä ja vertailukelpoisia tuloksia. Karkeasti arvioiden psykiatrian tutkimukset niin Suomessa kuin ulkomaillakin ovat olleet varsin perinteisiä tuloksellisuus-, taloudellisuus- ja käyttäjätyytyväisyystutkimuksia, jotka sinänsä kertovat hyvin vähän itse mielenterveystyön sisällöstä, sen arjesta ja käytännöistä.

Tässä tutkielmassa tarkoitukseni on tarkastella mielenterveystoimistossa tapahtuvaa työtä kielellisenä käytäntönä. Lähestymistapaani voi luonnehtia diskurssianalyttiseksi ja olen saanut vaikutteita mm. suomalaisista sosiaalityön tutkimuksista, jotka ovat painottuneet kielenkäytön tarkasteluun. Diskurssianalyysi viittaa sellaiseen sosiaalipsykologiseen lähestymistapaan, jossa tutkitaan kieltä sen kaikessa moninaisuudessaan (Suoranta, 1991). Karkeasti jaotellen kieltä voidaan lähestyä kahdesta eri näkökulmasta: sen voidaan olettaa *heijastavan* todellisuutta eli olevan ikään kuin todellisuuden kuva, tai kielen voidaan ajatella *rakentavan* todellisuutta (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993). Diskurssianalyttinen tutkimusote tukeutuu jälkimmäiseen näkökulmaan. Samanlainen käsitys kielen konstruktivisesta luonteesta sisältyy myös sosiaalisesti konstruktionismiksi kutsuttuun lähestymistapaan (esim. Burr, 1995; Gergen, 1991), jonka taustaoletuksiin tässä tutkielmassa pitkälti nojaan.

Diskurssianalyysi ei ole tutkimusmenetelmä sinänsä, vaan pikemminkin se on väljä teoreettinen viitekehys (Potter & Wetherell, 1987). Diskurssianalyysi-nimikkeen alla on tehty ja tehdään hyvin erityyppistä tutkimusta. Burr (1995) toteaaakin, että diskurssianalyysi on ikään kuin sateenvarjo, jonka alla on monia tutkimuskäytäntöjä. Diskurssianalyysia voidaan tehdä ns. kriittisestä tai ei-kriittisestä näkökulmasta käsin, tai siinä voidaan painottaa lingvististä tai yhteiskuntatieteellistä puolta (Fairclough, 1992, Pietikäinen, painossa). Käytännössä erityyppiset diskurssianalyysit eivät ole selvärajaisia ja paikoin ne limittyvät toisiinsa.

Sosiaalinen todellisuus hahmottuu meille moninaisina rinnakkaisina ja keskenään kilpailevina systeemeinä, joiden avulla merkityksellistämme maailmaa eri tavoin (esim. Fairclough, 1992). Näitä merkityssysteemejä on toisinaan kutsuttu diskursseiksi (esim. Foucault, 1972). Diskurssi voidaan käsittää suppeasti keskusteluna, mutta usein se viittaa keskustelua laajempaan merkitysten joukkoon. Alasuutari (1998) huomauttaa, että keskusteluun liittyvät yksittäiset lausumat muodostavat ja samalla muuttavat eräänlaista tilallista rakennetta. Diskurssi tulisi siis ymmärtää keskustelua (siinä mielessä kuin se ymmärretään arkimerkityksessään) laajemmaksi käsitteeksi. Wahlström (1992) määrittelee diskurssin tietyssä yhteisössä vakiintuneeksi tavaksi puhua ja kirjoittaa. Diskurssi määrää miten ja mitä puhutaan ja kuka voi sanoa mitään.

Diskurssianalyysissä kieltä lähestytään usein funktionaalisesta perspektiivistä (Madill

& Barkham, 1997). Siinä keskitytään tarkastelemaan sitä, mitä kielellä oikein tehdään ja mihin sitä käytetään. Fairclough (1992) toteaa, että diskurssi on vaikea käsite, koska siitä on tehty eri tieteenaloista ja eri teoreettisista lähestymistavoista käsin paikoin ristiriitaisia ja päällekkäisiä määritelmiä. Fairclough korostaa muiden diskurssianalyttikoiden tavoin, että diskurssit eivät heijasta tai esitä vaan rakentavat sosiaalista todellisuutta. Eri diskurssit konstruoivat asioita eri tavoin ja positioivat ihmisiä eri tavoin sosiaalisissa suhteissa. Faircloughin mukaan diskurssianalyyssissa on keskeistä juuri diskurssit ja niiden sosiaaliset vaikutukset.

Konstruktionistista ja diskurssianalyttistä lähetymistapaa on sovellettu Suomessa viime vuosina mm. sosiaalityön tutkimuksissa. Lähtökohtana on ollut ajatus, että sosiaaliset ongelmat eivät ole mitään sinänsä objektiivisesti olemassaolevia ilmiöitä vaan ne ovat kielellisesti sosiaalisessa toiminnassa rakentuneita. Sosiaalityöntekijöillä on asiantuntija-asemastansa käsin mahdollisuus määritellä ongelmakategoriat. Esim. Jaatinen (1995, 1996) on tutkinut alkoholiongelman konstruointia A-klinikoilla sekä sosiaaliterapeuttien haastatteluissa että heidän asiakastapaamisissaan. Hän on kiinnittänyt huomiota nimenomaan siihen, miten alkoholismi käsitteenä on luonnollistunut ja esiintyy ikään kuin objektina.

Eräissä sosiaalityön tutkimuksissa on tarkasteltu työntekijän ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta ikään kuin neuvotteluna ongelman merkityksistä ja keskustelijoiden identiteeteistä (esim. Jokinen, 1995; Oranen, 1997, Rostila, 1993). Niissä lähtökohtana on asiakassuhteen tutkiminen tilannekohtaisesti ilman oletusta jäykistä asiantuntijan ja asiakkaan rooleista. Asiantuntijuus voi saada monia muotoja ja myös asiakkaalla voi olla asiantuntijuutta. Niin Suomessa kuin ulkomaillakin on asiakkuus ja asiantuntijuus -tutkimuksissa -mielenkiinnon kohteena on ollut sosiaalityön lisäksi perusterveydenhuollon potilaan ja lääkärin välinen suhde (esim. Barton, 1996; Fisher, 1991; Maynard, 1991; Peräkylä, 1996; Robinson & Whitfield, 1987; Virtanen, 1991, 1993). Useat tutkimukset painottavat sitä, ettei asiantuntijuus ole staattinen vaan dynaaminen käsite. Asiantuntijan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus ei ole automaattisesti sidottu tiettyyn kaavamaisesti etenevään institutionaalisen vuorovaikutuksen muotoon.

Diskursiivinen ja keskustelua painottava lähestymistapa on tarjonnut uutta näkökulmaa myös psykoterapian tutkimukselle (esim. Grossen & Apotheloz, 1996; Haarakangas, 1997; Madill & Barkham, 1997; Suoninen, 1996; Wahlström, 1992). Terapiakeskustelua voidaan

lähestyä siltä kannalta, miten niissä yhdistyvät sekä asiakkaan että työntekijän määrittelyt ja miten niiden pohjalta mahdollisesti rakentuu jokin uusi ongelmakonstruktio. Merkitysten muuttumista terapeutisessa prosessissa tarkastellaan kielellisenä uudelleenmäärittelyinä. Esimerkiksi "oire" voi keskusteluissa menettää merkityksensä oireena ja saada uuden merkityksen, jolla ei ole enää psykiatrisen "oireen" merkitystä (ks. Haarakangas, 1997; Wahlström, 1992). Diskursiivinen lähestymistapa terapiaan ja psykiatriaan eroaa perinteisestä lääketieteellisestä psykiatriasta, jossa ongelmia ei tarkastella kielellisinä määrittelyinä, vaan sinänsä olemassaolevina objekteina. Lääketieteen kritiikki onkin usein kohdistunut psykiatriaan ja sen tapaan essentialisoida ja objektivoida ongelmia (esim. Ilich; 1976, Ingleby, 1983; Wilding, 1982). Sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta ajatellen sairasta on kärjistäen se, mikä on määritelty sairaudeksi (esim. Conrad & Schneider, 1992). Sairausleimat ja sairausluokitukset ovat usein syntyneet historiallisen toiminnan ja kielellisten määrittelyjen tuloksina (Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin & Stowell-Smith, 1995; Ståhlström, 1997).

Vallan käyttöä kielessä ja keskusteluissa voidaan tutkia monin tavoin. Faircloughin (1992) mukaan diskurssianalyttinen valtatutkimus on kiinnostunut siitä, miten valtasuhteita tuotetaan sosiaalisissa käytännöissä eli miten jotkut tiedot saavat totuuden aseman sekä millaisia subjektipositioita niissä tuotetaan ihmisille. Kiinnostus diskurssien ja vallan suhteesta on levinnyt diskurssianalyttiseen tutkimukseen erityisesti Michel Foucault'ltä. Tieto ja valta liittyvät Foucault'lla toisiinsa. Tieto on jokin sellainen konstruktio, joka on saanut totuuden leiman (Foucault, 1972). Valta ei ole tietylle yksilölle tai ryhmälle kuuluva ominaisuus, vaan se on diskurssien vaikutusta. Kun määrittelemme tai esitämme jotain tietyllä tavalla, tuotamme "tietoa", johon sisältyy valtaa. Foucault'lle tieto on valtaa "toisen yli", valtaa määritellä toisia.

Moderni tieteenihanne, johon sisältyy ajatus kaikille samanlaisena esiintyvistä todellisuudesta, on alkanut horjua. On esitetty (esim. Wahlström, 1992), että niin psykologian kuin muidenkin tieteiden tulisi siirtyä postmodernimpaan tiedonkäsitykseen, jolle on ominaista sosiaalisesti sitoutunut lähestymistapa. Toiminnot, pyrkimykset ja tunteet saavat merkityksensä siinä puheessa, jolla yksilö sijoittaa itsensä sosiaaliseen ympäristöön. Suorannan (1991) mukaan uusi tiedon ja totuuden lähestymistapa edellyttää tutkimuksen teossa *todellisen* unohtamista ja siirtymistä *mahdolliseen*.

Koska lähtöajatuksena on, että ei ole olemassa havainnoitsijoista riippumatonta todellisuutta, saa kontekstuaalisuus diskurssianalyysissä suuren merkityksen. Kontekstin huomioon ottamisella tarkoitetaan yleisesti sitä, että toimintaa tarkastellaan tietyssä ajassa ja paikassa, johon tulkinta pyritään suhteuttamaan (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993). Wahlström toteaa, että "inhimillinen toiminta ei toteudu sosiaalisessa tyhjiössä, vaan on situoitu sosiohistorialliseen ja kulttuuralliseen merkitysten ja suhteiden kontekstiin" (1992, 33). Teoilla tai tapahtumilla ei ole itsenäistä olemassaoloa kontekstista erillään eikä päinvastoin. Kontekstuaalisuus on diskursiiviseen maailmaan kuuluva ominaisuus, joka osaltaan rikastuttaa aineistoa (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993). Tässä suhteessa diskurssianalyysi eroaa selvästi perinteisistä psykologisista tutkimusmenetelmistä, joissa kontekstin vaikutus on nähty tuloksia häiritsevänä tekijänä ja se on pyritty eliminoimaan. Esimerkiksi monet mielenterveyspalvelujen tuloksellisuustutkimuksista pyrkivät mitätöimään kontekstin merkityksen (esim. siten, että koehenkilöillä on sama terapeutti, samat elinolosuhteet), jotta päästäisiin "puhtaisiin" tuloksiin.

Diskursiivisella tutkimusotteella esimerkiksi mielenterveystyöhön ei kenties pystytä osoittamaan työn tuloksellisuutta tai taloudellisuutta eikä tekemään yleistettäviä johtopäätöksiä mielenterveystyöstä. Sen sijaan diskurssianalyttinen tutkimus voi kertoa havainnollisesti siitä, mikä on kulttuurisesti mahdollista (Suoninen, 1997). Aineiston yksityiskohtainen tarkastelu tuo esille sellaisia piirteitä, jotka tilastollisessa tutkimuksessa "hukkuisivat" (Madill & Barkham, 1997). Diskursiivinen lähestymistapa tarjoaa mielestäni hedelmällisen lähestymistavan mielenterveystyöhön, koska auttamiskeskustelujen perusta on kieli. Kontekstuaalisesta ja diskursiivisesta näkökulmasta on mahdotonta ajatella oiretta tai ongelmaa erillään kielellisestä alueesta (Wahlström, 1992). Kielen kautta ihminen tarkastelee tilaansa, ja viime kädessä työntekijä joutuu toimimaan kielellisellä alueella ja kielellisten merkitysten tasolla. Psykiatria ja kliininen psykologia ovat olleet toistaiseksi kiinnostuneita lähinnä yksilöiden mielensisäisistä liikkeistä ja jättäneet huomioimatta kielen ja yhteiskunnan roolin mielenterveyshäiriöiden kokemisessa ja hoidossa (Parker ym., 1995).

Keskusteltaessa auttamistyön etiikasta ja toimintaideologiasta korostetaan usein asiakkaiden tai potilaiden kunnioittamista. Monissa sosiaalityötä käsittelevissä tutkimuksissa (esim. Jaatinen, 1995, 1996) näkyy, että yksi keskeisiä ongelmia auttamistyössä on

yhdistää asiantuntijätietous sekä asiakaslähtöisyys. Tämän ongelman ratkaisuun tuskin millään tutkimuksella saadaan suoraa vastausta, mutta uskon, että itse auttamistyön sisällön ja käytännön työn tarkastelu luo keskustelua ja uusia välineitä työn arviointiin ja kehittämiseen. Siksi mielestäni tuntuu tärkeältä, että myös psykiatrian avohoidon tutkimuksissa keskityttäisiin tuloksellisuustutkimusten ohessa myös laadullisempaan tutkimukseen, jossa tarkasteltaisiin itse käytännön työtä, sen ongelmia, ristiriitoja ja voimavaroja

Diskurssianalyysi eroaa perinteisestä deduktiivis-hypoteettisesta tutkimuksesta siten, ettei siinä aseteta tarkkaan alkuhypoteesia, jota lähdetään testaamaan. Olen pitänyt tutkimusongelmani varsin avoimena ja antanut aineiston johdattaa itseäni. Toki minulla on ollut aineiston suhteen joitain esioletuksia, jotka ovat varmasti niin tietoisesti kuin tiedostamattomastikin ohjanneet analyysiani. Olen alusta lähtien lukenut aineistoa tarkkaillen, miten mielenterveystoimistokeskusteluissa näkyy institutionaalinen puoli, ja olen kiinnittänyt huomioni nimenomaan työntekijän puheeseen. Tutkimusongelmani voi tiivistää seuraaviin kysymyksiin: *minkälainen on hallitseva puheikäytäntö mielenterveystoimistossa, miten keskusteluissa konstruoituu asiakkaan ongelma, miten ongelmaa käsitellään (työntekijän toimesta), sekä mitä tästä ongelmakonstruktioista mahdollisesti seuraa?*

Viime vuosina yhteiskuntateoreettisissa kirjoituksissa on käsitelty paljon asiantuntijuutta, joka mielletään usein modernin yhteiskunnan myötä syntyneeksi ilmiöksi (esim. Beck, 1995; Eräsaari, 1997; Giddens, 1995; Konttinen, 1997). Erityisesti lääketieteen ja psykiatrian asiantuntijuus, johon usein katsotaan sisältyvän määrittelyvaltaa, on jo useiden vuosikymmenien ajan aika ajoin noussut arvostelun ja kriittisten kommenttien kohteeksi (esim. Conrad & Schneider, 1992; Illich, 1976, Ingleby, 1983, Wilding, 1982). Tarkastelen mielenterveystyön asiantuntijuutta osittain jo määrittelemieni tutkimuskysymysten kautta. Tarkennettuja tutkimuskysymyksiä ovat: *miten mielenterveystyöntekijän asiantuntemus keskusteluissa rakentuu ja minkälaista asiantuntijavaltaa keskusteluissa ilmenee?*

Analyysin edetessä kiinnostuin enemmän vallan ja tiedon kysymyksistä. Käsittelem valtaa tukeutuen väljästi Foucault'n näkemyksiin, eli tarkastelen sitä nimenomaan määrittelyvaltana. Berger ja Luckman (suom. 1995) tarkoittavat institutioitumisella inhimillisen toiminnan ja vuorovaikutuksen muotojen totunnaistumista niin, että ne voidaan vastaisuudessa tuottaa yhä samalla tavalla. Näin instituutio luonnollistuu ja sen historiallisuus unohtuu. Jokinen ja Juhila (1993) puhuvat diskurssien hegemonisoitumisesta, jossa

tietyt diskurssit muuttuvat itsestäänselvyyksiksi. Näiden ajatusten pohjalta olen tarkentanut tutkimuskysymyksiäni siihen suuntaan, *minkälaisia käsityksiä todellisuudesta on ikään kuin piiloutunut mielenterveystoimiston vallitsevien puhekäytäntöjen alle, miten näitä käsityksiä tuotetaan ja uusinnetaan ja kenties myös muutetaan ja kellä on mahdollisuus osallistua luonnollistuneiden käsitysten määrittelyyn.*

MENETELMÄ

Aineisto

Aineistoni on kerätty yhden mielenterveystoimiston vastaanottokäynneistä talvella 1997-1998. Se koostuu neljästä asiakastapauksesta, joissa asiakkaat ovat ensimmäistä kertaa mielenterveystoimiston vastaanotolla. Asiakkailta pyydettiin kirjallinen lupa vastaanoton nauhoittamiseen. Yksi käynti kesti noin 45-60 minuttia, ja työntekijä äänitti sen luvan saatuaan kasetille. Mielenterveystoimiston hoitohenkilökunta koostui viidestä työntekijästä: psykiatrian erikoislääkäristä, joka on työryhmän esimies, kahdesta osa-aikaisesti työskentelevästä psykologista, psykiatrisesta sairaanhoitajasta ja sosiaalityöntekijästä. Mielenterveystoimiston työryhmän käytäntönä on, että uusista asiakkaista keskustellaan vastaanoton jälkeen työryhmän viikottaisessa, yhteisessä palaverissa. Myös nämä työryhmäkeskustelut on äänitetty siltä osin kuin niissä keskustellaan kyseessä olevista asiakkaista. Äänitetyt vastaanottokäynnit ja työryhmäkeskustelut olen litteroinut sanatarkasti. Yhteensä puretuista nauhoista kertyi reilusti yli sata liuskaa tekstiä. Jokaisesta vastaanotosta työntekijä myös sanelee lyhyen selonteon kanslistin kirjattavaksi potilasasiakirjoihin. Myös nämä sanelut ovat olleet käytettävissäni. Pääasiallinen mielenkiintoni on kuitenkin kohdistunut työntekijän ja asiakkaan keskusteluihin, työryhmäkeskustelut ja sanelut ovat lähinnä täydentäneet analyysia.

Vuoden 1997 puolella mielenterveystoimistossa oli käytäntönä, että asiakkaat voivat itse varata vastaanottoajan. Vuoden 1998 alusta mielenterveystoimiston vastaanottoajan sai

ainoastaan läheteellä. Aineiston valikoituminen on tapahtunut siinä järjestyksessä, kuin luvan antaneita uusia asiakkaita ilmaantui. Aineiston keruu tässä järjestyksessä tapahtui tarkoituksellisesti, koska pyrkimyksenä ei ollut etsiä mitään tiettyjä tapauksia. Ainoana valintakriteerinä oli yrittää saada aineistoon mahdollisimman luonnollisia tapauksia, jotka vastaavat mielenterveystoimiston arkipäiväistä työtä. Aineistoon valikoituneet neljä tapausa edustavat mielenterveystoimiston diagnostisen käytännön mukaan luokiteltuina "lievimpiä" mielenterveyshäiriöitä. Aineistossa on edustettuna varsinaisesti kolme eri työntekijää, mutta kolmessa tapauksessa myös työryhmän lääkäri tulee mukaan vastaanotokeskusteluun. Oheisessa taulukossa 1. on tiivistetyt kuvaukset tapauksista.

TAULUKKO 1. Tapauskuvaukset

	Asiakas	Työntekijä	Kuvaus
1. tapaus	49-vuotias mies, jolla ei aikaisempia yhteyksiä psykiatriseen hoitoon	psykologi	Asiakas on itse varannut ajan, hän kärsii omien sanojensa mukaan syyllisyydestä ja mustasukkaisuudesta avovaimoan kohtaan.
2. tapaus	42-vuotias mies, joka on syntyperältään ulkomaalainen, ensimmäinen yhteydenotto psykiatriseen hoitojärjestelmään	psykologi (psykiatri tulee mukaan keskustelun loppupuolella)	Asiakas on itse varannut ajan vaimonsa kehotuksesta. Hän kertoo avioerokriisistä ja kokee olleensa depressiivinen vuosikausia.
3. tapaus	46-vuotias mies, jolla ensimmäinen yhteydenotto psykiatriseen hoitojärjestelmään	sos.työntekijä (psykiatri tulee mukaan keskustelun loppupuolella)	Asiakas on itse varannut vastaanottoajan työterveydenhoitoajan kehotuksesta. Asiakas kuvaa ongelmakseen avioliitto-ongelmia ja uupumista.
4. tapaus	52-vuotias nainen, jolle tämä on ensimmäinen mtt-käynti mutta jolla on aikaisemmin ollut yhteydenotto psykiatrian poliklinikalle.	vs. psykologi (psykiatri tulee mukaan keskustelun loppupuolella)	Asiakas tulee tk-lääkärin läheteellä sillä tarkoituksella, että arvioidaan asiakkaan masennuksen hoidon tarvetta sekä työkykyisyyttä.

Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja käsittely kietoutuvat toisiinsa ja analyysi on mukana tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa (Mäkelä, 1990). Litteroin aineistoa siinä järjestyksessä, kun uusia vastaanottotapauksia tuli, ja suoritin alustavaa analysointia jo litterointivaiheessa. Kun aineisto oli koossa ja sitä oli mahdollista tarkastella kokonaisuutena, kiinnitin aluksi huomiota äänitteissä esiintyviin samankaltaisuuksiin. Eri työntekijöistä riippumatta vastaanottotapaukset olivat hyvin samanlaisia. Tämän pohjalta hahmottelin vastaanottojen yleistä rakennetta. Tarkastelin jokaista äänitettä lähinnä kronologisessa järjestyksessä, ja tutkin sitä, mitä puheella tehdään aluksi, missä diskurssissa liikutaan välillä ja minkälaiseen ongelmaan ja asiakkaan konstruointiin lopulta päädytään. Jaoin mielenterveystoimiston hallitsevat keskustelukäytännöt kolmeksi eri keskustelukäytännöksi. Aineistosta oli myös tunnistettavissa vaihtoehtoisia puhetapoja, joita en pystynyt sijoittamaan jo rakentamiini kolmeen keskusteluluokkaan. Vaihtoehtoiset keskustelutavat ovat kuitenkin merkittäviä analyysini kannalta, sillä niiden tunnistaminen aineistosta selvensi myös hallitsevien keskustelutapojen identifiointia.

Keskustelijoiden erilaisten asemien kuvaamisessa käytän Suoniselta (1996) lainaamaani positiokombinaation käsitettä. Suoninen viittaa sillä erilaisiin yhteistyön asetelmiin, joita keskustelijat vuorovaikutuksessa rakentavat. Itse käytän positiokombinaation käsitettä väljemmässä merkityksessä kuvaamaan lähinnä sitä yleistä rakennetta, joka keskustelussa vallitsee. Tähän liittyy myös identiteetin käsite. Eri positiokombinaatioissa asiakkaan ja työntekijän identiteetit muotoutuvat eri tavoin ja erilaisiksi. Identiteetillä en tarkoita mitään olemuksellista, ihmisen sisäistä ominaisuutta, vaan tilanteittain sosiaalisessa vuorovaikutuksessa rakentuvaa minäkonstruktiota. Samalle henkilölle voi siis rakentua vuorovaikutuksessa useita eri identiteettejä (ks. Jokinen, 1995; Rostila, 1993; Suoninen, 1996).

Analyysin alkuvaiheessa pyrin pitäytymään tiukasti tekstissä ja nojaamaan siihen tulkinnoissani. Diskurssianalyysissä annetaankin aineistolle varsin korkea painoarvo. Diskurssianalyysi vaatii tutkijaa pysähtymään, lukemaan tekstiä uudelleen ja uudelleen sekä miettimään sitä, miten tekstin informaatio on rakennettu (Madill & Barkham, 1997). Tärkeimpänä osana diskurssianalyttistä työskentelyä voidaankin pitää "tulkintoja kehit-

televää uurastusta aineiston kimpussa" (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993, 13).

Analyysin edetessä aloin kuitenkin irrottautua tekstistä suoraan rakentamistani konkreettisista merkityksistä ja tulkinnoista. Etenin käsitteellisempään suuntaan ja yritin suhteuttaa tekstiä vallalla oleviin yleisiin kulttuurisiin käsityksiin ja mielipiteisiin. Kiinnostuin siitä, miten keskusteluissa juuri hallitsevat puhetavat tuottavat näkemystä "oikeasta", "luonnollisesta" tai "normaalista". Samalla kiinnostuin siitä, miten vaihtoehtoiset keskustelutavat eroavat mielenterveystoimiston hallitsevista keskustelukäytännöistä. Huomasin, että hallitsevissa puheissa tuotetaan ja uusinnetaan samalla hallitsevia käsityksiä todellisuudesta. Vaihtoehtoisissa keskustelukäytännöissä todellisuudesta muodostuu kompleksisempi ja monimerkityksellisempi käsitys. Puhetta ei ohjaakaan yksi "totuus" vaan käsitys siitä, että asioilla on olemassa vaihtoehtoisia merkityksiä.

Yhdeksi analyysini keskeisistä ongelmista olen kokenut sen, miten itse pystyn osana yhteiskuntaa ja myös psykologiseen diskurssiin sosiaalistuneena tunnistamaan mielenterveystoimiston luonnollistuneita käsityksiä. Suoninen (1997) puhuu tutkijan erityisresursseista, joiden avulla on mahdollista purkaa vuorovaikutuksen yksiselitteisyyttä ja luonnollistuneita käsityksiä. Tutkijalla on käytettävänä "pysäytetty" vuorovaikutus, litteroitu aineisto, joka mahdollistaa ainakin jossain määrin tekstin tarkastelun ulkopuolisen näkökulmasta. Tutkijan tulisi lähestyä tekstiä avoimin mielin ilman etukäteisoletuksia (Suoninen, 1997). Tosin Suoninen myöntää, että tämä onnistuu vain osittaisesti.

Tunnistaakseni mielenterveystoimistopuheen hallitsevia ja luonnollistuneita käsityksiä olen Jokisen ja Juhilan (1993) "ohjeen" mukaan yrittänyt tarkastella sitä, ovatko moninaisuus, asioiden kompleksisuus ja ristiriitaisuus väistyneet yksinkertaistamisen tieltä. Yksinkertaistamisessa on usein kyse naturalisoimisesta, jolloin asioiden sosiaalisesti tuotettu alkuperä hämärtyy ja ne näyttävät itsestäänselvyksiltä. Toisaalta myös tutkijan on tiedostettava, että hänenkin teksti on konstruktio ja että sitä voidaan lukea diskursiivisesti (Suoranta, 1991). Myös tutkimus tekstinä rakentaa todellisuutta. Jokinen, Juhila & Suoninen (1993) korostavatkin tutkijan refleksiivisyyttä: tutkijan on arvioitava omaakin suhdettaan valtaan.

Diskurssianalyysissä tarkastelun kohteena ei ole yksilö sinänsä vaan sosiaaliset käytännöt (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993). En siis tutki sitä, miten yksittäinen työntekijä rakentaa itselleen asiantuntija-auktoriteettia tai minkälaisia käsityksiä todellisu-

desta hän yksilönä tuottaa. Sen sijaan kiinnostuksen kohteena on se, miten mielenterveys-toimiston käytännöissä ylipäänsä rakentuvat asiantuntijuus ja normatiiviset käsitykset todellisuudesta. Samalla pyrin pitämään mielessäni, että myös oma tekstini on konstruktio.

Vaikka käyttämäni keskustelutapojen jaottelu on yksi mahdollinen aineiston lähestymis-tapa, ei se ole selkeärajainen eikä vaihtoehdoton. Päädyin aineiston tällaiseen esittämista-paan siksi, että se tuntui havainnollistavan parhaiten mielenterveystoimiston käytäntöjä ja niitä puolia, jotka tutkimuskysymyksissä määrittelin kiinnostaviksi.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lukijan tulisi kyetä seuraamaan tutkijan päättelyä, joten tutkijan tulisi esittää ajatuskulkunsa mahdollisimman avoimesti (Ehrnrooth, 1990; Mäkelä, 1990). Tämän vuoksi olen yrittänyt etsiä esitettäviksi mahdollisimman kattavia näytteitä, joskin kontekstistaan irrotetut näytteet jäävät väistämättä jossain määrin irrallisiksi. Tekstiä tulee tulkita aina suhteessa siihen kontekstiin, jossa se on tuotettu (Nuolijärvi, 1990). Lausumat tai puhekäytännöt eivät synny "tyhjältä" ja edusta "puhtaasti" tiettyä käytäntöä. Tämä interdiskursiivisuus tai -tekstuaalisuus (esim. Fairclough, 1992; Väliverronen, 1993) tarkoittaa sitä, että lausumat määrittyvät aina suhteessa toisiinsa ja ikään kuin lainaavat tekstejä toisista diskursseista. Pecheux (1982) käyttää prekonstruktion käsitettä kuvaamaan sitä, että teksti tai diskurssi ei ole koskaan täysin itseriittoinen vaan se joutuu jatkuvasti nojautumaan muualla tuotettuihin sanoihin tai käsitteisiin. Olen yrittänyt pitää tämän mielessä analyysiä tehdessäni, jotta tekemäni luokittelut eivät alkaisi elää omaa elämäänsä itsenäisinä ja kontekstistaan irrallisina.

TULOKSET

Tulosten esittämistapa

Aineistosta on tunnistettavissa kolme hallitsevaa keskustelutapaa. Olen nimennyt nämä eritavot pohjustuskeskusteluksi, diagnostiseksi keskusteluksi ja ongelmakeskusteluksi. Lisäksi olen identifioinut vaihtoehtoisia keskustelukäytäntöjä, joita esiintyy edellä mainitsemiani hallitsevia käytäntöjä huomattavasti harvemmin. Aluksi esittelen kaikki teksteistä rakentamani keskustelukäytännöt ja hahmotan sitä, minkälaisiin asemiin keskustelijat niissä asettuvat. Tämän jälkeen tarkastelen sitä, mitä luonnollistuneita käsityksiä todellisuudesta kielen taakse piiloutuu, ja miten näitä käsityksiä keskusteluissa tuotetaan.

Analyysini tueksi olen valinnut aineistostani sellaisia tekstinäytteitä, jotka mahdollisimman hyvin edustavat kaikkia tapauksia. Näytteissä esiintyvät henkilötiedot on muutettu. Näytteiden alussa oleva numero viittaa tapaukseen, josta näyte on poimittu. Mikäli näyte on työryhmäkeskustelusta, on numeron edellä kirjain T. Seuraavat numerot kertovat alku-peräisen litteroinnin rivin/rivit. Näytteissä on käytetty seuraavia erikoismerkkejä:

T	työntekijä
A	asiakas
(.)	alle sekunnin mittainen tauko
(2)	tauko ja sen kesto sekunteina
.	laskeva intonaatio
,	tasainen tai nouseva loppuintonaatio
(.hhh)	sisäänhengitys
(hhh)	uloshengitys
.sana	sisäänpäin hengitetty sana
[päällekkäispuhumisen alkamispaikka
]	päällekkäispuhumisen loppumispaikka
(sana)	sulkeissa epävarmasti kuultu sana
()	sana, josta ei ole saatu selvää
((tekstiä))	litteroitsijan omia kommentteja
°tekstiä°	hiljaisella äänellä puhuttua tekstiä

Mielenterveystoimiston erilaiset keskustelukäytännöt

"No jos me lähettäis liikkeelle" - Työntekijä ohjaa perustietojen kartoitusta

Kaikissa neljässä tapauksessa merkittävä paino oli asiakkaan "perustietojen" kartoituksella. Tämä pohjustuskeskusteluksi nimeämäni keskustelukäytäntö hallitsee usein vastaanoton alkupuolta, mutta siihen voidaan palata myös vastaanoton loppupuolella. Usein lyhyen tulosityn selvittelyn jälkeen työntekijä kartoittaa asiakkaan elämänhistoriaa ja tämänhetkistä tilannetta. Keskeisiä asioita, joista työntekijä kysyy, ovat lapsuudenperhe, koulutus ja työura sekä aikuisuuden ihmissuhteet. Tiedot kerätään vuosilukuja ja nimiä myöten talteen ja kirjataan potilasasiakirjoihin.

1.224-227

T: Joo, (1) °joo°, (.) no jos me lähettäis kuitenkin ihan niin, (.) niin niin kaukaa liikkeelle että, (.) et ihan sun, (.) sun tota, (.) elämänvaiheista et, (.) mistä päin sä oot syntysin ja kotosin,

1.241-248

T: Minkälaisesta perheestä muuten olet, (.) oliko teitä lapsia kuinka paljon,

A: Meitä oli tota niin, mulla oli kaks siskoa.

T: Kun vanhimmasta lasketaan niin monesko olet järjestyksessä.

A: Toinen.

(3)

T: Ja, (.) luettelisik sää sisarten nimet ja, (.) syntymävuoden tai iät.

2.578-579

T: Joo, (.) no minkälainen sinun koulutustaustasi on, (.) minkäverran kävit koulua, (.) kaikenkaikkiaan.

3.116-130

T: Joo, (.) tota onks sulla sitte töitä,

A: Mää oon nyt, (.) mulla on nyt töitä sitten, (2) tammikuun loppuun ja sen jälkeen sitte, (.) Kelan päiväraha,

T: Joo-o, (.) elikkä sun oma työtilanne on ollut sitten vähän, (.) epävarma [tässä viime vuoden,

A: [no mä oon ollu viimeset] neljä vuotta näillä kuuen kuukauden päivähoitokursseilla niinku sanotaan.

T: Joo-o.

A: Ja nyt kun tää ministeri vielä suuressa viisauudessaan kielti kaikkia työllistämästä kymmentä kuukautta, (.) että me varmasti puotaan sinne Kelan korvauksille, (.) että se, (.) kuulemma vaikuttaa positiivisesti työllisyyteen.

T: Mm-m, (.) .joo, (.) mikä sullon viimeinen sellanen säännöllinen työpaikka sitte,

4.72-73

T: ...me voitaski oikeestaan nyt ekaks kartottaa vähän sitä sun, (.) perhetaustas,

Edellä esitetyt esimerkit kuvaavat kysymys-vastaus -asetelmaa, joka on pohjustuskeskustelussa hyvin tyypillinen. Työntekijä ohjaa keskustelua ja aiheenvalintaa. Mielenkiintoista on työntekijän me-muodon käyttö: "no jos **me** lähettäs...", "**me** voitaski nyt...". Vaikka työntekijä määrää mistä keskustellaan ja tekee kysymyksiä, hän korostaa me-muodolla yhdessä toimimista. Me-muodon käyttö tuntuu lieventävän sitä vaikutelmaa, että työntekijä yksin määrää ja ohjaa keskustelua.

Aina pohjustuskeskustelu ei suinkaan etene jäykästi. Kertoessa vapaammin esimerkiksi lapsuudenperheestään asiakkaalla on enemmän liikkumatilaa kuin yllä kuvatuissa esimerkeissä. Seuraavissa esimerkeissä työntekijän kysymykset antavat asiakkaalle enemmän vastausvaihtoehtoja ja puhetilaa:

1.283-285

T: Joo-o, (.) tota miten sä lyhyesti kuvailisit vanhempiasi, (.) millanen ihminen on, (.) millanen mies, (.) tai millanen ihminen on sinun isä,

1.309-329

A: että hirveesti puhuu mutta, (1) en mää nyt ainakaan muista sillä tavalla että, (1) eiköhän se nyt semmosta ollu ihan normaalia, (1) ja normaalia, (.) normaalia nuhdetta saatiin, (.) kaipa sitä tais siihen aikaan joskus vähän koivunvitsallakin, (.) tulla,

T: Mm,

A: joka nyt oli hyvinkin yleistä,

T: niin,

A: yleistä, (.) mutta ei nyt mitenkään niinku,

T: °Joo°, (.) ni miten sää sanoisit että, (.) miten sää luonnehtisit sun, (.) lapsuudenkodin ilmapiiriä,

(5)

A: No kyllä se musta oli ihan, (3) ihan semmonen, (2) kuitenkin lämpönen ja, (.) tämmönen ja, (.) asioista puhuttiin kyllä sitten jos asiaa oli semmosta,

T: Mm,

A: Esimerkiks () että oli tehny jotain väärää tai jotain, (.) ne selvitettiin ne asiat,

T: Joo,

(4)

T: Et sillai semmosta, (1) niinku rehtiä tai,

4.112-113

T: ...osaatsä mitään isästäs muuta, (.) kertoo et mimmonen mies,

Kuten johdannossa totesin, asiantuntijuus ei ole staattinen ominaisuus, joka kuuluisi pelkästään työntekijälle. Asiakkaalla on asiantuntemusta, jota työntekijällä ei ole: hän on oman elämänsä asiantuntija (esim. Barton, 1996; Haarakangas, 1997). Työntekijän kysel-

lessä asiakkaan lapsuudesta ja perheestä asiakkaalla on enemmän liikkumatilaa kuin selkeästi määriteltyä vastausta hakevassa kysymys-vastaus -asetelmassa, liikutaanhan nyt asiakkaan elämäalueella. Silti edellisissäkään esimerkeissä asiakkaan puhetila ei ole rajaton. Työntekijällä on selkeä visio siitä, mitä hän haluaa kuulla. Hän hakee lyhyttä luonnehdintaa ja pyrkii tiivistämään asiakkaan materiaalin esimerkiksi kuvaukseksi "rehdistä ilmapiiristä".

Pohjustuskeskustelun positiokombinaatioksi, joka kuvaa keskustelijoiden asemia vuorovaikutuksessa (ks. Suoninen, 1996), voisi nimetä *tietoja keräävä työntekijä - vastauksia antava asiakas*. Asiakas ei kuitenkaan aina pysytele pelkästään mekaanisesti tietoa antavan passiivisen asiakkaan positiossa, vaan välillä hän tuottaa aktiivisesti omaa materiaalia. Työntekijä rajaa kuitenkin aiheen, missä pysytään. Seuraavissa esimerkeissä asiakasta ei päästetä "liian pitkälle" rajatusta alueesta.

1.67-81

A: Ja, (1) mullon sitten monta kertaa ollut hirveen paha mieli ja, (.) eikä me ((as. ja avovaimo)) oo päästy niinku oikeen semmoseen, (2) sillä tavalla keskustelemaan asiasta ((parisuhteongelmista)). (.) Ja mää ilmeisesti taas sitten, (1) sunnuntaina vähän töksäsin jotain hyvin pahasti ja, (1) siitä asti mää oon melkein taas miettiny, (1) miettiny näitä asioita että, (.) koska meidän suhde kuitenkin on, (1) minusta se on kyllä hyvä.

(1)

T: Joo, (.) siis kuinka kauan te ootte nyt,

A: No me ollaan oltu noin, (2) no ihan virallisestihan me muutettiin viime (vuoden) lopussa asumaan mutta sitä ennen se oli muutama kuukausi oltiin jo seurusteltu,

(3)

T: °Joo°, (.) et teil on reilu, (2) tai puolisen vuotta yhteistä asumista takana.

Esimerkissä asiakas kertoo parisuhteestaan ja sen kokemuksista tuottaen aktiivisesti omaa materiaalia. Työntekijä ei lähde mukaan tähän keskusteluun, vaan pysyttelee tiukasti pohjustuspuheessaan ja haluaa saada selville tarkkoja tietoja siitä, miten kauan asiakas on seurustellut.

2.67-75

A: ja minä siellä vaan en pärjännyt, (.) siis, (3) minä olen hyvin depressiivinen ollut jo vuosikautia eriyistä, (.) se se ensimmäinen avioliitto ja sen vaikeudet, (1) oli, (7) oli jokunen alku vaikka mulla mulla oli nuorempanakin, (1) pahoja kriisejä,

T: Yhym, (2) milloinko tämä ensimmäinen, (.) avioliitto päättyi, (.) minä vuonna,

Asiakas ottaa hyvin merkittävästi kantaa omaan oloonsa toteamalla olleensa depressiivinen jo vuosikausia. Työntekijä ei puutu tähän eikä kysy, mitä asiakas sillä tarkoittaa, vaan pysyttelee tietojen keruu -vaiheessa.

3.15-17

A: Vuosia sitte, (.) mulloli semmonen, (2) hullu asuntolaina aikanaan.

T: Tuota kerropas sen verran että, (.) että oot perheellinen,

Näyte on vastaanoton alusta, ja sitä ennen työntekijä on kysynyt mikä sai asiakkaan ottamaan yhteyttä mielenterveystoimistoon. Asiakas kertoo, että mitta tuli täyteen, ja työntekijä pyytää tarkennusta. Asiakas alkaa kertoa vuosien takaisesta lainasta, missä vaiheessa työntekijä palauttaa keskustelun nykypäivään ja alkaa kartoittaa asiakkaan perhetilannetta (pohjustuskeskustelu aloitetaan yleensä ajankohtaisesta perhe- ja työtilanteesta ja sitten vasta lähdetään käymään läpi asiakkaan henkilöhistoriaa).

Edellä olevien esimerkkien pohjalta voisi rakentaa positiokombinaation *aktiivisesti tekstiä tuottava asiakas - rajat asettava työntekijä*. Pohjustuskeskustelulle on siis tyypillistä työntekijävetoisuus. Työntekijällä on mielessään tietyt kysymykset, joihin hän haluaa vastauksen. Asiakkaan itse aktiivisesti tuottamaa materiaalia ei käsitellä, ellei se liity selvästi niihin asioihin, joita työntekijä haluaa saada selville. Elämänvaiheiden kartoituksella yritetään ilmeisesti etsiä menneisyydestä mahdollisia syitä asiakkaan nykytilaan. Mikäli asiakkaan elämästä ei löydy mitään kulttuurin normien mukaista "ongelmallista" asiaa, jää pohjustuskeskustelu roikkumaan ilmaan. Mikäli asiakkaan taustasta löytyy jokin "ongelma", siitä lähdetään rakentamaan asiakkaalle ongelmaista identiteettiä.

"Vielä näistä masennuksen oireista" - Työntekijä diagnostikkona

Lääketieteelliseen diagnostiikkaan perustuva puhe on voimakkaasti esillä kaikissa neljässä esimerkkitapauksessani. Diagnostisessa keskustelussa asiakkaan puhetila on monesti vielä rajatumpi kuin pohjustuskeskustelussa. Diagnostinen keskustelu muistuttaa pohjustuskeskustelua siinä suhteessa, että työntekijä koittaa siinä kysymyksillään kerätä tietoja asiakkaasta. Diagnostinen keskustelu eroaa kuitenkin pohjustuskeskustelusta, koska siinä

työntekijällä on selkeät, lääketieteeseen perustuvat kategoriat, joihin hän pyrkii ongelman/asiakkaan sijoittamaan. Työntekijä esittämät kysymykset nojaavat lääketieteellisiin kategorioihin ja rajaavat asiakkaan vastausmahdollisuudet tiettyihin vaihtoehtoihin.

2.250-252

T: Ää, (.) sanoit, (.) että, (.) olet ollut depressiivinen jo vuosikautia, (1) Mi- minkälaisia, (.) depression merkkejä, (1) olet, (.) tunnistanut itsessäsi. (3) Miten se on ilmennyt.

Esimerkin asiakas on itse käyttänyt termiä depressiivinen. Tässä esimerkissä asiakkaan vastausvaihtoehdot eivät ole vielä täysin rajatut, koska työntekijähän kysyy asiakkaan näkemystä. Työntekijä ei kuitenkaan kysy, mitä asiakas tarkoittaa depressiolla tai mitä hän on tuntenut tai kokenut, vaan hyväksyy lähtökohdaksi asiakkaan "diagnoosin" ja kysyy depression **merkkejä**. Seuraavissa esimerkeissä korostuu vielä selkeämmin käsitys depressiosta jonain sinänsä olemassa olevana asiana, josta näkyy tunnistettavissa olevia merkkejä.

3.478-493

T: Joo-o, (.) entäs keskittymiskyky, (.) miten sää pystyt, (.) keskittymään,

A: Kyl se aika nolla on,

(1)

T: Joo, (1) pystytkö sanomalehen lukemaan,

(1)

A: No, (2) mää nyt selaan sen silleen,

T: Et pysty kunnolla lukemaan,

A: Niin sieltä jää kyllä semmosia, (1) erityisesti täytyy keskittyä.

T: Mm, (.) entäs televisio-ohjelmat,

(2)

A: Kyl mää niitä kattelen sillee,

T: Joo,

A: Mää en katokkaan oikeestaan muuta ku, (1) ajankohtaisohjelmia ja, (1) semmosta.

T: Joo. (.) Onko semmonen mielenkiinto asioihin, (.) kiinnostus, (.) onko se laskenut (.),

Työntekijällä vaikuttaa olevan tietty "oirelista", jota käydään läpi. Työntekijä hakee selkeitä indikaattoreita diagnoosinsa pohjaksi, esimerkiksi keskittymiskykyä hän testaa asiakkaan kyvyllä lukea sanomalehti tai katsoa tv-ohjelmia.

1.697-712

T: Joo, (2) (.hhh) niin määkään en, (.) en nyt näe mitään semmosta, (.) niinku, (.) sillai vakavan kriisin merkkejä,

A: Joo,

T: että, (.) sää ilmeisesti työssä jaksat,

A: Joo, (.) mä jaksan nimenomaan jaksan työssä oikein, (.) oikein hyvin niinku, (.) tässä päästään taas niinku, (.) ens viikolla, (.) tosi töihin niin,

T: Joo-o, (1) ja tota, (1) ehkä ne yöunet kuitenkin, (1) nukkuminen onnistuu myös,

A: Kyllä se onnistuu nyt oikeestaan,

T: maistuuks ruoka,

A: Kyllä maistuu ruoka.

T: Joo, (.) että tää sun [paha olo,

A: [että tääon ihan] tämmönen, (1) hetkellinen [mutta mä eilen

T: [semmosta] ahdistuneisuutta,

Työntekijä on arvioinut, ettei asiakkaalla ole vakavaa kriisiä. Hän kuitenkin tarkistaa vielä "oirelistasta" että on päätyntynyt oikeaan diagnoosiin. Työntekijän tarkoitus koettaa diagnosoida ongelma näkyä myös työryhmäkeskustelussa, jossa hän selittää muille:

T1.106-108

T: ...ja sitte mä koetin kartottaa, että minkäasteisesta häiriöstä siinä tai ongelmasta ois kyse, (.) niin ei hällä mitään hankalia unio ongelmia oo,

Työntekijän tehtävä on siis ikään kuin asiantuntijatietonsa avulla kartoittaa, mistä on kyse. Asiakkaan subjektiivinen kokemus sivuutetaan ja etsitään "objektiivisia" mittareita kuten unettomuus. Myös sanelussa korostuu työntekijän velvollisuus määritellä ongelma:

"Mitään vakavamman häiriön merkkejä tai toimintakyvyn laskua en havaitse, ennemminkin kyseessä parisuhteen tilanteeseen liittyvä akuutti ahdistuneisuus."

Diagnosoinnissa oireet ovat merkkejä jostain häiriöstä. Työntekijän on tehtävä päätelmiä hänelle ilmenevien merkkien pohjalta.

Samoin kuin pohjustuskeskustelussa myös diagnostisessa keskustelussa positiokombinaatioksi muodostuu *kysymyksiä tekevä työntekijä - vastauksia antava asiakas*. Asiakkaan vastausvaihtoehdot ovat kuitenkin diagnostisessa keskustelussa vielä pohjustuskeskustelua rajatumpia, koska työntekijä pyrkii kategorisoimaan asiakkaan vastaukset johonkin mielenterveysongelmat-luokkaan. Asiakas tuottaa mekaanisesti vastauksia työntekijän diagnoosin pohjalle. Mikäli asiakas tuottaa aktiivisesti omaa materiaalia, sitä ei käsitellä yhteisesti, vaan työntekijä palauttaa keskustelun "raiteilleen" samoin kuin pohjustuskeskustelussa.

2.407-440

A: Ja se on ollut minulle hyvin hyödykäs kun olen sitä mieltä että on ollut, (1) vaikka, (.) siitä musiikista mitä mä osaan ei juuri koskaan ollut kenelle minkäänlainen hyöty, (.) minulle on ollut ilo, (.) mutta ei hyöty siis, (1) paitsi jos ilo on hyötyä. (.) Siis mä soitan viulua lähinnä ja pasuunaa lisäksi,

T: Yhym,

A: ja niitä mä soitan kaikkein eniten silloin kun olen polttanut ((hasista)) ja, (.) jos en olisi polttanut olisin varmasti soittanut niin vähän että en, (.) en olisi, (.) tullut sellaiselle tasolle jossa mä olen.

T: Joo, (1) joo-o, (2) no, (.) vielä haluaisin näistä masennuksen oireista kysyä, (2) ää, (2) onko ruokahalussasi tapahtunut muutoksia,

A: Hetkinen, (.) mun piti kertoa vielä, (.) sekin on tärkeä asia minun puolesta,

T: Joo, (.) [kerro vaan,

A: [vaimon ehdot,

T: joo,

A: siis minusta piti tulla tasaisempi ja, (1) itsenäisempi että minä aloitan itse jotain ja vedän sen läpi, (.) enkä heitä kaikkea nurin mitä mä aloita, (.) niin mä teen siis,

T: Yhym,

(2)

A: ja sitten minun piti, (.) minusta piti tulla, (1) itsenäisempi myös siinä mielessä että en oo niin riippuvainen hänestä ja sitä mä olen hyvin paljon, (3) eli jos mä nyt olen saanut ne kaikki kasaan nämä ovat hänen ehdot,

T: Mm-m. (5) Joo-o.

A: Ja nyt anteeks, (.) mikä se sun kysymys oli.

T: Niin, (.) vielä kysyn näitä masennuksen oireita vielä halusin tarkistaa, (.) öö, (.) onko tuota ruokahalussasi tapahtunu muutoksia,

Esimerkissä asiakas tuottaa paljon tekstiä, josta voisi lähteä etenemään. Asiakkaalle voisi rakentua positiivinen, musiikista nauttimaan kykenevän henkilön identiteetti. Työntekijä ei kuitenkaan tartu asiakkaan materiaaliin, vaan pysyy omassa linjassaan ja diagnosointipuheessa. Asiakkaan kokemukset jäävät irrallisiksi työntekijän ottamatta niihin mitään kantaa.

3.503-515

T: ...entäs seksi-, (.) seksiasiat,

A: No eipä niitä oo varmaan viimeeseen kuukauteen,

T: Joo, (.) monet ooksää niinku, (.) kokenu että iteltäki on menny jotenki, (1) mielenkiinto tai sillee,

A: Emmää sitä voi sanoo sillee,

T: Joo, (2) mut et se on ilmeisesti että parisuhde on sillälaila, (1) nyt huono et,

A: joo

T: Et masennukseenhan liittyy usein semmonen seksuaalinen haluttomuus, (.) ihan samallalaila kun muutkaan asiat ei kiinnostaa, (.) nii °ei sekään sitte°. (2) Joo-o, (2) ja niitä, (2) itsetuhoajatuksia, (1) minkä verran, (.) mitä sää sanoisit, (.) minkä verran niitä on, (.) ja minkälaisia,

Näytteessä asiakkaalle rakentuu masentuneen ihmisen identiteetti. Vaikka asiakas kieltää menettäneensä seksuaalisen mielenkiinnon, työntekijä istuttaa asiakkaaseen tämänkin oireen. Työntekijän asiantuntijuus tulee esille hänen toteamuksestaan, että "masennukseenhan liittyy usein...", jossa hän pystyy kokemuksensa tai asiantuntijatietonsa avulla

sijoittamaan asiakkaan oireen yleisempään masennus-kategoriaan. Samalla muodostuu ajatus, että asiakas on todella masentunut vain, jos hän täyttää tietyt kriteerit (eli tässä tapauksessa tuntee seksuaalista haluttomuutta). Myös itsemurha-ajatukset kuuluvat masennus-oireistaan. Etusijalla on oireiden määrä. Työntekijä kysyy ensin **minkä verran** itsetuhoajatuksia on ja vasta sen jälkeen sitä, **minkälaisia** ne ovat. Voidaan kysyä, pystyykö asiakas antamaan määrällisen vastauksen, ennen kuin on määritelty, mitä itsetuhoainen käyttäytyminen tässä yhteydessä tarkoittaa. Asiakkaan kokemus tuntuu olevan toissijainen, kun etsitään indikaattoreita masennus-diagnoosille.

Edellisen esimerkin pohjalta voi rakentaa toisen diagnosointikeskustelussa vallitsevan positiokombinaation: *asiantuntijatietao jakava työntekijä - passiivisesti myötäilevä asiakas*. Seuraavissa esimerkeissä tämä positiokombinaatio näkyy vielä selkeämmin. Koska työntekijä perustaa puheensa asiantuntijatiedolle, ei asiakkaalle jää juuri mahdollisuutta kommentoida sitä.

3.556-564

T: Nääh vähän niinku tuntuu aivan tommosilta tyypillisiltä masennusoireilta mitä sääs täs kuvaat, (.) et unettomuus ja, (.) sit tää siihen liittyy tää et asiat pyörii mielessä niinku sä näät niistä ei pääse vaikka haluaisikin °niin niitä ei saa°, (.) niinku unohdettua ja huono keskittymiskyky ja, (.) itsetuhoajatukset ja, (.) entäs ärtyisyys, (.) levottomuus,

A: No, (1) sillee et määh oon kyllä kotona niin, (2) emmäh sillee jaksa olla ärtyiny, (1) ja sitäpaitsi määh,

T: Sääh oot väsy- sä oot niinku uupunu enempi,

Työntekijä puhuu **tyypillisistä** masennusoireista. Hän on asiantuntija, joka tunnistaa oireet merkiksi masennuksesta. Työntekijä tarkistaa, saisiko hän vielä "rastin" ärtyvyys -kohtaan, mutta siihen asiakkaan oireet eivät sovi. Jotta diagnoosi kuitenkin pysyy oikeana, työntekijä tarjoaa asiakkaalle oireeksi uupumusta.

2.691-717

T:...ihan tämänastisen keskustelun perusteella minun, (.) minun on hieman vaikea arvioida tätä, (.) sinun tilannettasi, (1) et, (3) voidaan sanoa että, (.) että jonkun verran, (.) masennusta, (.) kuuluu, (.) jokaisen ihmisen elämään, (1) niinku normaalisti, (.) ja, (.) ja masennusta on, (.) tavallisesti silloin kun, (.) on menetyksiä ja pettymyksiä elämässä, (1) esimerkiksi aviokriisi tai avioero, (1) et sit, (.) sitte se että missä vaiheessa masennus on, (.) niin hankalaa että se, (.) vaatii jotain hoitoa, (1) niin se pitääh jotenkin arvioida. (1) Ja, (2) tietysti niitä, (.) niitä kriteereitä, (.) täytyy miettiä. (2) Et, (.) ne on sen tapasia että jos masennuksen oireet on niin hankalia, (.) että ei selviydy enää normaalista elämästään eikä jaksa huolehtia tai hoitaa asioitaan kunnolla, (.) tai ei jaksa viedä asioita loppuun, (.) jää kaikki asiat kesken, (.) ja hoitamatta, (.) ja rempalleen, (1) niin se on jo yks tietysti, (1) jo sellanen kriteeri joka, (2) vois niinku painaa siinä, (1) vaakakupissa että, (.) pitääh miettiä siihen masennukseen jotain hoitoa. (1) Itsemurhavaara on tärkeä kriteeri. (1) Et jos, (.) jos, (.) näyt-, (.) alkas näyttää siltä et sääh, (.) joudut vaaraan tehdä sen itsemurhan, (.) toteuttaa

ne ajatukset, (.) niin se on tietysti yks, (.) yks hoidon kriteeri myös. (2) Kyllä semmonen pitkään kestävä, (.) toivottomuus, (.) syvä toivottomuus ja pahanolontunne on myös, (.) jos, (.) jos se ei ala mennä ohi. (1) Niin sekin on riittävä kriteeri, (.) miettiä masennukseen esimerkiksi lääkehoitoa.

Yllä oleva työntekijän pitkä monologi tiivistää monia vastaanottojen piirteitä. Ensimmäkin siinä korostuu jo edellä määrittelemäni diagnostisen keskustelun toinen positiokombinaatio, jossa työntekijä jakaa asiantuntija-asemastaan tietoa passiivisesti kuuntelevalle asiakkaalle. Siinä myös tiivistyy jo aikaisemmissa esimerkeissä näkynyt ajatus masennuksesta kategorisoitavana ja hoitoa vaativana häiriönä. Työntekijä käyttää kuvaavia vertauksia, kuten vertausta vaakakupista. Mikäli vaakaan saadaan tarpeeksi painoa, on hoito tarpeen. Esimerkissä tulee esille jokaisessa neljässä vastaanottotapauksessa rakentuva käsitys, että masennus on ikään kuin yksi toimija ja toinen toimija on hoito. Asiakkaan oma toimijuus minimoidaan. Hänen identiteetikseen muodostuu varsin keinottoman uhrin identiteetti, masennushan on ikään kuin tauti, jolle hän ei voi mitään.

Edellä olevassa esimerkkitapauksessa hämäännystä aiheuttaa se, ettei työntekijä ole varma siitä, kuuluuko asiakas ja hänen ongelmansa lääketieteelliseen masennus-kategoriaan. Työntekijä hakee vastaanoton lopulla työryhmän lääkärin mukaan keskusteluun arvioimaan tilannetta. Epäselvyys ja pyrkimys kategorisoida ongelma/häiriö näkyy myös työryhmäkeskustelussa kyseisestä asiakkaasta.

T2.79-115

PS ((psykologi, työntekijä)):...Kauheen kauan meni täs vast-, (.) meni hir- paljon enemmän aikaa kuin normaalisti vaikka hän puhu hyvää suomea ja jotenkin tavattoman vaikea oli arvioida, (.) minusta.

[Jostain syystä.

L(lääkäri): [Sillai että hän ei] niinku sitten puhunu niistä tunteistaan vai, (.) mitä,

PS: No ei, (1) kyllä hän sitte vastas kun mä kysyin mutta, (.) jotenkin, (1) jotenkin sillätavalla, (.) jostain kumman syystä mun oli todella vaikeeta saada siitä käsitys, (.) miltä se sinusta näytti kun kävit siinä sitten,

L: Sillälailahan mulle tuli siis se ulkonen sillä olemus ei ollu, (1) puhe ainakaan ei ollu masentuneen ihmisen puhetta,

PS: Mm, (.) joo,

L: Et se oli jämäkkää ja, (1) semmonen [hyvä ääni,

PS: [minusta se] seik- semmosta seikkaperäistä jollain [laila

L: [niin ja]

sillälaila tota mut sit olihan se olemus vähän sillälaila että,

PS: Joo, (.) hän [ihmetteli,

L: [voi olla että () (kuitenkin)] ku on semmonen vähän iso mies, (.) joka on pitkä niin,

PS: Joo, (.) kasassa,

L: koripalloilijat ((naurahtaen))

STT(sos.työntekijä): Mm, (.) [()

PS: [hän ihmet-] ihmetteli sitä että hän ei itkeny siinä vastaanotolla ku joka päivä itkee,

L: Nii joo sillälaila mut että, (.) no niin no joo,

PS: Mut jotenki [semmonen

L: [Se puheääni] puheesta ei kyllä niinku sillälaila,

PS: Originelli persoona.

L: Oli joo,

PS: erit-, (.) erittäin.

Pyrkimys luokitella ongelma johtaa tilanteeseen, jossa työntekijät tuntuvat olevan ymmälään: ihmiset eivät muodostakaan ristiriidattomia kategorioita. Työryhmässä keskustelua herättää kysymys siitä, onko asiakas "oikeasti" depressiivinen vai ei. Indikaattoreita masennus tai ei-masennus -diagnoosille etsitään ulkoisista merkeistä, kuten puheäänestä ja ryhdistä.

"Sää et oo oikein semmosta kaveria löytäny" - Asiakas konstruoidaan ongelmalliseksi

Lääketieteellinen diagnoosi legitimoii hoidon. Mikäli asiakas ongelmiseen onnistutaan diagnostisessa keskustelussa diagnosoimaan johonkin mielenterveysongelmat (esimerkitapauksissa masennus) -luokkaan, hänelle rakentuu mielenterveysongelmaisen identiteetti. Mikäli diagnostinen keskustelu ei anna selkeää perustetta lääketieteelliselle diagnoosille ja sen mukaiselle hoidolle, puhe laajenee. Tällöin vastaanoton loppupuolella palataan pohjustuskeskustelussa esille tulleisiin aiheisiin, joissa asiakas konstruoituu ongelmaiseksi. Olen nimennyt tämäntyyppisen keskustelun ongelmakeskusteluksi ja erottanut sen mielenterveystoimistovastaanoton kolmanneksi keskusteluksi.

Kuten diagnostisessa keskustelussa myös ongelmakeskustelussa rakentuu käsitys normaalista ja epänormaalista: asiakas on joistain yleisesti käsitetyistä normeista poikkeava, ongelmainen. Samoin kuin diagnostisessa keskustelussa ongelmakeskustelussakin rakentuu asiakkaalle varsin keinottoman uhrin identiteetti. Näin käy, vaikka ongelmakeskustelussa ei liikutakaan lääketieteellisessä diskurssissa ja myös asiakkaalla on mahdollisuus osallistua ongelman ja identiteettinsä määrittelyyn. Ongelmakeskustelun funktio tuntuu olevan hoidon tarpeen oikeuttaminen. Usein se sijoittuu siihen vaiheeseen, kun keskustellaan asiakkaan jatkokäynneistä.

1.774-808

T: Onko sulla muita ystäviä sitten, (.) tai läheisiä ihmisiä kuin Kerttu ((avovaimo))

A: No ohan niitä nyt aina tuossa, (.) matkan varrella mutta,

T: Onks sellasta hyvää ystävää,

A: Ei oo, (.) ei oo sellasta että kellekä niinku vois

T: Joo,

A: kellekkä vois niinku ihan, (.) mutta sen mä tiiän että kyllä Kerttu ainakin aikasemmin on ollut semmonen ihminen että, (.) on pystynyt ottaen vastaan ja on pystynyt kertoon ja,

T: Joo,

A: Ihan näin, (.) tässä on nyt vaan, (.) tässön nyt vaan.

T: Mm, (2) mm, (.) monesti se on niin et sit jos tulee semmonen joku, (.) joku asia hiertämään siinä parisuhteessa, (.) niin siitä asiasta on helpompi puhua jonkun ulkopuolisen [kanssa tai ystävän kanssa,

A: [on on että kyllä] on että

kyllähän se, (.) aina sen verran löytyy semmosta hyvää kaveria että,

T: Mutta voiks tämmösistä asioista puhua sun kaveripiirissä,

A: No, (.) kyllä mulla taitaa olla aika vähissä semmosia että ne kuitenkin on niin, (.) etäisiä.

T: Joo-o, (.) et sillai sää, (.) sää et oo oikein semmosta kaveria löytäny. (.) Mullon semmonen käsitys että, (1) se on nyt ihan minun semmonen mutu-tuntuma että, (.) et ehkä, (.) ehkä nyt ihan viime aikoina jotenkin miehetkin on alkanu miesten kesken niinkun, (.) miesten, (.) [kesken

A: [Niin varmasti joo,

T: ystävyysuhteissa vähän enemmän tän tapasista asioista puhua. (.) Aikasemmin ei ehkä niinkään, (.) että miehet puhu, (.) harrastuskuvioista ja kaikista,

A: Niin se,

T: maailmanpolitiikasta ja muista tämmösistä yleisistä asioista mutta ei niinkään omista. (.) Se on ehkä, (.) ehkä vähän lisääntynyt ja se, (.) se on tietysti, (.) hyvä jos, (.) jos niin on, (.) mutta sulla nyt ei sen tapasta ystävää oo,

Työntekijällä on mielessään selvä käsitys siitä, minkälaisia ystäviä ihmisellä pitäisi olla. Vaikka asiakasta ei tunnukaan häiritsevän hyvän ystävän puuttuminen (hän ei edes suoraan sano, että häneltä puuttuisi ystäviä), työntekijä leimaa kuitenkin asiakkaan ongelmaksi yksinäisyyden. Työntekijä puhuu asiantuntijan asemasta käsin. Vaikkei nyt liikutakaan lääketieteellisen asiantuntijuuden alueella, työntekijä on ikään kuin psykologian tai "hyvän elämän" asiantuntija. Käyttämällä sanontoja "**monesti** se on niin...", "**mullon** semmonen **käsitys**" ja "se on **tietysti** hyvä..." työntekijä luo itsestään kuvaa ihmissuhdeasioiden taitajana, jolla on kokemusta tällaisista tilanteista. Positiokombinaatiot ovat samantapaisia kuin diagnostisessa keskustelussa: *kysymyksiä esittävä työntekijä - kuuliaisesti vastaileva asiakas* sekä *tietoa jakava asiantuntija - passiivisesti myötäilevä asiakas*. "Diagnoosi" ei nyt rakennu lääketieteelliselle tiedolle, vaan toisenlaiselle, paremminkin kulttuuriselle tai psykologiselle käsitykselle siitä, mikä on normaalia ja hyvää ja mikä ei. Tässä tapauksessa asiakas leimaantuu selvästi normista poikkeavaksi: "sää et oo oikein semmosta kaveria löytäny". Asiakkaalle rakentuu ongelmaisen identiteetti.

Asiakkaan konstruointi ongelmaiseksi näkyy myös välittömästi edellistä keskustelua seuraavassa urheilukeskustelussa:

1.817-838

T: °Mm°, (.) minkälaista se sun liikunnan harrastus on.

A: No se on kyllä tota niin, (.) ihan, (.) kohtalaisen hyvää että, (2) semmonen viistoista kaksikymmentä kilometriä suurin piirtein, (.) lenkillä, (.) noin kolme kertaa viikossa.

T: Mm, (.) mut sää yksin teet sitte.

A: Mää teen yksin joo.

T: Joo et sää et oo löytänyt semmosta liikuntaharrastusta missä ois joku, (.) tai peliporukkaa tai mitään tämmöstä,

A: Ei, (.) siinä mä en tiä mä taas hirveesti tykkään yksin mennä koska, (1) on, (.) hitonmoisen hyvä olo sen jälkeen ku tulee lenkiltä. (.) On ehkä soimannu itteensä siellä vähän ja, (.) sillä tavalla että, (.) ja sitten käyn uimassa myöskin. (.) Siinä nyt vähän enemmän on semmosta sosiaali-, (.) sosiaalista käyttäytymistä siellä uimahallilla.

T: °Joo°, (.) mut et, (.) varsinainen se u- (.) liikuntasuoritus kuitenkin semmosta, (.) yksin [yksin harrastettavaa.

A:

[no on joo,

T: Joo.

(4)

A: Ja Kertun kanssa on yritetty kuitenkin, (1) aina kävellä iltasella pieni lenkki.

Näytteessä asiakas lähtee rakentamaan itsestään kuvaa urheilullisena ja liikunnasta nauttimaan kykenevänä henkilönä, mutta työntekijä ei lähde tätä identiteettiä vahvistamaan. Työntekijän mutta-sanat kertovat, että hän kyseenalaistaa asiakkaan näkemyksen. Lisäksi työntekijä toteaa, ettei asiakas ole löytänyt tietynlaista liikuntaharrastusta. Työntekijä viestittää, että tällainen harrastus olisi hyvä löytää. Näin ollen asiakkaasta rakentuu jälleen varsin ongelmallinen kuva, vaikkei hän itse osallistukaan kuvansa rakennustyöhön. Työntekijän rakentama ongelmainen käsitys asiakasta näkyy myös potilasasiakirjoissa, joihin työntekijä on sanellut:

"Ihmissuhteita ei juurikaan ole, asioistaan ei kenellekään puhu. Liikuntaharrastukset yksinäisiä."

Kolmessa neljästä vastaanottotapauksestani työntekijä hakee lopuksi työryhmän lääkärin paikalle. Raportoidessaan lääkärille tilannetta työntekijä korostaa asiakkaan ongelmaisuutta. Asiakkaan ongelmalliseksi konstruointi tapahtuu osin lääketieteellisestä diagnosoivasta diskurssista, mutta samalla tapahtuu myös yllä kuvattujen esimerkkien kaltaista muusta kuin lääketieteellisestä diskurssista käsin rakentuvaa asiakkaan ongelmal-

liseksi konstruointia. Kenties juuri sen avulla työntekijä oikeuttaa itsensä hakemaan paikalle lääkäriin.

Vaikka pääasiallisesti tarkastelenkin työntekijän puhetta, on ongelmakeskustelun yhteydessä huomattava, että kahdessa tapauksessa (tapauksissa 2 ja 3) myös asiakas alkaa aktiivisesti rakentaa itsestään ongelmallista kuvaa. Tässä suhteessa ongelmakeskustelu eroaa diagnostisesta keskustelusta, jossa asiakkaan positio oli passiivisempi tiedon vastaanottajan ja myötälilijän positio.

Vaihtoehtoinen keskustelu

Vastaanottokeskustelujen lomassa on pitkin matkaa myös piirteitä, jotka eroavat aikaisemmin kuvaamistani keskusteluista. Työntekijä irrottautuu välillä kaavamaisesta kyselystä ja valistuksesta ja pyrkii hakemaan ja ymmärtämään asiakkaan omaa kokemusta. Esimerkiksi liikuttaessa diagnostisessa diskurssissa työntekijällä on välillä hallitsevasta käytännöstä poikkeavia kommentteja, joilla hän pyrkii tarkentamaan asiakkaan tunteja. Tosin näiden kommenttien erottaminen hallitsevasta diagnostisesta käytännöstä on problemaattista, sillä voi olla, että niidenkin tarkoitus on vain saada lisää tukea diagnoosiin ja hoidon pohjaksi.

Myös pohjustus- tai ongelmakeskustelusta voi lähteä asiakkaan kokemusta korostavalle tielle. Asiakkaan alkaessa itse rakentaa itselleen ongelmasta identiteettiä esimerkiksi korostamalla vaikeuksiaan ja heikkouttaan, työntekijän kommentit voivat olla varovasti kyseenalaistavia. Tällöin työntekijä ei kuitenkaan esitä omaa "oikeaa" asiantuntijanäkemystään, vaan ainoastaan sen, ettei asiakkaan tapa nähdä asioita ole ainut mahdollinen. Lisäksi työntekijällä on mahdollisuus alkaa rakentaa asiakkaalle pärjäävän ja pystyvän ihmisen identiteettiä korostamalla asiakkaan kompetenssia.

"Mikä käsitys sinulla on siitä?" - Keskeistä on asiakkaan kokemus

1.482-484

T: Mm, (2) minkä tapasia sun, (.) ne sun itsesyytökset on, (.) pystysik sää pukemaan ihan niitä, (.) niinku lauseen muotoon, (.) millaisia ne ajatukset on.

4.508-512

A: Minä, (.) en uskalla mennä mihinkään. ((itkuisella äänellä))

T: Mm, (.) sä pelkää sitte jotain,

A: °Joo° ((niistää))

T: Mitä sää pelkää,

Asiakkaan kokemusta tavoittelevan keskustelun positiokombinaatio voisi olla *ymmärrystä hakeva työntekijä - kokeva asiakas*. Vaikka keskustelu muodostaisikin pohjaa asiantuntijan määrittelemälle diagnoosille, sen ero hallitsevasta diagnostisesta käytännöstä on se, että asiakkaalle annetaan enemmän liikkumatilaa ja näin ollen mahdollisuutta osallistua itse ongelmanmäärittelyyn.

Myös pohjustuskeskustelussa työntekijä pysähtyy joskus kesken tietojenkeruun hakemaan asiakkaan kokemusta pelkkien numerotietojen ohessa:

2.220-221

T: Mm, (1) tuota, (1) mikä käsitys sinulla on siitä että miksi, (.) vaimosi, (.) halusi avioeroa.

Seuraavat esimerkit sisältävät hienovaraista, implisiittistä asiakkaan kertoman kyseenalaistusta, jossa viestitetään, että asiakkaan näkemykselle voi olla vaihtoehtoja. Kun työntekijä ei oleta esimerkiksi asiakkaan kertomaa ongelmaa objektiiviseksi oireeksi jostain vaan hakee asiakkaan kokemusta ongelmasta, hän samalla osoittaa, ettei ongelman merkitys ole itsestäänselvyys. Seuraavassa muutamia esimerkkejä:

3.103-105

((Asiakas kertoo taloudellisista vaikeuksistaan ja siitä, kuinka hän on salannut niitä vaimoltaan. Asiakas ei ole ottanut kantaa siihen, miksi hän ylipäänsä on alusta alkaen hoitanut perheen raha-asiat yksin.))

T:...onks teil koko liiton ajan ollu semmonen et sää oot niinku hoitanu raha-asiat, (.) tai vastuun tämmösistä asioista kuitenkin,

Työntekijän kommentti rakentaa käsitystä, jonka mukaan ei olekaan itsestäänselvyys, että asiakas on yksin vastannut taloudesta. Lisäksi työntekijän käyttämä vastuu-sana ymmärre-

tään yleensä kulttuurissamme positiivisena, joten tässä suhteessa työntekijä myös rakentaa asiakkaalle positiivista ja kykenevää identiteettiä.

3.155-158

T: No mikä miksi otit lopputilin, (.) sanoit että isä sairastu,

A: Joo se oli siinä syy.

T: Joo, (1) miten se liittyy siihen lopputiliin,

Työntekijä ilmaisee kommentillaan, ettei isän sairastuminen sinänsä merkitse, että täytyisi ottaa lopputili. Näin hän hakee asiakkaan ajatusta siitä, miten juuri hän koki isän sairastumisen ja siihen liittyen töiden lopettamisen.

3.230-231

T: Mm-m. (.) Tota minkä vuoksi sää ajattelet, että sun on täytyny yksin kantaa näitä asioita, (.) onko se vaimo ollut niinku konkreettisesti niin kauan, (.) siis pois,

Esimerkki liittyy jo edellä esille tulleeseen raha-asioiden käsittelyyn. Työntekijä hakee vieläkin asiakkaan näkemystä. Hän kuitenkin rajaa hieman asiakkaan liikkuma-aluetta antamalla jo valmiiksi yhden vastausvaihtoehdon: vaimon konkreettisen poissaolon.

Seuraavassa esimerkissä asiakas rakentaa itselleen kykenemättömän ihmisen identiteettiä, mutta työntekijä ei lähde siihen mukaan:

3.968-974.

A: Toi oli kans sitten yks semmonen asiat että kun mä en pysty nyt enää oppimaan tietokoneohjelmaa, (.) mä ennen opin niin, (.) niin mä menin tonne töihin niin ei helevetti,

T: Mm, (1) oliko se erilainen ohjelma sitte,

A: Joo, (.) siel on omat ohjelmat, (.) kyllähän nyt tommosen ihmisen tekemän oppii kahessa päivässä,

T: Mm mistä sää aattelit että se kertoo sitte,

Vallitsevan diagnostisen käytännön mukaisesti työntekijä olisi voinut liittää oppimisvaikeuden yhdeksi masennuksen oireeksi (esimerkiksi keskittymiskyvyn puutteeksi). Sen sijaan hän haluaa tietää, mikä merkitys "oireella" (oppimisvaikeudella) on asiakkaalle itselleen: "mistä sää aattelit että se kertoo sitte". Oppimisvaikeutta ei nyt luetakaan merkkinä jostain objektiivisesti olemassaolevasta häiriöstä kuten masennuksesta, vaan sille haetaan merkitystä asiakkaan omasta kokemuksesta käsin.

"Oot kuitenkin niitten asioiden kanssa pärjänny" - Asiakkaalla on kompetenssia

Asiakkaan kompetenssin korostaminen vastaanotolla on aineistossani sangen harvinaista. Yleensä asiakas konstruoidaan ongelmaiseksi ja avun tarvitsijaksi. Voi olla, että kompetenssinäkökulma nousee esille myöhemmissä keskusteluissa, kun taas ensimmäisellä vastaanotokerralla keskeistä on diagnosointi ja jatkon suunnittelu. Onko myös niin, että koska asiakas on hakeutunut mielenterveystoimistoon hakemaan apua, hänen kompetensinsa korostaminen tässä tilanteessa tuntuisi hänen tuntemansa hädän ja avuntarpeen vähättelyltä? Toisaalta voi kysyä, voisiko kompetenssin korostaminen luoda onnistuneen pohjan lähteä työstämään asiakkaan ongelmia ja huolia?

Aineistossani kompetenssia korostavissa työntekijän kommenteissa on samoja piirteitä kuin edellä esittelemissäni asiakkaan kokemusta hakevissa sekä varovasti kyseenalaistavissa kommenteissa. Asioita ei oleteta itsestäänselvinä huonoiksi, vaan ne voivat saada monia merkityksiä, myös positiivisia määreitä.

3.205-207

T: ...että kuitenkin oot, (1) tavallaan, (.) tohon työpaikkojen määräaikaasuuteen ja semmoseen niin sä oot kuitenkin niitten asioiden kanssa pärjänny.

Näytettä edeltävässä puheessa asiakas on kertonut monista työsuhteistaan. Työntekijä tarjoaa käsityksen, jonka mukaan ihminen ei välttämättä sopeudu moniin eri työpaikkoihin. Näin ollen asiakas määrittyy positiivisesti, koska hän on pärjännyt usein vaihtuvien työtehtävien kanssa.

4.384-385

T: No sää sitte kuitenkin sait sinniteltä kahen pienen lapsen kanssa.

Asiakas on ennen näytettä puhunut vaikeuksistaan lastenkasvatuksessa ja läheisen kuolemaan liittyvästä surustaan. Työntekijä ei kuitenkaan lähde rakentamaan näistä asiakkaalle ongelmasta identiteettiä vaan korostaa asiakkaan vahvaa puolta, joka on pärjännyt näiden vaikeuksien kanssa. Keskustelusta voi rakentaa positiokombinaation *ongelmainen asiakas - kannustava työntekijä*, jossa asiakas konstruoi itsensä ongelmalliseksi työntekijän korostaessa asiakkaan pystyvyyttä.

Työntekijän "kuitenkin" -sanran runsas käyttö rakentaa käsitystä, että asiat eivät ole olleet "hyvin" tai "normaalisti". Koska asiakas on "**kuitenkin** niitten asioitten kanssa pärjänny", rakentuu hänestä käsitys kykenevänä tai pystyvänä: poikkeuksellisista oloista huolimatta hän on selvinnyt. Myöhemmin tässä tutkielmassa tarkastelen enemmän sitä, mikä on se käsitys asioiden normaalitilasta, joka "kuitenkin" sanan taakse kätkeytyy ja jota edellä esitetyt esimerkkiläusumat myös rakentavat.

Seuraavassa lyhyessä esimerkissä työntekijä reagoi asiakkaan avun hakemiseen. Siinä työntekijä vahvistaa asiakkaan kompetenssia toteamalla, että asiakas on tehnyt oikein hakiessaan apua.

3.1057

T: Joo. (2) No se on ihan hyvä että, (1) läksit.

Korostamalla sitä, että asiakas on pystynyt lähtemään tai jaksanut lähteä hakemaan apua, voidaan tukea asiakkaan omaa kykyä vaikuttaa asioihin. Keino ei tietenkään toimi, kun asiakkaat tulevat lähetteellä mielenterveystoimistoon. Aineistossa kolmessa ensimmäisessä tapauksessa käytäntö oli vielä se, että asiakkaat hakeutuivat omasta aloitteestaan mielen-
terveystoimistoon.

Keskustelukäytännöissä rakentuvat normatiiviset käsitykset

Lääketieteen määrittelyvalta sairauteen ja terveyteen

Mielenterveystoimistossa työntekijät hallitsevat asiantuntijatiedon, jonka avulla heillä on mahdollisuus määritellä ongelma (ks. Foucault, 1972). Selkeimmin tämä näkyy lääketieteeseen nojaavassa diagnostisessa puheessa. Siinä ongelmasta (ko. tapauksissa masennuksesta) rakentuu käsitys luokiteltavissa olevana sairauteena, joka tunnustetaan tiettyjen oireiden perusteella. Työntekijän kommentit "Nää vähän tuntuu tommosilta **tyypillisiltä** masennusoireilta" ja "Masennukseenhan **usein** liittyy semmonen..." luovat kuvaa, että hän

on asiantuntija, joka suhteuttaa asiakkaalta saamaansa informaatiota aikaisempaan tietoonsa. Puhe on essentialisoivaa, masennus on jokin sinänsä olemassa oleva objekti.

Keskusteluissa rakentuu käsitys, että on olemassa luokat terve ja sairas, normaali ja epänormaali. Seuraavassa näytteessä tämä näkyy selvästi. Siinä lääkäri on mukana keskustelussa ja pyytää asiakasta kuvaamaan oloaan. Työntekijä tarkentaa:

2.923-925

T: Jos, (.) jos niinku vertaisit, (2) jonnekin semmoseen entiseen, (.) normaaliin itseesi, (.) ja normaaliin, (2) niinku mielialaan ja vointiin, (1) niin, (.) niin, (.) minkälainen,

Masentunut ihminen ei siis ole "**normaali** itsensä". Lausumasta "jos niinku vertaisit jonnekin semmoseen entiseen, normaaliin itseesi" muodostuu käsitys, että masennus on järkyttänyt jotain "normaalialaa", pysyvää ja olemuksellista persoonaa. Käsitys on vastakkainen konstruktionistisille näkemyksille, joiden mukaan tällaista normaalia "itseä" ei ole olemassa vaan se tuotetaan kielen avulla (esim. Burr, 1995; Gergen, 1991).

Kun on saatu selville, että asiakkaalla on nyt todella jokin lääketieteellisesti diagnosoitavissa oleva sairaus, se ei vielä riitä, vaan sen jälkeen keskitytään tarkentamaan kuvaa. Seuraavassa esimerkissä työntekijä luonnehtii lääkärille (asiakkaan ollessa paikalla) vaikeuttaan luokitella asiakkaan ongelma:

2.901-905

T: Ja tota, (4) sanoin hänelle äsken että minun oli niinkun tämän keskustelun perusteella vaikea arvioida hänen tilan-, (.) tilannettansa ja tämän masen-, (.) masennuksen niinkun vaikeusastetta,

Käyttäessään sanontaa "tämän masennuksen" työntekijä olettaa masennuksen jo olemassa-olevaksi. Nyt on enää ratkaistava masennuksen aste. Lopulta lääkäri ottaa määrittelyvallan asiakkaan ongelman suhteen ja toteaa:

2.1037

L: Kyl mun mielestä kannattaa lääkittää, (1) alottaa lääkitystä aina ehkä tämmönen, (2) keskivaikea masennustila,

Kuten jo aiemmin totesin, masennuksesta muodostuu diagnostisessa keskustelussa kuva yhtenä toimijana ja hoidosta toisena toimijana. Asiakkaan oma toimijuus minimoidaan kär-

jistetyimmin lääkekeskusteluissa, joissa avun ja helpotuksen tarjoavat mielialalääkkeet.

2.1056-1063

T: Joo, (.) no lääkehoidosta voit saada ainakin sellaisen hyödyn että, (2) se, (.) se vois antaa semmosta pitkäjänteisyyttä. (.) Että ehkä saisit energiaa hoitaa näitä elämän asioitasi paremmin kuntoon. (.) Siihen se vois auttaa. (.) Ja sitte se myös vois auttaa yöuneen, (1) saisit nukuttua kunnollisia, (.) niinku hyvänlaatuista yöunta, (.) joka tuo levon. (1) Ja se parantaa sitten myös kes, (.) sitä kautta paranee keskittymiskyky. (1) Et sellasta hyötyä siitä ainakin voi saada. (1) Kannattaa kokeilla.

Esimerkissä mielialalääkkeestä muodostuu kuva melkoisena ihmelääkkeenä. Asiakas itse ei voi tehdä tilanteelleen mitään muuta, kun kuuliaisesti syödä lääkettä. Työntekijä käyttää välillä lieventäviä sanontoja, kuten “ehkä saisit” ja “vois auttaa” mutta toteaa lopulta asiantuntija-asemastaan käsin suoraan, että “kannattaa kokeilla”.

Useimmiten työntekijä kysyy asiakkaan mielipidettä jatkohoidosta. Myös asiakkaan suhtautumista lääkehoitoon kysytään, mutta päätöksenteossa asiakkaan mielipidettä ei kuitenkaan paljoa kunnioiteta. Viime kädessä asiantuntija tietää, mikä on asiakkaalle hyväksi. Lopullisen päätöksen lääkehoidosta tekee lääkäri, mutta usein myös muut työntekijät suosittelevat asiakkalle jotain mielialalääkettä. Lääkehoidosta keskusteltaessa liikutaan vahvasti lääketieteellisessä diskurssissa, joka oletetaan vaihtoehdottomaksi ja itsestäänselvydeksi. Näin ollen asiakkaalle, jolta puuttuu lääketieteellinen asiantuntemus, ei jää juuri mahdollisuutta puuttua keskusteluun.

4.665-669

T: Onko sulla tähän masennukseen määrätty mitään lääkettä.

A: Ei.

T: No tässä kun mä su kuuntelen niin kyllä musta ihan tuntus että ehattomasti sää jonkinlaista lääkitystä tarvitsisit. (.) Ei sulla unilääkettäköön sitten oo,

Näyte on tapauksesta, jossa asiakas on tullut mielenterveystoimistoon terveyskeskuslääkärin läheteellä. Asiakas on diagnosoitu depressiiviseksi jo läheteessä, ja työntekijä on hyväksynyt sen lähtökohdaksi heti keskustelun alusta. Hän on yllätynyt, ettei asiakkaalle ole vielä määrätty mitään lääkettä. Koska työntekijä suhtautuu depression itsestäänselvytenä, hän uskaltaa myös todeta, että asiakas **ehdottomasti** tarvitsee mielialalääkitystä.

Keskustelu mielialalääkkeistä voidaan aloittaa myös puheella taloudellisesta tilanteesta. Siitä saadaan aasinsilta, jonka kautta päästään lääkkeisiin.

2.1006-1039

L: Millanen sun taloudellinen tilanne on, (.) onks sulla varaa hankkia niitä lääkkeitä jos sitten, ((asiakas kertoo huonosta taloudellisesta tilanteestaan, tekstiä jätetty pois))

L: Mää aattelin että voitais tietenkä sillälaila että meillä on jotain, (.) lääkenäytteitä antaa alkuun niin, (.) toi, (.) () niin sillä pääsis alkuun.

T: Mm-m,

A: Entäs alun jälkeen, (.) paljonko ne sitten maksaa ja kuinka minkä pitunen tämä kuuri on,

L: Mm, (.) no tota noin, (1) se on pitkä se kuuri, (.) et sitähän täytyy alottaa käyttää sitten, (.) vielä sen jälkeen kun tuntee olonsa normaaliksi, (.) neljästä kuuteen kuukauteen,

A: Ja se maksaa sitten kuinka paljon ((tekstiä pois, keskustelua hinnoista))

L: Selvä, (.) Mää käyn kattomassa siellä on ainakin mulla semmosta kuin Seromex joka on aika edullinen fluoksetiini niin, (.) se voi olla, (.) se vois olla semmonen.

T: Joo, (.) joo,

A: Olet siis sitä mieltä että minua on lääkittävä,

L: Kyl mun mielestä kannattaa lääkittää, (1) alottaa lääkitystä aina ehkä tämmönen, (2) keskivaikea masennustila,

T: Nii-in,

Keskustelusta näkyy jälleen käsitys masennuksesta sairautena. Lääke tarjoaa hoidon, jonka avulla lopulta "tuntee olonsa normaaliksi". Lääkärin vahva lääketieteellinen asiantuntemus korostuu mm. hänen käyttäessään alan sanastoa. Kertomalla, että "Seromex on edullinen fluoksetiini" lääkäri rakentaa enemmän omaa asiantuntijaidentiteettiään kuin informoi asiakasta. Hän oikeuttaa lääkehoidon tarpeen diagnosoimalla asiakkaan ongelman "keskivaikeaksi masennustilaksi". Toinen työntekijä vahvistaa myötäilemällä lääkärin sanomisia.

Yksinkertaistaen diagnostisen keskustelun malli on siis seuraava: Työntekijä tulkitsee asiakkaan puheen lääketieteellisestä diskurssista käsin. Siinä asiakkaan kertomat ongelmat ovat oireita jostain objektiivisesti olemassaolevasta mielenterveyden häiriöstä. Mielestäni lääketieteellinen diskurssi toimii mielenterveystoimistossa Jokisen ja Juhilan (1993) määrittelemän hegemonisen diskurssin tavoin: moninaisuus, asioiden kompleksisuus ja ristiriitaisuus ovat väistyneet yksinkertaistamisen tieltä. Mielenterveysongelmien määrittelyn sosiaalinen alkuperä on hämärtynyt, ja ongelmat näyttävät itsestäänselvyyksiltä. Samoin kuin Jaatisen (1995, 1996) tutkimusten mukaan a-klinikoiden sosiaaliterapiassa myös mielenterveystoimistossa keskustelija hallitsee selittäminen ja asioiden pakonomainen ratkaiseminen.

Käsitykset normaalista ja hyvästä elämästä - Normatiivisuuden rakentuminen pohjustus- ja ongelmakeskustelussa

Diagnostisessa keskustelussa asiakkaalle rakentuu lähes keinottoman uhrin identiteetti. Hän on jotain normaalista ja terveestä poikkeavaa. Mielenterveystoimiston keskustelu ei kuitenkaan toteudu koko ajan lääketieteellisestä diagnostisesta diskurssista käsin. Kuten aiemmin olen todennut, asiakkaalle rakentuu helposti muussakin keskustelussa ongelmainen, normaalista poikkeavan identiteetti. Kun aineksia siihen ei saada diagnostisesta keskustelusta (asiakkaan ongelmat eivät sovi "masennuksen oireisiin"), otetaan rakennusaineet pohjustuskeskustelusta. Kun pohjustuskeskustelussa asiakas määrittelee itsensä tai työntekijä määrittelee asiakkaan jollakin tavoin poikkeavaksi ja ongelmalliseksi, keskustelu muuttuu ongelmakeskusteluksi. Lääketieteellisessä diskurssissa määritellään ongelmalliseksi masennus, joka ilmenee tiettyinä oireina. Sellainen masennus kuuluu luokkaan "sairaus". Entä miten pohjustus- ja ongelmakeskustelussa määritellään se, mikä on hyvää ja mikä huonoa, mikä normaalia ja mikä epänormaalia?

Tarkastellessani työntekijän kommentteja ja ongelmapuheen muodostumista olen todennut, että ainakin perhe, työ ja ystävät ovat asioita, joista puhuttaessa rakennetaan käsityksiä hyvästä ja ongelmallisesta. Paikoin keskustelua hallitsee eräänlainen kehityspsykologinen diskurssi, joka sisältää käsitykset siitä, mitä ihmisen elämän missäkin vaiheessa yleensä kuuluu tapahtua.

Seuraavassa esimerkissä asiakas on pohtinut, mikä voisi auttaa hänen tilannettaan, ja todennut, että lapset ovat hänen elämässään ratkaiseva tekijä. Tähän työntekijä kommentoi:

3.405

T: Joo. °Joo°. Ehän ne tietenkään voi, (.) vanhempiaan hirveesti ruveta hoitamaan.

Työntekijä luo normin, jonka mukaan lapset eivät voi hoitaa vanhempiaan. Tästä ei lähdetä ongelmapuheeseen, koska asiakas kiistää heti perään, ettei näin ole tapahtunut. Ilman asiakkaan kiistävää kommenttia olisi ollut mahdollista, että hän olisi määrittynyt normista poikkeavaksi vanhemmaksi.

Seuraavissa esimerkeissä työntekijän lyhyet kommentit kertovat, että asiakkaan elämässä tietyt tapahtumat ovat tapahtuneet jos nyt eivät yleisten normien vastaisesti niin ainakin niistä poikkeavasti.

4.65-67

T: Minkäs ikänen, (.) ikäsenä sää oot kotoa lähteny,

A: Neljätoistavuotiaana.

T: Eli tosi nuorena oot sitte lähteny jo,

4.308-310

T: joo, (6) paljonko sää olit sillon, ((lapsen syntyessä))

A: Seitsemäntoista.

T: Et sää oot ollu niin nuori,

4.416-420

T: Minkäs ikänen Matti ((as. poika)) nyt on.

A: Se on kuuskymmentäviis syntyny, (.) elikkä se on kolomekymmentä, (.) kaksi.

T: Joo, (2) ikä-, (.) ikääkin olis jo sen verran että rupeis jo, (.) niinku rauhottumaan iän puolesta vähän,

Työntekijän kommenteista muodostuu käsitys, että lapsuudenkodista ei yleensä lähdetä neljätoistavuotiaana, 17-vuotias on harvinaisen nuori äiti ja yli 30-vuotiaan pojan kuuluisi jo rauhottua. Käsitykset elämäntilanteeseen kuuluvista asioista rakentuvat myös työryhmäkeskustelussa, jossa työntekijä kertoo muille ryhmän jäsenille:

T4.34-39

T: ...ja sit siin kävi sillä tavalla että ku hän oli seitsemäntoistavuotias niin hän sai ensimmäisen lapsensa. (1) Ja, (.) siit ei niin kauheesti sillonkaan juteltu et se oli joku, (.) semmonen mies jonka kans hän ei ilmeisesti ees seurustellu kai, (.) et hän vaan sai lapsen,

Sen lisäksi, että seitsemäntoistavuotias on poikkeavan nuori äiti, kuuluu normaalikäytännöön, että äiti on parisuhteessa. Nyt kun "siin kävi sillätavalla", että asiakas ei "ees" seurustellut vaan hän sai "**vaan**" lapsen, rakentuu hänen identiteetistään normista poikkeava, ongelmallinen.

Tiettyjen kehityspsykologisten näkemysten lisäksi keskusteluissa rakentuu myös kuva työstä ja ystävistä ihmisen elämään tärkeinä kuuluvina asioina. Pohjustuskeskustelussa kerätään tarkkaan tiedot siitä, millaista työtä asiakas on milloinkin tehnyt. Seuraavassa esimerkissä asiakas kertoo tehneensä monia töitä ja olleensa useaan kertaan määräaikaisilla työsopimuksilla.

1.174-176

A: mulla että, (.) oon onnekas siinä mielessä saanu olla kuitenkin,

T: Mutta vähän semmosta risasta,

Asiakas rakentaa elämästään positiivista kuvaa, koska on saanut tehdä töitä. Työntekijän aloitus "mutta" -sanalla kertoo kuitenkin, ettei hänen mielestään määräaikaisilla työsopimuksilla olo ole ihan hyvää, vaan "risasta". Esimerkki, jonka esittelin asiakkaan kompetenssia painottavan puheen yhteydessä, rakentaa samaa kuvaa. Siinä työntekijä ihmettelee, miten asiakas on pärjännyt määräaikaisten työpaikkojen kanssa. Normista "vakituinen työ on hyvä" ja "määräaikainen työ on huono" voidaan edetä kahteen suuntaan. Asiakkaalle voidaan rakentaa ongelmallista kuvaa, jos korostetaan, että hän ei ole saanut vakituista työtä. Voidaan myös edetä asiakkaan pystyvyyttä korostavaan suuntaan, jos painotetaan sitä, että asiakas on pärjännyt monissa työpaikoissa ja määräaikaisilla työsopimuksilla.

Työn lisäksi ystävät ovat tärkeitä esimerkikeskusteluissa. Työntekijä kysyy asiakkaan ihmissuhteista ja pitää ongelmallisena, jos asiakkaalla ei ole ystäviä. Toisista ihmisistä, perheestä ja seurasta pitäisi ilman muuta nauttia.

4.430-437

T: Ootsä ollu lapsenlapses, (.) kanssa missään tekemisissä.

A: No en enää, (2) ainakaan viiteen vuoteen, (1) ei ne oo ottanu yhteyttä vaikka minä otin yhteen aikaan niihin mutta ei minkäänlaista, (.) °(mää sanon että ei se kannata)° ((kuiskaten))

T: Aikamoinen suru, (.) suru isoäidille kun ei saa niinku lastenlastaan,

4.576-587

T: Mites sulla, (.) onko sulla, (.) mitään ystäviä,

(4)

A: Toinen poika käy aina joskus sillon tällön, (1) kahtomassa, (.) mutta ei,

(5)

T: Mm-m. (2) Onks sulla, (.) yksinäistä nytte kovasti,

A: No (.)

T: Mm. Ja se häiritsee sitten, (.) kans sitten varmaan sitä olemista vähän,

A: No, (.) en minä nyt sitä tiiä, (1) siihen on tottunu jo siihen yksinäisyyteen.

Muita esimerkejä ystävien puutteen ongelmallisuudesta olen esittänyt aiemmin ongelmakeskustelua ja ongelmaisen identiteettiä käsitellessäni.

Siinä missä diagnostisen keskustelun tuottama lääketieteellinen diskurssi on selkeästi näkyvissä, ainakin itselleni tuotti vaikeuksia hahmottaa niitä hegemonisia käytäntöjä ja käsityksiä, joita mielenterveystoimiston muussa keskustelussa tuotetaan. Käsitukset

"normaalista" ja "hyvästä" elämästä ovat niin tiukasti kiinni kulttuurissamme, että niiden kielellinen alkuperä on vaikea tunnistaa. Näiden käsitysten pohjalta lähdetään kuitenkin monessa tapauksessa rakentamaan asiakkaalle ongelmaisen ja normista poikkeavan potilaan identiteettiä. Työntekijällä on mielessään itsestäänselvänä tietty käsitys, johon asiakkaan materiaali suhteutetaan. Puheellaan hän tuottaa ja vahvistaa tätä käsitystä.

Vaihtoehtoinen keskustelu ja merkitysten moninaisuuden huomioiminen

Diagnostinen keskustelu korostaa asiantuntijan tietoa ja valtaa, koska siinä hallitseva diskurssi on lääketieteellinen. Näin ollen asiakas määrittyy maallikoksi, jolla ei ole tarvittavaa tietoa. Pohjustus- ja ongelmakeskusteluissa rakentuva jako normaaliin ja epänormaaliin ei perustu lääketieteeseen, vaan pitkälti kulttuurisiin ja yhteisesti jaettuihin normeihin, joten myös asiakas osallistuu ongelmanmäärittelyihin. Toisaalta näidenkin keskusteluiden aiheissa, kuten perheessä, työssä ja ihmissuhteissa, työntekijällä on koulutukseensa ja kokemukseensa ihmissuhdetyöntekijänä perustuvaa määrittelyvaltaa. Ongelmapuheessa työntekijä suhteuttaa asiakkaan tuottaman materiaalin johonkin normaalista poikkeavaan kategoriaan ja vahvistaa asiakkaan ongelmaiseksi määrittymistä puheella, joka kertoo normaalin ja epänormaalin rajat. Hegemoninen diskurssi on siis ongelmakeskustelussa jokin joko työntekijän koulutukseen tai kulttuuriin ja yhteiskuntaan yleensä sisältyvä käsitys normaalista ja hyvästä elämästä. Miten aiemmin esittelemässäni mielenterveystoimiston vaihtoehtoisessa keskustelutavassa tuotetut merkitykset eroavat vallitsevista käsityksistä?

Tarkastelen joitakin jo aiemmin esittelemiäni esimerkkejä uudelleen. Asiakas on kertonut taloudellisista vaikeuksistaan ja yrityksestään salata niitä vaimoltaan sekä ottamastaan lopputilistä isänsä sairastuessa.

3.103-105

T: ...onks teillä koko liiton ajan ollu semmonen et sää oot niinku hoitanu raha-asiat, (.) tai vastuun tämmösistä asioista kuitenkin,

3.155-158

T: No mikä miksi otit lopputilin, (.) sanoit että isä sairastu syöpään,

A: Joo se oli siinä se syy.

T: Joo, (I) miten se liittyy siihen lopputiliin,

3.230-231

T: Mm-m, (.) tota minkä vuoksi sää ajattelet, (.) että sun on täytyny yksin kantaa näitä asioita...

Asiakas on aiemmin käyttänyt puhunutta, jota voi nimittää esimerkiksi vastuullisuusdiskurssiksi. Siinä luodaan käsitystä, jonka mukaan raha-asiat kuuluvat miehelle ja pojalla on vastuu isästään. Työntekijä kyseenalaistaa tätä vallitsevaa käsitystä kuitenkin tarjoamatta omaa käsitystään tilalle. Hän ei "kerro", miten asiat "normaalisti" ovat, jolloin asiakas määrittäisi normaalia poikkeavaksi. Kun työntekijä kuitenkin varovasti kysenalaistaa asiakkaan näkemyksen, rakentuu käsitys, jonka mukaan asiakkaan ajatustapa ei ole ainoa mahdollinen. Koska työntekijä ei tarjoa tilalle omaa käsitystään, asiakas joutuu työskentelemään itse. Otan tarkennukseksi vielä näytteen, joka sekkin on esitelty jo aiemmin:

3.968-974

A: Toi oli kans sitte yks semmonen asia että kun mä en pystynyt enää oppimaan tietokoneohjelmaa, (.) mä ennen opin niin, (.) niin mä menin tonne töihin niin ei helevetti,

T: Mm, (I) oliks se erilainen ohjelma sitte,

A: Joo, (.) siel on omat ohjelmat, (.) kyllähän nyt tommosen ihmisen tekemän oppii kahessa päivässä,

T: Mm mistä sää aattelit että se kertoo sitte,

Diagnostisessa puheessa työntekijä olisi tulkinnut asiakkaan materiaalin lääketieteellisestä diskurssista käsin esimerkiksi masennuksen oireeksi. Esimerkissä työntekijä ei kuitenkaan suhteuta asiakkaan tekstiä valmiiseen kehykseen vaan yrittää selvittää, mikä merkitys ongelmalla on asiakkaan elämässä. Näin asiakas joutuu itse työskentelemään ja määrittäytyä aktiivisempänä, kuin jos työntekijä yksioikoisesti määrittäisi hänen ongelmansa oireeksi jostain asiantuntijan tunnistamasta sairaudesta.

Välillä vaihtoehtoisessakin keskustelussa rakennetaan normaalin ja epänormaalin rajoja. Kuten jo aiemmin olen todennut, esimerkiksi työntekijän runsas kuitenkin-sanon käyttö asiakkaan kompetenssia korostavassa puheessa luo käsitystä norminvastaisesta tilanteesta. Kun asiakas on **kuitenkin** pärjännyt, eivät asiat ole olleet niinkuin niiden kuuluisi olla.

POHDINTA

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata mielenterveystoimiston vastaanotolla käytävää keskustelua sekä sitä, miten asiakkuus, asiantuntijuus ja ns. mielenterveysongelmat mielenterveystoimiston kielellisissä käytännöissä konstruoidaan. Olen analyysissäni osoittanut, että hallitseva keskustelukäytäntö mielenterveystoimistossa on työntekijäkeskeinen. Työntekijä ohjaa keskustelua ja aihevalintoja. Hän toimii asiantuntijana, jolla on mahdollisuus määrittellä ongelma. Ongelmanmäärittelyssä korostuu lääketieteellinen diskurssi, josta seuraa, että asiakkaan identiteetiksi muodostuu autettavan uhrin identiteetti. Asiakkaan ongelma pyritään sijoittamaan johonkin lääketieteelliseen mielenterveysongelmat -kategoriaan. Mikäli tämä ei onnistu, asiakas konstruoidaan usein jollain muulla elämänalueella poikkeavaksi ja/tai ongelmaiseksi. Keskustelu liikkuu ulkoisessa todellisuudessa, näkyvissä ja laskettavissa olevissa oireissa. Asiakkaan subjektiivinen kokemus ja hänen oma ongelmanmäärittelynsä otetaan huomioon vain harvoin. Ongelmäkäsitykset ovat essentialisoivia ja objektivioivia. Ongelma/häiriö on jotain sinänsä olemassaolevaa, toimijoista riippumatonta.

Keskustelukäytännöissä rakennetaan käsityksiä terveestä ja sairaasta, normaalista ja epänormaalista, hyvästä ja huonosta. Masennus on sairaus, joka on epänormaalia. Tietyt asiat (kuten ydinperhe, työnteke ja ystävyysuhteet) mielletään itsestään selvinä hyviksi ja normaaleiksi ja näiden puute tai kykenemättömyys nauttia näistä ongelmallisiksi ja normin vastaisiksi.

Riikosen (1992) mukaan nykyinen psykiatrinen luokitusjärjestelmä pohjautuu objektivistiseen ongelmakäsitykseen. Häiriöiden olemassaolon ja luonteen ei ajatella riippuvan tarkastelijasta, hänen jäsennyksistään ja ongelmia koskevasta keskustelusta. Riikosen mielestä toiminnan kohdetta objektivioivat mallit mahdollistavat ja helpottavat tiettyjen ammattikäytäntöjen toteuttamista lisäämällä asiakkaan ongelman ja työntekijän välistä etäisyyttä. Näin työntekijän ei tarvitse ajatella itse osallistuvansa asiakkaan ongelman luomiseen tai ylläpitämiseen. Riikonen huomauttaa, että psykiatriset luokitusjärjestelmät ovat puhtaasti asiantuntijakeskeisiä ja siten ne vähättelevät asiakkaan oman toiminnan merkitystä ja kompetenssia. Aineistoni perusteella näyttääkin siltä, että asiakkaan toimijuutta ei ainakaan korosteta mielenterveystoimistossa. Vastaanoton alussa asiakas on vielä

aktiivinen avunhakija, kolmessa tapauksessahan asiakas oli itse hakeutunut mielenterveys-toimistoon. Mutta mikäli asiakas saadaan luokitelluksi "masennus" -kategoriaan, on hän vastaanotolta lähtiessään lähinnä passiivinen hoidon vastaanottaja. Kun masennus rinnastetaan sairauteen, on asiakkaan mahdollisuus vain luottaa asiantuntijoiden taholta tulevaan apuun.

Mielenterveystoimiston työntekijä toimii Pirttilän (1997) määrittelemän diagnostikon toimintaroolin tapaan. Diagnostikolla Pirttilä tarkoittaa "kaikkia niitä asiantuntijoita, jotka valmiin ja standardoidun luokitusjärjestelmän avulla esittävät korjaustoimenpiteitä esillä oleviin ongelmiin" (1997, 74). Diagnoosi on ongelman tunnistamista tiedon perusteella. Pirttilän mukaan diagnoosi on kolmivaiheinen prosessi: ensin tehdään alkuhavainnot, seuraavaksi havaittu materiaali luokitellaan valmiiseen käsitejärjestelmään eli "tehdään diagnoosi" ja kolmanneksi päätetään ratkaisutoimenpiteistä. Mielenterveystoimistossa alkuhavainnot tehdään keräämällä tietoa "oireista". Kun saadaan kootuksi tietyt oireet (esim. ruokahaluttomuus, unettomuus, keskittymiskyky), ne sijoitetaan tiettyyn (tässä tapauksessa masennus-) kategoriaan. Diagnosoinnin perusteella suunnitellaan jatkohoitoa.

Parker ym. (1995) huomauttavat, että psykiatrian diagnostisissa käytännöissä korostuu "häiriön" muoto eikä sen sisältö. Kirjoittajien mukaan tämä johtuu lääketieteellisestä paradigmatista, jossa etsitään yleisiä sääntöjä. Samantapaisia tutkimustuloksia on saatu myös alkoholiongelman sosiaaliterapeuttisesta hoidosta (Jaatinen, 1995, 1996). Jaatisen mukaan sosiaaliterapiassa on hallitsevana ulkoistava puhetapa, joka kuljettaa keskustelua näkyvään maailmaan. Vaikka asiakas puhuisi omista tunteistaan ja kokemuksistaan, työntekijä palauttaa keskustelun ulkoiseen todellisuuteen. Esiin otettavista asioista tulee asiakkaalle irrallisia. "Terapeutin kysymykset saavat keskustelun kuulostamaan tiedonkeruulta ja toisi-naan myös kuulustelulta. Tiedonkeruun yksityiskohtaisuus ja tarkkuus kuulostaa välillä siltä, kuin ongelmat ja asiat haluttaisiin saada (paperilla) ratkottavaksi yhtälöksi" (Jaatinen, 1996, 139-140). Näyttää siltä, että samoin kuin alkoholismin myös masennuksen tunnistamisessa asiakkaan kokemusta tärkeämmäksi nousevat ulkoiset kriteerit.

Konttinen (1997) määrittelee professiot ammattikunniksi, joiden edustajat soveltavat yleisön palveluun erikoistunutta tieteellistä tietoa. Asiantuntijatiedon käyttö auttamistyössä on kuitenkin monimutkainen kysymys. Jaatinen (1996) toteaa, että keskeisimpiä ongelmia auttamistyössä on asiakaslähtöisyyden yhdistäminen asiantuntijatietouteen. On myös

esitetty, että asiantuntijoiden rooli tulee muuttumaan (Konttinen, 1997; Launis, 1997), kun perinteiset modernit professiot ja professionalismismi kohtaavat ns. myöhäismodernissa yhteiskunnassa uusia haasteita. Konttisen (1997) mukaan uuden asiantuntijuuden pitää suuntautua kohteeseensa kokonaisvaltaisemmin, kapea-alainen erikoistuminen ei enää riitä. Myös Launis (1997) uskoo, että jatkossa asiantuntijatyöltä edellytetään ratkaisuja, jotka eivät sijoitu perinteisen, pääosin tieteenalakohtaisen asiantuntemuksen piiriin.

Jokinen (1995) puhuu uudenlaisesta asiantuntijuuden jäsentämisestä. Auttamisen asiantuntija voisi "totuuden" tietäjän sijasta olla keskustelija ja keskustelun ylläpitäjä (Anderson & Goolishian, 1988; Jokinen, 1995), Anderson ja Goolishian (1992) korostavat terapeutin "ei-tietävää" asemaa (position of not-knowing), jossa aikaisemmat kokemukset ja teoreettiset totuudet eivät rajoittaisi terapeutista ymmärrystä ja tulkintaa. Jokinen (1995) korostaa keskustelua ylläpitävän ja omia puhekäytäntöjään refleктоivan työntekijän taitoa kunnioittaa asiakasta ja antaa hänelle tilaa omassa asiassaan. Valtasuhteista vapaata keskustelua tuskin voi olla olemassakaan. Olennaista onkin se, miten vallankäyttö realisoituu keskusteluissa. Jaatinen (1996) kysyy, mitä tapahtuisi, jos auttamiskeskusteluissa lähdetäisiin liikkeelle asiakkaan kokemuksista ja luovuttaisiin selittämisestä ja asioiden pakonomaisesta ratkaisemisesta. Hän uskoo, että tällöin jouduttaisiin muuttamaan nykyisiä asiantuntijakäytäntöjä. "Tämä tarkoittaisi myös tiedonkäytön, tietämisen ja auttamisen suhteiden uudelleen arviointia" (1996, 244).

Lähestymistapaani tässä tutkielmassa voi luonnehtia diskursiiviseksi ja konstruktionistiseksi. Olen tarkastellut kieltä siltä pohjalta, miten se rakentaa todellisuutta. Mielen terveystyön käytännössä ei oteta huomioon todellisuuden rakentumista kielen avulla. Mielen terveystoimiston keskusteluissa rakentuu ja elää käsitys mielen terveyden häiriöistä kielestä riippumattomina olioina. Häiriö tai ongelma on ikään kuin jotain kielen "tuolla puolen" olevaa, mitä kieli vain heijastaa. Konstruktionistisesti ajateltuna kuitenkin "oire" on jotain sosiaalisissa suhteissa ja kielellisesti määriteltyä. Gergenin (1991) mukaan psykologian käsitteillä on suuri merkitys sille, miten ihmiset kuvaavat itseään ja miten he ymmärtävät omaa toimintaansa. Kieli ei ole väline ilmaista ajatuksia ja tunteita, vaan se mahdollistaa ajatukset ja tunteet (Burr, 1995). Maailma rakentuu keskusteluissa ja teksteissä.

Diskursiivisesti ajatellen esimerkiksi terapeutista keskustelua ei mielletä välineeksi,

joka mahdollistaa asiakkaan muutoksen, vaan se on pikemminkin väliaine, jossa muutos tapahtuu (Wahlström, 1992). Andersonin ja Goolishianin (1988) mukaan terapeutin muutos tapahtuu kielellisellä tasolla. Voidaan ajatella, että ihmisillä, jotka hakeutuvat mielenterveystoimistoon, on jokin asia saanut ongelman merkityksen. Parhaimmassa tapauksessa auttamiskeskusteluissa synnytetään uusia merkityksiä, jolloin ongelmaksi määritelty asia menettää merkityksensä ongelmana. Haarakangas (1997) on tutkiessaan psykiatrisia hoitokokouksia todennut, että "keskustelujen terapeutisuutta voidaan edistää sellaisella kielellisellä kehityksellä, jossa psykiatriseksi ongelmaksi määritelty asia voi saada uusia määrittelyjä, joilla ei ole enää psykiatrisen ongelman merkitystä" (1997, 106). Haarakankaan mukaan tämä edellyttää sitä, että työntekijät voivat irtautua keskustelua edeltävistä merkityssysteemeistään ja olla avoinna keskustelussa tuleville uusille merkityksille. Mikään ääni ei saisi muodostua hallitsevaksi.

Oman tutkielmani perusteella mielenterveystoimiston kielellinen käytäntö ei vastaa edellä määriteltyjä käsityksiä terapeutin keskustelun moniäänisyydestä ja merkitysten muuttumisesta. Vaikka ensimmäistä vastaanotokertaa tuskin voidaan verrata psykoterapiaan ja sen muutosprosessiin, kysymykseksi jää, minkälaisen mahdollisuuden muutokseen ensimmäinen mielenterveystoimistokeskustelu tarjoaa. Jokaisella puheteolla työntekijä voi rakentaa asiakkaalle yhtä hyvin mahdollisuuksia lisääviä kuin niitä poissulkeviakin identiteettejä (Jokinen, 1996; Riikonen, 1992). Toisaalta diagnostinen käytäntö, jossa tieto suhteutetaan yleistettyyn kategoriaan, voi toimia myös lähtökohtana uusien merkitysten luomiselle. Wahlström (1992) on todennut, että perheterapiassa työryhmän keskinäiset keskustelut lähtevät yleensä liikkeelle diagnosoivasta diskurssista. Työryhmä keskustelee oireesta yleisistä kategorioista käsin. Merkitys rakentuu lähinnä siitä, miten havainnot suhteutetaan jo olemassa olevaan ennakkokäsitykseen. Wahlströmin mukaan työryhmä pyrkii näin olemassa olevilla käsitteillä ymmärtämään istunnossa esille tuotua ja pääsemään kiinni jonkin tarinan avaamiseen. Samalla tavalla mielenterveystoimiston työntekijäkin asiakassuhteen alussa pyrkii suhteuttamaan asiakkaan materiaalia omiin käsitteisiinsä. Wahlström toteaa kuitenkin, ettei diagnostinen tieto ole terapeutisesti riittävä, koska se ei anna mitään välineitä, joilla päästäisiin eteenpäin. Uuden merkityksen löytäminen edellyttää usein diagnosoivan diskurssin rajojen ylittämistä. Aineistoni ei tarjoa tietoa siitä, tapahtuuko mielenterveystoimiston keskusteluissa myöhemmin irtautumista diagnosoivasta,

kategorisoivasta puhekäytännöstä. Silti kysymykseksi jää, mitä mahdollisuuksia asiakkaalle rakentunut keinottoman uhrin identiteetti avaa muutokseen? Miten asioita lähdetään jatkossa ratkaisemaan, kun asiakkaan oma toimijuuden mahdollisuus on suljettu pois?

Ihmisellä on selittämisen, luokittelun ja hallinnan tarve. Tämä pätee varmasti myös mielenterveystoimistossa niin työntekijöihin kuin asiakkaisiin. Määrittelemällä ongelma esimerkiksi depressioksi se samalla otetaan haltuun. Mielenterveyspalvelujen tyytyväisyystutkimukset osoittavat, että suurin osa asiakkaista on tyytyväisiä hoitoonsa (esim. Korkeila, 1996, 1998, Ylihärstilä, Nordling, Sipilä & Kokkola, 1996). Suurin tyytymättömyys koskee informaation saantia: asiakkaat haluaisivat enemmän tietoa häiriöstään ja sen hoidosta (Korkeila, 1996, 1998; Psykiatrinen avohoito palvelujen käyttäjien näkökulmasta, 1993). Mielenterveyskäytäntöjen muuttuminen ei ole siis kiinni pelkästään työntekijöistä ja heidän toimintatavoistaan, sillä varmasti myös asiakkaiden toiveilla ja pyrkimyksillä on vaikutuksia keskustelukäytäntöihin. Kuten aikaisemmin olen todennut, toisinaan ongelma-keskustelussa asiakas alkaa vaikeuksiaan korostamalla itse rakentaa itsestään ongelmallista kuvaa. Kenties asiakas tällä hakee asiantuntijalta diagnoosia sekä varmistaa oikeutuksensa jatkohoitoon. Peräkylä (1996) huomauttaa, että usein myös asiakkaat tekevät oman osuutensa rakentaakseen sosiaalisen suhteen, jossa työntekijällä on auktoriteettia ja valtaa. Usein asiakkaat hakevat työntekijöiltä asiantuntemusta ja tietoa (Maynard, 1991).

Jos otetaan lähtökohdaksi kielen todellisuutta rakentava luonne, kielenkäytön tutkiminen on hyvin tärkeää. Kun kielellä tehdään jotain, sillä on aina myös seurauksia. Pitkällä aikavälillä seurauksien arviointi on paljolti arvailua, mutta silti tarpeellista. Mitä seurauksia on ollut ja on mielenterveysasioiden lääketieteellistämällä, kausaaliselitysten hakemisella ja luokittelulla?

Läketieteellistymisen historiallinen tarkastelu osoittaa, että ainakin yhteiskunta on joissain asioissa hyötynyt siitä. Mielenterveyshäiriön olemuksen määrittäminen yksilön ominaisuudeksi "vapauttaa" yhteiskunnan vastuusta. "Ongelmat" johtuvat yksilöstä eivätkä yhteiskunnasta (Parker ym., 1995). Psykiatrian lääketieteellistymisen palvelee lääketieteellisuuden tarkoituksiperäisyys (Parker ym., 1995; Puhakainen, 1998; Riikonen, 1992). Aiemmin olen jo pohtinut, mitä masennuksen konstruointi olemukselliseksi sairaudeksi voi aiheuttaa hoidon kannalta. Ongelma on myös eettinen: mitä tapahtuu ihmisen vastuullisuudelle ja

vapaudelle, jos hänet konstruoidaan biologiansa tai elämänhistoriansa uhriksi (ks. Puhakainen, 1998)?

Koska kaikilla lausumilla paitsi kuvataan myös tehdään jotain, myös tutkijan omilla lausumilla on merkitystä. Olen yrittänyt pitää mielessäni, että myös tämä tutkielma konstruoi todellisuutta. Varmasti myös itse olen tekstissäni uusintanut vanhoja kategorioita ja dikotomioita, olenhan sen sosiaalisen todellisuuden sisällä, jota tutkin (Wetherell & Potter, 1992). Dant (1991) huomauttaa, että tämäntyyppisessä tutkimuksessa sosiaalinen todellisuus on sekä analyysin kohde että tuote. Vaikka korostankin tässä tutkielmassa objektiivisuuden sijaan asioiden kielellistä luonnetta, otan väistämättä myös itse joitain asioita ja käsitteitä "luonnollisina". Näin tapahtuu mielestäni pakosta, jos ylipäänsä yrittää jotain tutkia. Kokonaan uutta kieltä on mahdoton käyttää (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993). Laitila ja Oranen (1994) puhuvat Gergenin seminaariin viitaten kieleen liittyvästä dekonstruktioista. Siihen sisältyy käsitys, että tekstit viittaavat vain itseensä tai toisiin teksteihin. Näin ollen todellisuus ei olisi lähestyttävissä kielen avulla, koska kaikki palautuisi vain kieleen. Välttyäkseen loputtomasta dekonstruktion kehästä tutkijan on Gergenin mukaan ankkuroitava itsensä joihinkin käsitteisiin (Laitila & Oranen, 1994).

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei voida käyttää perinteisiä reliabiliteetin ja validiteetin käsitteitä. Myöskään yleistettävyydestä ei voida puhua tilastollisessa merkityksessä, jos aineisto on pieni (Mäkelä, 1990). Kuten alussa jo totesin, diskurssianalyttisen tutkimuksen vahvuudet ovat muualla. Jo tutkimuksen hedelmällisyyttä voidaan pitää yhtenä sen onnistumisen kriteerinä. Diskurssianalyysia voidaan syyttää sen metodologisesta ja käsitteellisestä hämäryydestä, koska siitä on olemassa useita erilaisia suuntauksia ja sen käsitteitä käytetään monissa eri merkityksissä. Esimerkiksi lingvistisesti suuntautuneessa diskurssianalyysissa tekstiä analysoidaan systemaattisemmin kuin yhteiskuntatieteellisesti suuntautuneessa analyysissa. Välillä olen itse kaivannut parempaa lingvistiikan ja kielitieteen tuntemusta. Aika ajoin olen tuntenut, että analyysini nojaa systemaattisen metodin sijasta liikaa henkilökohtaiseen intuitioon. Kielitieteellisestä näkökulmasta käsin tekemäni diskurssianalyysi voikin tuntua jopa mielivaltaiselta. Toisaalta uskon, että kielestä voi saada paljon irti myös ilman systemaattista kielitieteellistä analyysia. Eskola ja Suoranta huomauttavat, että "laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen

tutkimusväline” (1996, 165). Mikäli jokin kohta lausumassa kiinnittää huomiota, on se mielestäni analysoinnin arvoinen. Rohkealla erilaisten lukutapojen ja analyysivaihtoehtojen kokeilulla voidaan tekstiin saada sellaisia näkökulmia, jotka kieliopillisessa analyysissä jäisivät huomiotta.

Diskurssianalyysi voi hämääntyä myös käsitteillään. Olen tutkielmassani pyrkinyt mahdollisuuksien mukaan välttämään turhan kompleksisia käsitteitä. Parker ym. (1995) huomauttavat, että teoreettisia käsitteitä ei tule yrittää pitää "puhtaina" ja "palvottuina", vaan niitä täytyy käyttää niin, että ne mahdollistavat vaihtoehtoisia ymmärtämistapoja ja käytäntöjä.

Olen tutkielmassani osoittanut, että mielenterveystoimiston käytäntö ensimmäisellä vastaanottokäynnillä voi olla hyvin asiantuntijakeskeistä ja keskusteluja hallitsee asioiden määrittely ja selittäminen. Jatkotutkimuksen aihe olisi tarkastella sitä, miten ongelmien käsittely seuraavilla vastaanotoilla tapahtuu ja miten keskustelijoiden asemat mahdollisesti muuttuvat.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. (1998). Sosiaalisen todellisuuden konstruointi. Teoksessa E. Saksala (toim.) Muutoksen sosiologia (s. 178-183). Helsinki: Yle-opetuspalvelut.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. Teoksessa S. McNamee & K.J. Gergen (toim.) *Therapy as social construction* (s.25-39). London: Sage .
- Barton, E. L. (1996). Negotiating expertise in discourses of disability. *Text*, 16 (3), 299- 322.
- Beck, U. (1995). Poliitiikan uudelleen keksiminen: kohti refleksiivisen modernisaation teoriaa. Teoksessa U. Beck, A. Giddens & S. Lash, *Nykyajan jäljillä: Refleksiivinen modernisaatio* (s.11-82). Tampere: Vastapaino.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1995). *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Braun, P., Kochansky, G, Shapiro, R., Greenberg, S., Gudeman, J. E., Johnson, S. & Shore, M. (1981). Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138, 736-749.
- Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization*. London: The C.V. Mosby Company.
- Dant, T. (1991). *Knowledge, ideology & discourse. A sociological perspective*. London: Routledge.
- Dean, C., Phillips, J., Gadd, E. M., Joseph, M. & England, S. (1993). Comparison of community based service for people with acute, severe psychiatric illness. *British Medical Journal*, 307, 473-476.

- Ehrnrooth, J. (1990). Intuitio ja analyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tukinta (s. 30-41). Helsinki: Gaudeamus.
- Eräsaari, R. (1997). Mistä asiantuntijuus on kotoisin? Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.), Muuttuva asiantuntijuus (s.62-72). Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1996) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13.
- Fairclough, N. (1992). Discourse and social change. Cambridge: Polity Press.
- Fisher, S. (1991). A Discourse of the social: medical talk/ power talk/ oppositional talk? *Discourse & Society*, 2 (2), 157-182.
- Foucault, M. (1972). The archaeology of knowledge. London: Tavistock.
- Gergen, K. (1991). The Saturated Self. Basic Books.
- Giddens, A. (1995). Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa. Teoksessa U. Beck, A. Giddens & S. Lash, Nykyajan jäljillä: refleksiivinen modernisaatio (s.83-152). Tampere: Vastapaino.
- Grossen, M. & Apotheloz, D. (1996). Communicating about communication in a therapeutic interview. *Journal of Language and social psychology*, 15 (2), 101-132.
- Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokouskeskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 130.
- Hakkarainen, A. (1989). Psykiatrisen potilasväestön muutokset: teoreettinen malli ja sen sovellukset Suomessa. Helsinki: Lääkintöhallituksen tutkimuksia 48.
- Ingleby, D. (1983). Mental Health and Social Order. Teoksessa S. Cohen & A. Scull (toim.), *Social Control and the State* (s.141-188). Oxford: Basil Blackwell.
- Illich, (1976). *Limits to medicine*. London: Penguin Books.
- Jaatinen, J. (1995). Alkoholiongelmien avoimuus ja sulkeutuneisuus. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & T. Pösö (toim.) *Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma* (s.99-126). Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.

- Jaatinen, J. (1996). *Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta*. Helsinki: STAKES, tutkimuksia 72.
- Jokinen, A. (1995). *Neuvottelu asiakkaan identiteeteistä*. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & T. Pösö (toim.), *Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma* (s. 127-154). Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.
- Jokinen, A. & Juhila, K. (1993). *Valtasuhteiden analysoiminen*. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen, *Diskurssianalyysin aakkoset* (s. 75-108). Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1993). *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino.
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeorgopoulou, V., Hallam, A., Fenyo, A., Marks, I. M., Connolly, J., Audini, B. & Muijen, M. (1994). *Service use and costs of home-based versus hospital based care for people with a serious mental illness*. *British Journal of Psychiatry*, 165, 195-203.
- Komitean mietintö (1984). *Mielenterveystyön komitean mietintö, II osa 1984:1*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Konttinen, E. (1997) *Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa*. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.), *Muuttuva asiantuntijuus* (s.48-61). Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Korkeila, J. (1996). *Julkiset mielenterveyspalvelut. Luottamus kriisissä*. Helsinki: STAKES, Aiheita-monistesarja 17.
- Korkeila, J. (1998). *Perspectives on the Public Psychiatric Services in Finland. Evaluating the Deinstitutionalisation Process*. Helsinki: STAKES, Tutkimuksia 93.
- Laitila, A. & Oranen, M. (1994). *Kenneth J. Gergen*. *Psykologia* 29, 362-363.
- Launis, K. (1997). *Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä*. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.), *Muuttuva asiantuntijuus* (s.122-133). Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos.

- Madill, A. & Barkham, M. (1997). Discourse analysis of a theme in one successful case of brief psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44 (2), 232-244.
- Maynard, D. (1991). Interaction and Asymmetry in clinical discourse. *American Journal of Sociology*, 97 (2), 448-495.
- McCrone, P., Beecham, J. & Knapp, M. (1994). Community psychiatric nurse teams: cost-effectiveness of intensive support versus generic care. *British Journal of Psychiatry*, 165, 218-221.
- Mielekäs elämä!-hypermediaraportti. STAKES. <http://www.stakes.fi>
- Mielenterveyslaki (1991). 1116/14.12.1990.
- Mäkelä, K. (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta (s. 42-61). Helsinki: Gaudeamus.
- Nuolijärvi, P. (1990). Keskusteluntutkimus. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta (s.114-141). Helsinki: Gaudeamus.
- Oranen, M. (1997) "Semmonen pikkunen huoli". Diskurssianalyttinen tutkimus lastensuojelun arviointikeskusteluista. *Janus*, 5 (1) 3-25.
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., Mclaughlin, T. & Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing psychopathology*. London: Sage.
- Pecheux, M. (1982). *Language, Semantics and Ideology*. London: The Macmillan Press Ltd.
- Peräkylä, A. (1996). Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. *Sociologia* 33 (2), 89-102.
- Pietikäinen, S. (painossa). Kriittinen diskurssin tutkimus. Ilmestyy teoksessa A. Piirainen ja K. Sajavaara (toim.) *Soveltavan kielitieteen suuntauksia*.
- Piirtola, O. (1995). An Evaluative description of changes in a comprehensive psychiatric treatment system. Helsinki: STAKES.
- Pirttilä, I. (1997). Teoria, markkina-analyysi ja futurologinen silmä eksperttiyden ehtona. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.), *Muuttuva asiantuntijuus* (s.73-82). Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behavior*. London: Sage publications.

- Psykiatrinen avohoito palvelujen käyttäjien näkökulmasta (1993). Riihimäki: Mielenterveyden Keskusliitto.
- Puhakainen, J. (1998) Persoonan kieltäjät. Ihmisen vapaus ja vastuu aivotutkimuksen ja lääketieteen puristuksessa. Helsinki: LIKE.
- Riikonen, E. (1992). Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Ongelma kielestä kopetenssikieleen. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 32.
- Robinson & Whitfield (1997). Participation of Patients during General Practice Consultations. *Psychology and Health* 1, 123-132.
- Rostila, I. (1993). Sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijän ja asiakkaan identiteetit kohtamisen alussa. *Janus* 1 (4), 31-48.
- Salokangas, R. K. S. (1994). Psykiatria sukeltamassa katastrofiin? *Suomen Lääkärilehti* 49, 2129-2130.
- Stein, L. I., Test, M. A. & Marx, A.J. (1975). Alternative to the hospital: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 132 (5), 517-522.
- Ståhlström, O. (1997). Homoseksuaalisuuden sairausleiman loppu. *Gaudeamus*.
- Suoninen, E. (1996). Tietysti sitäkin, mutta toisaalta. Perheterapeuttinen identiteetti-neuvottelu. *Janus*, 4 (2), 131-156.
- Suoninen, E. (1997). Miten tutkia moniäänistä ihmistä. Diskurssianalyttisen tutkimusotteen kehittelyä. Tampereen yliopisto.
- Suoranta, J. (1991). Piileekö kasvatus kielessä? Diskurssianalyysistä kasvatustieteellisenä lähestymistapana. *Kasvatus*, 22, (5-6), 410-419.
- Virtanen, V. (1991). Lääkärin ja potilaan hoitosuhde: tutkimus perusterveydenhuollon lääkäriin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Oulun yliopisto, Kansanterveystieteidenlaitos.
- Virtanen, V (1993). Potilas-lääkärisuhde perusterveydenhuollossa. *Duodecim*, 109, 1178-1182.
- Väliverronen, E. (1993). Diskurssien verkossa. *Joukkoviestimet, julkisuus ja valta. Tiedotustutkimus*, 1, 22-34.
- Wahlström, J. (1992). Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research*, nro 94.

- Wilding, P. (1982). Professional power and social welfare. London: Routledge & Kegan Paul.
- Wilkinson, G., Piccinelli, M., Falloon, I., Krekorian, H. & McLees, S. (1995). An evaluation of community-based psychiatric care for people with treated long-term mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 26-37.
- Ylihärstilä, K., Nordling, E., Sipilä, T. & Kokkola, A. (1996). Psykiatristen avohoitoyksiköiden palvelutoiminnan arviointi ja kehittäminen sekä niiden hallinnollisen aseman selvittäminen. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaa -malli, Julkaisu 14.