

**HOITOKOKOUSKIELEN RAKENTUMINEN JA DIALOGISUUDEN TOTEUTUMINEN
AKUUTTIIN PSYKOOTTISEEN KRIISIN JOUTUNEIDEN NUORTEN
AVOIMEN DIALOGIN MALLIN MUKAISESSA HOIDOSSA**

Anna-Kaisa Majasaari
Anna-Kristiina Tolvanen
Pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Psykologian laitos
Syksy 2001

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Psykologian laitos
PL 35
40351 Jyväskylä

ABSTRAKTI

Hoitokokouskielen rakentuminen ja dialogisuuden toteutuminen akuuttiin psykoottiseen kriisiin joutuneiden nuorten avoimen dialogin mallin mukaisessa hoidossa

Tekijät: Anna-Kaisa Majasaari ja Anna-Kristiina Tolvanen

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologian pro gradu -tutkielma

Syyskuu 2001

Jyväskylän yliopisto

47 sivua

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten kieli rakentuu ja dialogisuus toteutuu avoimen dialogin mallin mukaisesti toteutetuissa hoitokokouksissa, joissa hoidetaan psykoottiseen kriisiin joutunutta henkilöä ja hänen lähintä sosiaalista verkostoaan. Tutkimuksen keskeinen tavoite oli myös tutkimusta varten kehitellyn analysointimallin soveltuvuuden tarkastelu. Tutkittiin, miten analysointimalli soveltuu yleensä hoitokokouskielen analysointiin sekä erityisesti joidenkin vuorovaikutuksen osatekijöiden erittelemiseen. Lisäksi tutkittiin, onko analysointimallin avulla mahdollista erotella eri tavoin hoitoa tukevia dialogeja. Tutkimuksen aineisto muodostui kahden eri tapauksen yhteensä viiden hoitokokouksen transkripteistä. Tapaukset olivat kahden ensimmäistä kertaa psykoottiseen kriisiin joutuneen nuoren hoitoprosessien alkuosat. Tapaukset oli valittu Akuutin Psykoosin Integroitu hoito -projektin aineistosta. Kehitellyssä analysointimallissa transkriptit jaettiin asiasisältöjen perusteella teema-alueisiin. Niiden sisällä tarkasteltiin, miten kieli rakentuu ja ketkä osallistuvat kielen rakentamiseen. Analyysimenetelmää laajentamalla pyrittiin lisäksi tarkastelemaan yksityiskohtaisemmin sitä, miten vuorovaikutus toteutui hoitokokouksissa. Tutkimuksessa havaittiin, että analysointimalli soveltuu tarkoitettulla tavalla hoitokokouskielen tarkasteluun ja sitä eräiltä osin hieman laajentamalla oli mahdollista eritellä vuorovaikutusta tarkemminkin. Analysointimenetelmän avulla oli myös mahdollista erotella erilaisia hoitoa tukevia dialogeja tutkimuksessa analysoiduissa tapauksissa. Tapaukset erosivat toisistaan siinä, miten kielen rakentumisen ja vuorovaikutuksen eri osatekijät toteutuivat hoitokokouksissa.

Avainsanat: *akuutti psykoosi, avoin dialogi, dialogin analyysi, dialogisuus*

JOHDANTO

Avoimen dialogin hoitomalli pyrkii psykoottisen potilaan psykoterapeuttiseen hoitoon kotona. Hoito alkaa vuorokauden sisällä ensimmäisestä yhteydenotosta ja sisältää potilaan sosiaalisen verkoston mukanaolon koko prosessin ajan. Sama hoitotiimi vastaa prosessista, sekä avo- että sairaalahoidossa. Yleisenä tavoitteena on luoda dialogia, rakentaa sanoja kokemuksille, jotka ilmenevät potilaan psykoottisina oireina. Menetelmä kehitettiin 1980-luvulla Länsi-Pohjan alueella, Kemin - Tornion seudulla. Alueella koko psykiatrinen järjestelmä, avo- ja sairaalahoido, järjestettiin siten, että potilaan lähintä sosiaalista verkostoa rohkaistiin osallistumaan hoitokokouksiin koko hoitoprosessin ajan, ensimmäisestä päivästä lähtien. Potilasta ja perhettä koskevia keskusteluja käydään vain heidän läsnäollessaan eli kaikki hoitosuunnitelmat ja -päätökset tehdään näissä kokouksissa, joissa kaikki ovat läsnä keskustelemassa avoimesti eri vaihtoehdoista. Avoin dialogi aloitettiin näin kaikkien hoitoprosessiin osallistuvien kesken. Aiemmin terapeuttinen keskustelu oli monologista; harkinta, suunnittelu ja päätökset tehtiin tiimissä hoitohenkilökunnan kesken, eikä perheellä ollut sijaa prosessissa (Seikkula ym., 1995; Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen, 2000; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a).

Avoimen dialogin hoitomallin taustana on 1981 - 1987 Suomessa toteutettu valtakunnallinen skitsofrenia-projekti sekä Akuutin Psykoosin Integroitu hoito (API) -projekti. API - projekti on laaja-alainen tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tärkeimpinä tavoitteina on ollut akuutin psykoosin hoitokäytäntöjen kehittäminen sekä aikaisempaa tarkemman tiedon hankkiminen siitä, miten eri hoitomuotoja tulee integroida psykoosipotilaan hoidossa (Aaltonen ym., 2000). Keskeinen lähtökohta on Alasen (1993) tarpeenmukaisen hoidon malli, jossa korostetaan nopeaa, varhaista interventiota, hoitosuunnitelmaa, joka huomioi potilaan ja perheen erityiset, muuttuvat tarpeet sekä terapeuttista asennetta tutkimuksessa ja hoidossa. Hoito nähdään jatkuvana prosessina, joka sisältää eri terapeuttisten metodien yhdistelemistä ja tulosten tarkkailemista (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen & Aaltonen, 1991).

Dialogin luominen on tehokas lähestymistapa. Akuutin psykoosin kotihoidosta on tehty kahden vuoden seurantatutkimus, nk. ODAP-tutkimus (Open Dialogue in Acute Psychosis), jonka mukaan skitsofreniapotilaiden hoito tuottaa parempia tuloksia suunnitellulla psykoterapeuttisella hoidolla, jossa potilaan läheiset osallistuvat avoimien hoitokokousten kautta hoitoprosessiin. Tällaisessa hoidossa voidaan neuroleptilääkityksen

määrää olennaisesti vähentää ja täten myös vähentää lääkityksen mukanaan tuomia riskitekijöitä (Seikkula, Aaltonen, & Alakare, 1999). Avoimen dialogin hoitomallin avulla on Länsi-Pohjan alueella sairaalaan kroonistuminen pysähtynyt, sairaalahoidon tarve pienentynyt ja potilaiden sosiaalinen ja ammatillinen toimintakyky säilynyt paremmin. Hoito on ollut taloudellistakin, sillä hoidon kustannukset ovat pienentyneet, vaikka hoidon taso on olennaisesti kehittynyt. Näyttää siltä, että 2 - 3 vuoden aktiivinen terapeutin työ hoitokokouksissa sosiaalisen verkoston kanssa ja/tai yksilöllinen terapia (joissain tapauksissa) on adekvaatti lähestymistapa tälle työlle. Keskusteluhoito näyttää vähentävän psykoottisia oireita, vaikka niiden nopeaan häviämiseen ei tähdätäkään hoidon alusta saakka. Mitä enemmän tiimi uskaltaa luottaa avoimen dialogin voimaan keskustelussa potilaan ja sosiaalisen verkoston kanssa, sitä vähemmän tarvitaan kontrolloivia interventioita (Seikkula 1991; Haarakangas & Seikkula, 1999a). Aaltosen ym. (2000) mukaan uuden hoitomallin aikana, 1990-luvulla, skitsofrenian ilmaantuvuus on Keroputaalla laskenut siten, että uusia tapauksia on vuosittain vain 41,6 % 1980-luvun määrästä. Kemissä insidenssi on laskenut yli nelinkertaisesti. Hoitamattoman psykoosin kesto on vähentynyt Länsi-Pohjan alueella 3,6 kuukauteen, kun verkostokeskeinen systeemi on mahdollistanut helpomman hoitopääsyn ja hoidon välittömän aloittamisen (Seikkula ym., 2001a).

Keroputaan sairaalassa, josta tutkimuksemme analysoivat tapaukset ovat, on hoitokokoukset järjestetty verkostokeskeisesti. Sosiaalisen konstruktionismin ideat ovat vaikuttaneet tapaan, jolla hoitokokouksissa toimitaan. Sosiaalisessa konstruktionismissa tiedon ja todellisuuden ajatellaan rakentuvan yksilöiden uskomuksista, joista tulee realiteetteja. Sosiaalinen vuorovaikutus ylläpitää ja edelleen lujittaa näitä uskomuksia, jotka ovat siten lopulta sosiaalisesti tuotettuja. Tässä valossa terapeutin työkin on yhteisen todellisuuden rakentamista (Fruggeri, 1992). Laxin (1992) mukaan asiakas muodostaa tarinaansa terapiassa yhdessä terapeutin kanssa. Tarinan "kirjoittaminen" tapahtuu yhteistyössä ja "teksti" esiintyy aina ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa.

Hoitokokous on pääfoorumi terapeutille vuorovaikutukselle. Se on perhe- ja verkostokeskeisen hoidon perustapahtuma, jossa yhtä aikaa seurataan hoidon kulkua, integroidaan eri hoidollisia näkökulmia toisiinsa sekä luodaan uusia terapeutin merkityksiä keskustelun kautta. Hoidon lähtökohtana on perheen kieli, se miten potilaan ongelma elää heidän kielessään. Hoitokokouksessa tärkeintä on useamman näkökulman kuuleminen samaan aikaan. Työryhmä määrittelee kaikkien vuorovaikutukseen

osallistujien keskinäisiä havaintoja ja suhteita dialogisesti (Seikkula, 1994; Seikkula ym., 2001a). Dialogisen suhteen luomisen perusta on kytkeytyminen keskustelukumppaneihin heidän kielialueellaan. Kytkeytyminen merkitsee keskustelun osanottajien kielellisessä vuorovaikutuksessa syntyvää kielellistä systeemiä, jossa vallitsee yhteisesti jaettu kieli. Työryhmän ja perheen suhteessa tämä tarkoittaa dialogia, jossa työryhmän jäsenet ottavat lausumissaan huomioon perheenjäsenten puheen teemat ja merkityksenannot ja tekevät kysymyksiä perheenjäsenten lausumien pohjalta. Terapeutin ääni kytkeytyy asiakkaan ääneen, kun terapeutti sisällyttää lausumaansa asiakkaan käyttämiä ilmauksia ja voi pohdiskella käsiteltävää teemaa asiakkaan näkökulman kannalta. Kytkeytyminen edellyttää terapeutilta, että hän on avoin kuulemaan, mitä hänen puhekumppaninsa sanovat. Tärkeä terapeutin tehtävä työryhmällä on luoda ja ylläpitää uusia merkityksiä synnyttävää dialogista keskustelua siten, että potilaan ja hänen verkostonsa potentiaaliset voimavarat voidaan käyttää hyväksi. Näin hoitokokouksesta pyritään tekemään polyfoninen vuorovaikutustilanne, jossa eri mielipiteiden on mahdollista olla samanarvoisina, kuitenkin itsenäisinä ääнинä esillä keskustelussa (Haarakangas, 1997).

Hoitokokouksissa hoitosysteemi ja potilaan systeemi alkavat elää yhteistä elämää rajasyteemissä. Rajasyteemi on vuorovaikutusjärjestelmä, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat toistensa ymmärrykseen ja toimintatapaan (ks. myös Arnkil, 1990). Rajasyteemissä järjestetyssä hoitokokouksessa kukin osapuoli aloittaa samanlaisesta tilanteesta; kohtaamista ei ole etukäteen valmisteltu vaan se saa alkunsa ensimmäisestä kommentista. Se ongelma tai ne ongelmat, jotka määritellään keskustelussa, organisoivat hoitoa; ongelman herättämistä mielikuvista, tunteista, havainnoista ja selityksistä keskustellaan, ja ne nähdään kaikki yhtä oikeina. Rajasyteemissä kertomukset, jotka luovat yhteistä ymmärrystä, saavat merkityksensä. Näin psykoottiset kokemukset voivat alkaa elää myös hoitokokouksissa käytävissä dialogeissa (Seikkula, 1991; 1994; Seikkula ym., 1995).

Hoitokokoukset pyritään avoimen dialogin hoitomallissa järjestämään siten, että potilaan sosiaalinen verkosto osallistuu aktiivisesti hoitoprosessiin. Sosiaalisen verkoston käsitteellä tarkoitetaan yleensä niitä vuorovaikutussuhteita, joiden kautta yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään. Kliinisessä käytännössä sosiaalista verkostoa tarkastellaan sosiaalisena yksikkönä, jossa kyseisellä hetkellä kunkin ihmisen sosiaaliset suhteet ilmenevät. Verkostoa ei nähdä muutoksen kohteena vaan sen toteuttajana. Eräänä perusasiana verkostotyössä pidetään sitä, että asiakasta pidetään oman elämänsä

subjektina, elämästään vastuullisena ja oman verkostonsa aktiivisena jäsenenä. Verkostotyön näkökulma pyrkii tukemaan vajavuuksien sijasta yksilön ja hänen verkostonsa voimavaroja (Seikkula, 1991; 1994). Kaurasen, Seikkulan ja Alakareen artikkelissa (2000) kuvataan ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden sosiaalista verkostoa ja sen muutosta kahden vuoden aikana, kun hoidossa pyritään sosiaalisen verkoston aktiiviseen osallistumiseen. Yleensä sosiaalisen verkoston on todettu pienenevän ensimmäisen sairaalahoidon aikana, ja toisaalta pienen sosiaalisen verkoston on todettu olevan yhteydessä hoidon pitkittymiseen. Tutkimuksessa havaittiin, että verkostokeskeinen hoito näyttää säilyttävän potilaan verkoston voimavaroja ja jopa parantavan joissain tapauksissa potilaan työtilannetta. Mitä nopeammin oireiden ilmetyä hoito voidaan aloittaa, sitä vähemmän verkosto pienenee.

Avoimen dialogin näkökulmasta psykoosi nähdään ihmisen vastauksena liian tuskalliseen ja ylivoimaiseen elämäntilanteeseen, se on aktiivinen yritys käsitellä sellaisia kokemuksia, joille ei ole sanoja tai muuta kieltä. Kun henkilö joutuu täydellisesti monologiseen tilanteeseen, hän vastaa tähän psykoottisilla oireilla ja käsittelee metaforisen kielen kautta näitä sanattomia kokemuksia (Haarakangas & Seikkula, 1999b). Narratiivisesta näkökulmasta kokemuksia ei ole tällöin voitu rakentaa narratiiviseen, jäsentyneeseen muotoon, vaan ne ovat jääneet esinarratiivisiksi (Holma & Aaltonen, 1997). Psykooseissa on ensisijaisesti kyse inhimillisestä kokemuksesta ja vääristyneistä merkityssuhteista. Psykoosi on nimi, joka on tarkoitettu kuvaamaan ihmisen olemisen tilaa, jossa ihminen ei kykene tekemään eroa ulkoisen todellisuuden ja oman mielikuvituksensa välillä. Psykoottisen ihmisen mielikuvituksessa ulkomaailman ilmiöt ja tapahtumat saavat merkityksiä, joita tavallisesti siinä yhteydessä pidetään asiaankuulumattomina. Psykoottinen maailma on saanut erityispiirteitä henkilön omasta kokemusmaailmasta, mutta hämmentävyydessään tai pelottavuudessaan psykoosi on ainutlaatuinen ja äärimmäinen kokemus (Haarakangas, 1999). Psykoosien biopsykososiaalisessa mallissa eräänä näkökulmana on se, että tietoisien ajattelun ja intentioiden avulla yksilö kykenee vaikuttamaan kokemusmaailmaansa ja sitä kautta psykoottiseen ajatteluunsa ja käyttäytymiseensä (Cullberg, 2000). Integroivan selitysmallin mukaan menetyselämykset, epäonnistumiset kriisi- tai muutostilanteista selviämisestä tai fyysiset stressitekijät voivat aiheuttaa psykoottisen kokemisen, ja ote ympäröivästä sosiaalisesta todellisuudesta menetetään (Alanen, 1993).

Perheenjäsenen joutuminen psykoottiseen kriisiin on koko perheen kriisi. Näkemys perheestä aktiivisena osana hoitoprosessia yhdistää avoimen dialogin ja psykoedukatiivisen (Falloon & Shanahan, 1992; McGorry, Henry, Maude & Phillips, 1998) hoitomallin tapoja hoitaa psykoosia. Hoitomallit eroavat kuitenkin toisistaan teoreettisissa oletamuksissaan psykoosista. Avoimen dialogin hoitomallissa korostetaan tiiviitä hoitokokouksia erityisesti pahimmassa kriisitilanteessa sekä itse hoitoprosessin laatua, prosessin yhteistä rakentamista. Psykoottisen kriisin ajatellaan alkavan tilanteessa, jossa suhteet läheisiin ihmisiin edellyttäisivät muutosta ja uutta määrittelyä. Psykoosi voi olla epätoivoinen yritys löytää ratkaisu voimia kuluttavaan ihmissuhdetilanteeseen, mutta siihen sisältyy myös mahdollisuus myönteiseen elämänmuutokseen. Avoimen dialogin hoitomallissa psykoosia ei nähdä sairautena, vaan terapeuttisena mahdollisuutena. Sen toteutuminen edellyttää kokeneen työryhmän dialogista toimintaa, sanomattomien sanojen ja tunteiden jakamista (Haarakangas & Seikkula, 1999a), tavoitetta, että psykoottinen kokeminen tulisi yhteisesti jaettavaksi osaksi hoitokokouksissa rakentuvaa dialogia.

Ihmisten kommunikoinnissa dialogi on perusmuoto, sillä dialogi on sidoksissa tilanteeseen ja se tapahtuu konkreettisesti ihmisten kohtaamistilanteessa. Dialogi on kieleen perustuvaa sosiaalista kommunikaatiota, prosessi, jossa yhtyy merkkeihin sidottu kommunikointi ja kahden tajunnanvirran synkronisaatio. Tärkeää on myös ajallinen välittömyys ja vastavuoroisuus; dialogisuuden perusominaisuus on symmetrisyys (Luckmann, 1990). Dialogi on hyvin herkkä sanattomalle viestinnälle sekä kontekstin muille osa-tekijöille; sanoille antavat merkityksen konteksti, yhteinen tausta, eleet ja muu ei-kielellinen viestintä (Luckmann, 1990; Markova, 1990a; Voloshinov, 1992; Linell, 1998). Linell (1998) määrittelee dialogin kahden- tai monenkeskeiseksi vuorovaikutukseksi, jossa yksilöt ovat vastavuoroisessa suhteessa ja kieli (tai muu symbolinen järjestelmä) on vuorovaikutuksen välineenä. Hän, toisin kuin Luckmann, pitää symmetrian puutetta, asymmetriaa, yhtenä dialogin perusominaisuuksista. Dialogia ei voi Linellin mukaan määritellä sarjaksi yksittäisiä tapahtumia, vaan dialogi on sosiaalista toimintaa, jossa jokainen lausuma on suhteessa toisiinsa sekä riippuvainen toisten vuorovaikutukseen osallistuvien tekemisistä. Dialogin rakenteet (osallistuminen, vuorovaikutus, merkitykset, sisältö ja ilmaisut) muotoutuvat keskustelijoiden yhteistoiminnassa, jossa kehitetään, ilmaistaan ja koetellaan yhteistä ymmärrystä käsillä olevista asioista. Merkitykset ja yhtenäisyys muodostuvat jokaisessa dialogissa erikseen, ne ovat 'paikallisia'. Kuitenkin sanoissa, lauseissa ja merkityksissä on aina mukana myös

laajempaa jatkumoa sosio-kulttuurisesta traditiosta. Dialogissa sekä hiljaisuus että lausumat saavat merkityksen. Jokainen lausuma vuorollaan tekee merkityksineen tietynlaiset seuraavat toimet sopivammiksi kuin toiset, esimerkiksi tietynlaiset tavat puhua vaikuttavat tapaan, jolla asioita käsitellään. Dialogi liikkuu koko ajan erilaisten jaksojen läpi ja niiden välillä, se on yhteistuotos, jossa jokainen osanottaja hallitsee, kokee ja tekee jotakin ja joka mahdollistuu vuorovaikutuksen avulla. Sekä Linell (1998), Grauman (1990) että Markova (1990b) pitävät dynaamisuutta dialogiin olennaisesti kuuluvana tekijänä. Linellin mukaan dynaamisuutta osoittaa se, että lausumat alkavat jostakin ja tuottavat puolestaan toisia lausumia tai toimia. Markovan ajatus on monilta osin sama Linellin ajatuksen kanssa, mutta hänelle dialogin dynaamisuuteen kuuluva ominaisuus on ilmaisujen kielellisen sidonnaisuuden lisäksi sidonnaisuus sosiaaliseen kontekstiin. Grauman pitää dialogissa tärkeänä liikettä, joka johtaa keskustelijoita vähitellen eri näkökulmista lähemmäs yhteistä fokusta, vaikka ei aina edes tiedetä, mikä tuo yhteinen fokus on.

Dialogi voi olla monologista tai dialogista. Markova (1990a) määrittelee monologin luonteeltaan dialogiseksi; se on suunnattu toiselle - joka voi olla jopa itse - kuitenkin niin, että toiselta ei odoteta palautetta. Monologiseksi dialogia voidaan luonnehtia, kun puhuja kuvaa vain omaa näkökantaansa, tunteensa tai kokemustansa suuntautuen enemmän keskusteluun itsensä kuin keskustelukumppaninsa kanssa. Voloshinovin (1992) mukaan monologinen puhe on puhtaasti yksilöllinen akti. Dialogisessa dialogissa lauseet rakentuvat edeltäville lauseille samalla odottaen seuraavaa lausetta, vastausta, eivätkä lauseet sulje toisiaan pois. Näin uusi ymmärrys voi rakentua keskustelijoiden välille (Bakhtin, 1984; Luckman, 1990; Seikkula, 1995).

Angus ja Hardtke (1994) ovat tutkineet kielellistä vuorovaikutusta psykoterapiatilanteissa. Heidän mukaansa kaikkiin onnistuneisiin psykoterapioihin sisältyy kolme erilaista narratiivista prosessityyppiä, ja terapiatyössä voidaan saavuttaa hyviä tuloksia, jos terapeutti ja asiakas sitoutuvat näihin erillisiin tapoihin tutkiskella tapahtumia ja kokemuksia. Narratiiviset prosessityypit ovat eksternaalinen, joka merkitsee tapahtumien kuvailua, internaalinen, joka on tapahtumiin liittyvien tunteiden ja kokemusten kertomista sekä refleksiivinen, joka merkitsee tapahtumien ja kokemusten analysointia siten, että muodostuu uudenlaista ymmärrystä. Terapiakeskustelujen analysointiin kehitetyn menetelmän, Narrative Process Coding Systemin (NPCS), pilottitutkimus (Angus & Hardtke, 1994) osoitti, että 20 kerran terapiassa hyvän

lopputuloksen saavuttaneilla asiakkailla oli refleksiivistä puhetta keskimäärin 42%, internaalista puhetta 11%. Huonon lopputuloksen saavuttaneilla 28% ja 15%. Terapian edetessä hyvän tuloksen saavuttaneilla refleksiivisyys lisääntyi (33%; 45%; 48%) ja internaalisuus väheni (13%; 13%; 9%), huonon lopputuloksen saavuttaneilla refleksiivisyys säilyi lähes samalla tasolla (26%; 27%; 29%) ja internaalisuus lisääntyi (11%; 16%; 21%). Molemmilla asiakasryhmillä eksternaalinen puhe väheni terapian edetessä.

Dialogin mahdollistamisesta terapiatyössä ovat kirjoittaneet Anderson ja Goolishan. He pitävät ei-tietämistä ja uteliaisuutta asiakkaan tarinaa kohtaan keskustelua ja vastavuoroisuutta edistävinä. Heidän mukaansa pyritään luomaan jaettu tila uudelle, yhteiselle kielelle, jossa asiat voivat alkaa saada erilaisia merkityksiä (1992). Dialogisen dialogin muodostaminen monologisen dialogin sijaan edellyttää hoitotiimiltä, työryhmältä, keskittymistä siihen, miten vastata potilaan ja perheen ilmaisuihin. Tämä vaatii aktiivista läsnäoloa kulloisessakin keskustelussa, keskittymistä potilaan ja perheen sanoihin, vastaamista heidän huolenaiheisiinsa enemmän kuin omiinsa. Omat vastaukset, kommentit ja kysymykset tulisi sovittaa edeltäviin lausumiin käyttäen muiden osallistujien sanoja. Dialogisuutta voidaan edistää verkosto- tai hoitokokouksessa siten, että kokouksen jokainen jäsen saa osallistua keskusteluun alusta saakka. Myös Andersenin mukaan aloituksella on tapaamisessa oma merkityksensä, jo aivan ensimmäiset lauseet ovat usein olennaisia; ne johdattavat siihen suuntaan, mihin on hyvä edetä. Keskustelunavaukset ovat kuin kutsuja jatkaa dialogia, yksi avaus aina pohjana seuraavalle kysymykselle (1990). Dialogin tulisi kehittyä siten, että verkoston kaikkien osanottajien sanat tulisivat ymmärretyiksi, olisi tilaa eri käsityksille ongelmasta ja sen merkityksistä. Dialogisuus perheen ja työryhmän välillä toteutuu myös siten, että työryhmä ei tiedä perheestä ja sen ongelmista enempää kuin perhe itse ja on näin riippuvainen koko ajan sekä sisäisestä että perheen ja sen välisestä dialogista. Sisäiseen dialogiin ei ole muuta pääsyä kuin henkilön lausumat, joissa hän voi viitata siihen, mitä on ajatellut. Avoimen dialogin hoitomallissa dialogisuutta edistetään mm. aloittamalla reflektiivinen keskustelu työryhmän jäsenten kesken, jolloin työryhmän reflektointi sijoittuu ikään kuin ulkoisen dialogin ja sisäisen dialogin leikkauspintaan. Erillistä reflektiivistä tiimiä (ks. Andersen, 1990) ei muodosteta, vaan työryhmän jäsenet liikkuvat joustavasti kysymysten ja kommenttien muodostamisesta reflektiiviseen keskusteluun toisten työryhmän jäsenten kanssa. Reflektoinnissa keskeistä on se, että työryhmän jäsenten vielä keskeneräiset ajatukset

voisivat ääneen pohdittuina tulla sosiaalisesti jaetuiksi ja osaksi yhteistä merkitysten rakentamista. Tällöin potilas ja perhe voivat kuunnella terapeuttien pohtivan omia havaintojaan ja mielikuviaan - joita ei yritetä esittää objektiivisina totuuksina - ja käydä omaa sisäistä reflektiotaan. Psykoottisessa puheessa ihmiset puhuvat usein vaikeimmista kokemuksistaan, asioista, joille ei ole vielä muita sanoja kuin hallusinaatiot ja deluusiot. Kun tämä todellisuus tulee mahdolliseksi jakaa sosiaalisesti, uutena ymmärryksenä dialogisessa dialogissa, voidaan myös löytää uusia voimavaroja. Psykoosi voidaan parantaa dialogisuuden avulla. Tärkeää on, että hoito voidaan aloittaa nopeasti, asiakkaiden ihmissuhdeverkoston voimavaroja apuna käyttäen. Hoitokokouskeskustelujen tavoitteena on luoda uusia terapeuttisia merkityksiä ja yhteistä ymmärrystä perheen elämään sekä auttaa asiakkaita dialogisuuteen vuorovaikutussuhteissaan (Seikkula, 1994; Haarakangas, 1997; 1999; Seikkula ym., 2001a).

TUTKIMUSONGELMAT

1. Dialogisuuden toteutuminen viidessä avoimen dialogin hoitomallin mukaisesti toteutetussa hoitokokouksessa, joissa tavoitteena on hoitaa psykoottista kriisiä.

a) Kuinka tätä tutkimusta varten kehitelty analysointimalli soveltuu yleisesti kyseisen hoitokokouskielen analysointiin?

b) Kuinka analysointimalli soveltuu erityisesti kytkeytymisen, dynamiikan ja dialogisuuden erittelemiseen vuorovaikutuksessa?

2. Onko analysointimallin avulla mahdollista erotella hyvin tai huonosti hoitoa tukevia dialogeja?

MENETELMÄ

Tutkimuksen aineisto

Tämän tutkimuksen aineisto on osa valtakunnallisen Akuutin psykoosin integroitu hoito (API) -projektin aineistoa. Tutkimuspaikkana oli Länsi-Pohjan alue, joka on yksi kuudesta projektiin kuuluvista tutkimuskeskuksista. Projekti on jatkunut vuodesta 1992 saakka, ja siinä ovat mukana Stakes sekä Jyväskylän ja Turun yliopistot. Länsi-Pohjan alueelle oli yhtenä kolmesta asetettu erityinen tehtävä järjestää hoito siten, että neuroleptilääkityksen käyttö on minimoitu (Lehtinen, Aaltonen, Rökköläinen & Syvälahti, 2000). API -projektin tutkimukseen otettiin mukaan kaikki Länsi-Pohjan alueella 1.4.1992 - 31.3.1997 esiin tulleet tapaukset, jotka täyttivät DSM-III-R- kriteerit skitsofreniatyyppisestä psykoosista. Paikallinen eettinen lautakunta antoi suostumuksensa tutkimukselle, myös jokaiselta potilaalta pyydettiin suostumus. Lopullinen käytettävissä oleva seuranta-aineisto muodostui 78 potilaan tapauksesta (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001b), joista tähän tutkimukseen valittiin kahden potilaan tapaukset hyvän ja huonon hoitotuloksen analyysin perusteella. Analyysi on julkaistu artikkelissa *Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases* (Seikkula ym., 2001b). Käsittelimme tapauksia tutkimuksessa sokkoina, eli emme tienneet valinnan taustaa.

"Harrin" tapauksen muodostavat hänen hoitoprosessinsa kaksi ensimmäistä hoitokokousta, "Markon" kolme ensimmäistä hoitokokousta. Kummankin potilaan hoitokokouksissa toimitaan avoimen dialogin mallin mukaisesti. Kokouksiin osallistuivat näiden ensimmäistä kertaa psykoottiseen kriisiin joutuneiden nuorten miesten ja lähimpien sosiaalisten verkostojen lisäksi hoitohenkilökunta. Analyysin kohteena oli siis näiden kahden eri tapauksen yhteensä viiden hoitokokouksen transkriptit. Saimme käyttöömmme videonauhojen pohjalta transkriboidut alustavat tekstit, jotka tarkastimme ja korjasimme ääni- ja videonauhojen avulla. Lopullinen analyysimateriaali muodostui 102 sivusta hoitokokousdialogia (Times New Roman, 12p, riviväli 1).

Analysointimenetelmänä dialogin analyysi

Tutkimuksen analysointimenetelmä ei ole vakiintunut, vaan se on kehitetty juuri tätä tutkimusta varten. Alunperin tämä dialogin analyysimalli on kehitetty Wahlströmin ja Seikkulan projektissa vuosina 1999 - 2000. Tutkimustamme varten olemme tarkentaneet mallin joitakin määritelmiä, mutta pääpiirteittäin se on projektissa kehitellyn kaltainen. Malliin on yhdistetty Linellin (1998; Linell, Gustavsson ja Juvonen, 1988) ajatuksia dialogin analysoinnista, osia terapiakeskustelujen analysointiin kehitetystä narratiivisten prosessien koodaussysteemistä (NPCS) (Angus, Hardtke ja Levitt, 1992) sekä joitain ajatuksia Markovalta (1990b).

Linell (1998) hahmottelee kehyksiä sille, miten keskustelu voidaan analyysia varten jakaa pienempiin kokonaisuuksiin, episodeihin. Episodi on diskursiivinen tapahtuma, jossa on alku ja loppu rajaamassa keskustelun kulkua. Siinä käsitellään usein jotain tiettyä asiaa tai aihetta, tällöin episodi on yksiaiheinen. Episodi voi olla myös moniaiheinen, jolloin aiheet vaihtelevat ilman selviä niiden välissä olevia rajoja; muutos on jatkuvaa ja liukuvaa aiheesta toiseen tai joskus voi monia aiheita olla yhtä aikaa avoinna samanaikaisesti ja niihin liittyvät lausumat kietoutuvat toisiinsa keskustelussa. Angus, Hardtke & Levittin (1992) tapa jaotella terapiaistuntojen transkriptit aihealueisiin (topic segments) kielellisen vuorovaikutuksen sisällön muutosten mukaan on lähes samansisältöinen Linellin yksiaiheisen episodin määritelmän kanssa. Analysointimenetelmässämme käyttämämme teema-alueen määrittely mukailee sekä Linellin (episodin) että Anguksen ym. (aihealueiden) tapaa jaotella tekstiä keskustelun sisältöjen mukaan pienempiin kokonaisuuksiin.

Linellin (1990) mukaan dialogin analyysissa on otettava huomioon lausuman, merkityksen ja kontekstin väliset suhteet. Nämä tekijät ovat dialogissa eri tavoin toisiinsa kytkeytyneitä. Linellin, Gustavssonin ja Juvosen (1988) kehittämässä IR-analyysissä (I:initiative, R:responsive) määritetään dominansseja dialogissa. Se tarkoittaa, että dialogia analysoidaan määrittelemällä, ketkä vaikuttavat kielen rakentumiseen. Määrittely tehdään määrän, teeman ja vuorovaikutuksen dominanssi -käsitteiden avulla. Määrän dominanssi määräytyy sille henkilölle, joka puhuu eniten, teeman dominanssi sille, joka tuo dialogiin uusia aiheita, näkökulmia sekä sisältöä ja vuorovaikutuksen dominanssi määräytyy henkilölle, joka kontrolloi ja ohjaa eniten toisten toimintaa keskustelussa ja toisaalta välttää kontrolloiduksi ja ohjatuksi tulemisen. Hän tekee eniten aloitteita ja vastaa

vähiten. IR-analyysi on kehitetty kahdenkeskeisten keskustelujen analysointiin, mutta se tuntuu soveltuvan myös monenkeskeisten keskustelujen analysointiin, kuten tässä tutkimuksessa teimme. Linell tutkii erityisesti vuorovaikutuksen dominanssia, koska se on hänen mukaansa yhteydessä dialogin asymmetriaan.

Tutkimustamme varten tarkensimme teeman ja vuorovaikutuksen dominanssien määritelmiä. Analyysissamme teeman dominanssi määräytyi henkilölle, joka aloitti selkeimmin uuden teeman käsittelyn. Vuorovaikutuksen dominanssin määritelmää tarkensimme, sillä pyrimme analysoimaan dialogin dynaamisuutta eli sosiaalisen kontekstin sekä keskustelussa syntyneiden puheenvuorojen vaikutusta uusien puheenvuorojen muodostumiseen (ks. Grauman, 1990; Markova, 1990b; Linell, 1998). Tarkensimme määritelmää lisäksi siksi, että pyrimme analysoimaan myös puheenvuorojen kytkeytymistä toisiinsa eli keskustelijoiden käyttämän kielen muotoutumista yhteisesti jaetuksi (ks. Haarakangas, 1997). Analysointimallimme alkuperäisen määritelmän mukainen vuorovaikutuksen dominanssin määrittelemisen osoittautui lisäksi hankalaksi, ikään kuin intuition varassa määräytyväksi, joten konkretisoimme asiaa koodimerkinnöillä, joiden avulla puheenvuoroja oli mahdollista analysoida tarkemmin. Plusmerkki (+) laitettiin puheenvuoron jälkeen, jos se oli aloite, johon myöhemmin tuli reaktio; miinusmerkki (-) laitettiin puheenvuoron jälkeen, jos se vastasi johonkin edeltävään kysymykseen tai väitteeseen ja nollamerkki (0) tuli sellaisen puheenvuoron jälkeen, joka oli aloite, mutta jota ei alettu keskustelussa käsitellä. Tällaiset aloitteet olivat dialogissa ikään kuin irrallisia lisäyksiä, ne eivät saaneet vastakaikua keskustelussa. Jos puheenvuoro vastasi edelliseen puheenvuoroon ja samalla se oli aloite, laitettiin sekä plus- että miinusmerkit (+-). Jos puheenvuoro oli lyhyt myöntely, esim. "joo", tai myötäelävä äännähdys "yhymm", merkitsimme sen miinusmerkillä, joka oli sulkujen sisällä.

Angus ym., (1992) ovat kehittäneet narratiivisten prosessien koodaussysteemiä (Narrative Process Coding System = NPCS), jonka avulla voidaan analysoida terapiakeskusteluja (ks. myös Angus & Hardtke, 1994; Angus, Levitt & Hardtke, 1999). NPCS:n lähtökohtana on narratiivinen lähestymistapa, joka kunnioittaa psykoterapian keskusteluluonnetta tutkimalla asioita kontekstissaan. NPCS on kaksivaiheinen prosessi, joka antaa tutkijalle mahdollisuuden luotettavalla tavalla jaotella terapiaistuntojen transkriptit aihealueisiin sekä jaotella ja kuvata puheenaihekatkelmat kolmen narratiivisen prosessityypin mukaan, joita ovat eksternaalinen, internaalinen ja refleksiivinen. Koodausyksikkönä on vuorovaikutuskatkelma, joka voi sisältää sekä asiakkaan että

terapeutin puheenvuoroja, ja sen pitää NPCS:ssä olla vähintään neljän kokonaisen virkkeen mittainen. Me määrittelimme prosessityypit puheenvuoroittain, mutta tarkastelimme niitä laajempina katkelmina.

Angus ym., (1992) ovat määritelleet narratiiviset prosessityypit siten, että eksternaalinen prosessi merkitsee todellisten ja kuviteltujen, menneiden ja nykyisten tapahtumien kuvailua; kertomuksista pyritään tekemään mahdollisimman "ehjiä", yritetään muistaa, mikä on unohdettu ja ymmärtää sitä, mikä on ennen jäänyt ymmärtämättä. Internaallinen prosessi on tapahtumiin liittyvien tunteiden, kokemusten ja ajatusten etsimistä ja kertomista. Refleksiivinen prosessi on tapahtumien ja kokemusten refleksiivistä analysointia ja tulkintaa niin, että muodostuu uudenlaista ymmärrystä tai kertomusta, joka joko haastaa tai tukee aiempia uskomuksia ja ajatuksia itsestä ja toisista.

Tutkimustamme varten sovelsimme internaalisen puheen määritelmää siten, että internaalista puhetta voi olla myös oman näkökulman tai mielipiteen esille tuominen. Internaalisiksi koodasimme vain sellaisen puheen, joka kuvasi omaa tunnekokemusta. Jos puhuja kuvasi toisen ihmisen tunteita, koodasimme puheen eksternaaliseksi. Refleksiivisen puheen määritelmää laajensimme siten, että päätimme koodata työntekijän puheenvuoron refleksiiviseksi, mikäli se tähtäsi perheenjäsenen reflektiiviseen vastaukseen.

Taulukko 1. Kaavakuva analyysimenetelmän käsitteistä ja niiden keskinäisistä suhteista.

| Teema-alueet | | | Narratiiviset prosessityypit | | |
|-------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------|----------------|
| Dominanssit | | | Eksternaalinen | Internaalinen | Refleksiivinen |
| Määrän dominanssi | Teeman dominanssi | Vuorovaikutuksen dominanssi | | | |
| | | | dialogisuus | kytkeytyminen | dynaamisuus |

Analyysin kulku

Toinen meistä (A-KM) oli mukana Wahlströmin ja Seikkulan projektissa, ja paremman luotettavuuden saavuttamiseksi aloitimme analyysimenetelmän soveltamisen tutkimukseemme siten, että toiselle (A-KT), menetelmästä täysin tietämättömälle, opetettiin menetelmä, sen teoreettinen tausta sekä tehtiin analyysiharjoituksia. Seuraavaksi se, jolle menetelmä oli opetettu, analysoi valitun harjoitusaineiston yksin, minkä jälkeen vertasimme analyysien tuloksia. Selvisi, että muuten analyysit menivät yksin, mutta teema-alueen määrittelyssä oli eroja. Selvensimme käsitettä ja teimme nyt kumpikin erikseen teema-alueen määrittelyn eri aineistolla kuin mikä harjoitusaineisto oli. Nyt teema-alueiden määrittely onnistui yhtenevästi. Analyysimenetelmän välittäminen oli siis mahdollista ja saatoimme edetä varsinaiseen tutkimukseen.

Transkriptien tarkastamisessa ja korjaamisessa käytimme tekstin jäsentämisen ja selkiyttämisen apuna joitakin erikoismerkkejä. Tyhjät sulut () tarkoitti sanaa tai puheenjaksoa, josta ei ole saatu selvää. Sulut, jonka sisällä numero (8 s.) tarkoittaa tauon kestoa sekunteina. Hakasulkeet, [tarkoittaa päällekkäispuheen alkukohtaa ja] päällekkäispuheen loppukohtaa. (Jokinen & Suoninen, 2000) Kaikki henkilöiden nimet on muutettu tunnistamisen estämiseksi. Myös eräitä muita henkilön tunnistettavuuteen liittyviä tietoja (esim. paikannimiä) on muutettu tai jätetty mainitsematta.

Käyttämämme analyysimenetelmä on kolmiosainen. 1) Jaoimme tekstin yksi hoitokokous kerrallaan keskustelun aiheiden mukaan teema-alueisiin. 2) Määrittelimme kunkin teema-alueen sisällä määrän, teeman ja vuorovaikutuksen dominanssit. Dominanssit määräytyvät keskustelijoille, esimerkiksi määrän dominanssi määräytyy sille henkilölle, jolla on eniten puheenvuoroja kyseisessä teema-alueessa. 3) Määrittelimme puheen prosessityypit; eksternaalisen, internaalisen ja refleksiivisen. Pääasiallisesti määrittelimme prosessityypit puheenvuoroittain teema-alueen sisällä, mutta ne saattoivat myös ylittää teema-alueiden rajat.

Analysointi tehtiin koodaten transkripteihin puheenvuorojen väleihin ja sivuille teema-alueet, dominanssit ja prosessikoodit. Teema-alueiden rajat merkitsimme väliviivoin, dominanssit lyhentein TD, MD ja VD sekä prosessikoodit lyhentein E, I ja R. Myös keskustelijat oli merkitty lyhentein, esim. Marko:M. Analysoimme kumpikin tahoillamme kaikki hoitokokoukset ja tietyin väliajoin kokoonnuimme vertaamaan analyysiemme tuloksia.

Kokonaisuudessaan voi sanoa, että teema-alueiden, eksternaalisen prosessikoodin sekä teeman ja määrän dominanssien määrittelyssä konsensus oli lähes täydellinen. Joidenkin käsitteiden määrittelyä jouduimme prosessin aikana täsmentämään, jotta olisimme saavuttaneet riittävän yhteensopivuuden. Eniten kehittelyä ja tarkentamista vaati vuorovaikutuksen dominanssin käsite; myös internaalista ja refleksiivistä prosessikoodia määrittelimme tarkemmin (ks. aik.). Analyysiemme eroista keskustelimme, pohdimme syitä ja perusteluja, joiden pohjalta päädyimme lopullisiin ratkaisuihin. Ratkaisevia erimielisyyksiä analyysissa ei tullut, vaan lopullinen analyysi muodostui yhteisymmärryksessä. Valmis analysoitu teksti siirrettiin ATLAS.ti-ohjelmaan, jonka avulla tuloksia oli mahdollista koota, osa tuloksista saatiin kuitenkin käsin tehdyistä versioista.

TULOKSET

Esimerkkikatkelmien valinta

Hoitokokoukset jaettiin teema-alueisiin, joiden pituudet vaihtelivat muutaman puheenvuoron pituisesta jaksosta useamman sivun pituiseen jaksoon. Esimerkkeiksi valitsemamme teema-alueet ovat keskimääräistä huomattavasti lyhyempiä esityksen selkeyden vuoksi.

Hoitokokousten kulku

Tapaus Marko

Markon kolmeen käsittelemäämme hoitokokoukseen osallistuivat perheenjäsenistä Markon lisäksi hänen äitinsä, sisarensa sekä sukulaisensa ”Pertti”. Työryhmän muodostivat miesterapeutti, kaksi naisterapeuttia sekä nais- ja mieshoitajat. Teema-alueita kolmessa hoitokokouksessa oli yhteensä 71, ensimmäisessä hoitokokouksessa oli 24 teema-alueita, toisessa 27 ja kolmannessa 20. Näissä teema-alueissa *määrän dominanssi* jakautui seuraavasti (ks. taulukot 1 ja 2).

Taulukko 1. Määrän dominanssin jakautuminen Markon hoitokokouksissa henkilöittäin.

| Henkilö | Määrä | Prosentti |
|--------------------------------|-------|-----------|
| Äiti | 26 | 36,6 |
| Perheenjäseniä & Työntekijöitä | 16 | 22,5 |
| Naisterapeutti | 8 | 11,3 |
| Marko | 7 | 9,9 |
| Naishoitaja | 5 | 7,1 |
| Pertti | 3 | 4,2 |
| Sisko | 2 | 2,8 |
| Työntekijöitä yhdessä | 2 | 2,8 |
| Miesterapeutti | 1 | 1,4 |
| Perheenjäseniä yhdessä | 1 | 1,4 |
| Yhteensä | 71 | 100,0 |

Taulukko 2. Määrän dominanssin jakautuminen Markon hoitokokouksissa henkilöryhmittäin.

| Henkilöryhmä | Määrä | Prosentti |
|------------------------------|-------|-----------|
| Perheenjäsenet | 39 | 55,0 |
| Työntekijät | 16 | 22,5 |
| Perheenjäsenet & Työntekijät | 16 | 22,5 |
| Yhteensä | 71 | 100,0 |

Esimerkki 1, teema-alue, jossa määrän dominanssi on äidillä:

NH: Viimeks puhuttiin, että Marko oli vihanen.

Ä: Joo.

NH: Että se, mikä se oli, Jyrki.

Ä: Jyrki, Jyrki teki tuon ja tuota ()teki tuon ().

MT: Mistähän Marko voi olla sinulle niin vihainen?

Ä: Niin, kai se on kyllästyny vissiin kun on asunu kotona, niin minun kans kahestaan olemaan, kun tytötkin on, Marjukkakin on lähteny monta vuotta sitten.

S: Viisi.

Ä: Niin ja sitten vanhin tytär on ollu kihloissa ja hän on ollu avoliitossa ja opiskelemissa ja me ollaan niinku, Markon kans asuttu aika pitkään, että vissiin se on niinku kyllästynykin ja sitä omaa kämppää on halunnu ja on tuo työtilanne on ollu tuommonen, ettei oikeen oo niinku mahdollisuutta ollu siihenkään rahallisesti.

Teeman dominanssin jakautuminen:

Taulukko 3. Teeman dominanssin jakautuminen Markon hoitokokouksissa henkilöittäin.

| Henkilö | Määrä | Prosentti |
|---------------------------|-------|-----------|
| Miesterapeutti | 23 | 32,4 |
| Äiti | 14 | 19,7 |
| Naisterapeutti | 14 | 19,7 |
| Mieshoitaja | 7 | 9,9 |
| Naishoitaja | 5 | 7,1 |
| Sisko | 2 | 2,8 |
| Naishoitaja | 2 | 2,8 |
| Työntekijöitä yhdessä | 2 | 2,8 |
| Pertti | 1 | 1,4 |
| Perheenjäsen & työntekijä | 1 | 1,4 |
| Yhteensä | 71 | 100,0 |

Taulukko 4. Teeman dominanssin jakautuminen Markon hoitokokouksissa henkilöryhmittäin.

| Henkilöryhmä | Määrä | Prosentti |
|---------------------------|-------|-----------|
| Työntekijät | 53 | 74,6 |
| Perheenjäsenet | 17 | 24,0 |
| Perheenjäsen & Työntekijä | 1 | 1,4 |
| Yhteensä | 71 | 100,0 |

Esimerkki 2, teema-alue, jossa teeman dominanssi on miesterapeutilla:

MT: No sit viime aikoina niin, kun on tää tilanne ollu vaikee tässä parin viikon aikana, niin onko nyt mitään teijän perheessä mitään muutoksia tapahtunu tai mitään erityistä?

Ä: No ei ole tapahtunu sen kummempaa, kun että minun tytär ko assuu avoliitossa, Markon sisko niin, että hän on, he ovat olleet niinku meillä yötä ja. Minä mietin että olisko mittään ollu, ei oikeastaan ole ollu mittään semmosta mittään radikaalia muutosta ei ole tapahtunu.

MT: Onks se tää sisko Markolle on hyvin läheinen?

Ä: On, on kyllä, että hän on läheisempi kuin tää mejän vanhempi tyttö, mutta että kyllä hänkin on kutakuinkin läheinen, mutta sisko on paljon läheisempi.

Vuorovaikutuksen dominanssin jakautuminen:

Taulukko 5. Vuorovaikutuksen dominanssin jakautuminen Markon hoitokokouksissa henkilöittäin.

| Henkilö | Määrä | Prosentti |
|-----------------------|-------|-----------|
| Miesterapeutti | 22 | 31,0 |
| Naisterapeutti | 16 | 22,5 |
| Äiti | 10 | 14,1 |
| Naishoitaja | 7 | 9,9 |
| Työntekijöitä yhdessä | 7 | 9,9 |
| Mieshoitaja | 6 | 8,4 |
| NaisterapeuttiA | 2 | 2,8 |
| Pertti | 1 | 1,4 |
| Yhteensä | 71 | 100,0 |

Taulukko 6. Vuorovaikutuksen dominanssin jakautuminen Markon hoitokokouksissa henkilöryhmittäin.

| Henkilöryhmä | Määrä | Prosentti |
|----------------|-------|-----------|
| Työntekijät | 60 | 84,5 |
| Perheenjäsenet | 11 | 15,5 |
| Yhteensä | 71 | 100,0 |

Esimerkki 3, teema-alue, jossa vuorovaikutuksen dominanssi on miesterapeutilla :

MT: Pitikin kysyä aluksi vaikka, että minkälaisia ajatuksia teille tuli sen edellisen kokouksen jälkeen keskiviikkona?

S: No musta se oli kyllä ihan hyvä että sai puhuttua silloin, että vähemmän kotona on niinku puhunu näistä asioista, että täällä nyt kerralla tuli sit aika paljon.

MT: Aijaa, mistä asioista erityisesti?

S: Yleensä tästä juomisesta ja sitte niinku mitä äiti ja Merjakin siellä kotona kahestaan voi tehdä nyt sitte ().

MT: Joo, helpottiko se, että näistä asioista?

S: Kyllä se jonkun verran.

Esimerkki 4, teema-alue, jossa vuorovaikutuksen dominanssi on äidillä.

Ä: Miten muuten niin että tänä iltana voin tulla käymään, Markolle pitäs hammasharja tuuva.

NH: No meillä kyllä on täällä hammasharjoja, mutta kyllä osaston puolesta voitta tulla käymään, että miten Marko vaan ite haluaa.

Ä: No kyllä meillä oli Markon kanssa puhetta, että niin se sano, et tule vain, tulkaa vain ja Markon tätikin niinku kukkia haluais lähettää Markolle, kun se tykkää kyllä Pirjosta, tuota hän on kasvattisisko mulle, mutta Marko tykkää Pirjosta, se assuu Rovaniemellä, se sano että Markolle pittää viijä kukkia.

MT: Siihen tupakkaan rahhaa täällä ylleensä potilaat haluaa.

Ä: Kuinka?

NH: Tupakkaa ja rahhaa ylleensä potilaat kaipaa.

Ä: Joo, sitä minä sanoin, että kun mulla ei ollu antaa rahhaa, kun mulla ei ollu mukana niin mä sanoin Markolle, että rahhaa mie tuun ja tupakka-askin mie sille jo ostinkin ja sytkärin.

NH: Sytkäriä meillä ei saakaan pittää.

Narratiiviset prosessityypit jakautuivat hoitokokouksissa niin, että kaikissa hoitokokouksissa oli yhteensä 93 eksternaalista jaksoa, 22 internaalista jaksoa ja 24 refleksiivistä jaksoa.

Ensimmäisessä hoitokokouksessa prosessityypit jakautuivat siten, että eksternaalisia jaksoja oli 29, internaalisia 5 ja refleksiivisiä 6. Eksternaaliset jaksot olivat useimmiten koko teema-alueen pituisia ja muutenkin yleisesti ottaen pitkiä. Ensimmäinen internaalinen jakso oli 5. teema-alueessa ja niitä oli kaikkiaan kolmessa teema-alueessa; pituudeltaan jaksot vaihtelivat yhdestä neljään puheenvuoroon. Refleksiiviset jaksot alkoivat 7. teema-alueesta ja niitä oli yhteensä viidessä teema-alueessa ja niistä kolme oli työntekijöiden reflektointia; pituudeltaan jaksot vaihtelivat yhden ja neljän puheenvuoron välillä.

Toisessa hoitokokouksessa oli 28 eksternaalista, 7 internaalista ja 6 refleksiivistä jaksoa. Eksternaaliset jaksot olivat edelleenkin pitkiä, kuitenkin niin, että toisia prosessijaksoja oli välissä. Internaaliset jaksot alkoivat ensimmäisestä teema-alueesta jakautuen viiteen eri teema-alueeseen; jaksujen pituus vaihteli yhdestä puheenvuorosta kahdeksan puheenvuoron mittaiseen jaksoon. Refleksiiviset jaksot alkoivat 6. teema-alueesta ja jakautuivat kuuteen eri teema-alueeseen. Jaksoista yksi oli työntekijöiden reflektointia, ja pituudeltaan jaksot vaihtelivat kahdesta kahdeksaan puheenvuoroon.

Kolmannessa kokouksessa oli eksternaalisia 36, internaalisia 10 ja refleksiivisiä 12 jaksoa. Eksternaaliset jaksot olivat tässä hoitokokouksessa välillä pitkiä, koko teema-alueenkin pituisia, mutta niitä lyhensivät selvästi enemmän toiset puheen prosessointityyppien jaksot. Internaaliset jaksot alkoivat toisesta teema-alueesta, ne jakautuivat kuuteen eri teema-alueeseen ja pituus vaihteli yhdestä kymmeneen puheenvuoroon. Refleksiiviset jaksot alkoivat myös toisesta teema-alueesta, niistä 7 oli työryhmän reflektointia ja pituudet olivat yhden ja yhdeksän puheenvuoron välillä.

Näiden kolmen hoitokokouksen aikana siis sekä internaalinen että refleksiivinen puhe lisääntyivät. Huomattavaa on kuitenkin se, että vaikka refleksiivinen puhe lisääntyi jonkin verran, itse potilaan eli Markon refleksiivisen puheen osuus pysyi jokaisessa hoitokokouksessa hyvin vähäisenä. Refleksiivisen prosessoinnin jaksoihin Marko osallistui kerran ensimmäisessä hoitokokouksessa ja kaksi kertaa sekä toisessa että kolmannessa hoitokokouksessa.

Esimerkki 5 on katkelma kolmannelta hoitokokouksesta, siinä on sekä eksternaalista, internaalista että refleksiivistä prosessointityyppiä:

P: No Teemu on nyt tuota niin 16, toinen on 15. Siitä on kolme vuotta aikaa. Sillon oli vielä sitten tuota, se disko oli vielä silloin, lauantai-iltahan se oli, ne oli nuoremmat pojat oli kans siellä diskossa silloin, minä olin töistä tullu. Jyrkillä oli sen tyttöystävän kans hankaluuksia, ja se ei sitä kestänyt, se niin semmonen äkkipikainen ja pimahteli toisille. Mie sitte oon yrittäny () töissä, saatto työkalut heittää heti ja sitten monesti (), ja silloin töissäkin, joskushan sitä hermostuttaa, jos ei tule tehtyä, sanoin että se on nyt tehtävä ja silloin tää, se niinku raivostu heti että ja teki kuitenkin työnsä. Niin tuota sitte semmonen kauhean äkkipikainen. Että siinä tuli sitte siinäkin se niin hermostu sen tyttären kans. Jotenkin aivan kauhee. Sekin varmaan, että se, musta ainakin vähän tuntu, että se vaan niinku yritti että jos semmonen joku säikäytys tai joku semmonen. Mutta siitähän ei selviä. (5 s.)

NT: Löysiks sää sitte hänet niinku pian?

P: Joo. ().

MT: Missäs.

P: Siellä on semmonen rakennus, se oli siellä, se oli yläkerrassa, siinä päässä. Ja siellä aloin katteleen ja tuota mopo oli siinä pihalla ja tallissa oli valot ja, en mä sitä kuitenkaan, kävin sit tallissa kattomassa, no ei siinä

E

R

E

näkyny mittään, sitte lähin ja otin auton ja kiertelin kylällä, et jos se on tuota tuonu sen mopon ja lähteny sinne kylälle kävelemään. Sitten tulin takas ja sitä ei näkyny siellä missään, tulin takasin ja sitte lähin uuvestaan ja menin vintille kattoon sitte, niin siellä se oli, oli tuota. Ei siinä auttanu, mie yritin että tuota vasta on tapahtunu, että yritin nostaa mut hän oli ihan kankia jo, sen jätin siihen ja hain vaimon kaveriksi ja otimme yhdessä alas sitten ja poliisit ja...no poliisin mä ite sinne hain ja siinä ei enää ambulanssia tarvittu. ().

MT: Sitä ei varmaan kauheampia tilanteita elämässä voi ollakkaan?

P: Ei kyllä se, kyllä siinä on semmosia pätkiä, ettei muistakkaan, että mitä on tehny, juossu sitä väliä, talon ja tallin väliä vissiin pari-kolkytä kertaa... joo.

(8 s.) Kesällä tulee kolme vuotta siitä, on se aika kuitenkin menny sitten.

E

I

E

Tapaus Harri

Harrin kahteen käsittelemäämme hoitokokouksen osallistui perheenjäsenistä Harrin lisäksi hänen äitinsä, isänsä, sisarensa ”Marita” sekä veljensä ”Erkki”. Työryhmän muodostivat psykologi, terapeutit sekä lääkäri. Teema-alueita kahdessa hoitokokouksessa oli yhteensä 82, ensimmäisessä niitä oli 33, toisessa 49. Näissä teema-alueissa *määrän dominanssi* jakaantui seuraavasti. (ks. taulukot 7 ja 8)

Taulukko 7, määrän dominanssin jakautuminen Harrin hoitokokouksissa henkilöittäin.

| Henkilö | Määrä | Prosentti |
|--------------------------------|-------|-----------|
| Harri | 27 | 32,9 |
| Äiti | 20 | 24,4 |
| Lääkäri | 7 | 8,5 |
| Terapeutit | 7 | 8,5 |
| Marita | 5 | 6,1 |
| Perheenjäseniä & Työntekijöitä | 5 | 6,1 |
| Isä | 4 | 4,9 |
| Erkki | 3 | 3,8 |
| Perheenjäseniä yhdessä | 2 | 2,4 |
| Psykologi | 1 | 1,2 |
| Työntekijöitä yhdessä | 1 | 1,2 |
| Yhteensä | 82 | 100 |

Taulukko 8, määrän dominanssin jakautuminen Harrin hoitokokouksissa henkilöryhmittäin.

| Henkilöryhmä | Määrä | Prosentti |
|------------------------------|-------|-----------|
| Perheenjäsenet | 61 | 74,4 |
| Työntekijät | 16 | 19,5 |
| Perheenjäsenet & Työntekijät | 5 | 6,1 |
| Yhteensä | 82 | 100 |

Esimerkki 6, teema-alue, jossa määrän dominanssi on Harrilla:

H: Et miten muuten,] pystyykö yleensäkkään tuommosiakaan esimerkiksi selittämään loppujen lopuksi.

Ä: Ja sit.

H: Minkään lääketieteen pohjalla esimerkiksi tuommosta asiaa, jos sää näät semmosen häränpäisen ihmisen näkynä? No onko sitte, onko se sit, minusta se on ihan todellinen tavallaan semmonen, et se niinku kuuluuki tietyllä tavalla siihen ihmisen elämään ja aikaan.

T: Ootko sää nähny semmonen?

H: Oon.

L: Useammin vai?

H: Yhen kerran.

L: Koska?

H: En, toissakesänä, niinku vähän yli vuosi sitten takap, ei se, siinä sano, et se piti semmosta rautatangosta näin toisella kädellä kiinni ja siinä sanottiin, että se pitäis tappaa tämä, tämä olio.

T: Missä sanottiin?

H: Siinä näyssä. Ja sillä oli sarvet päässä ja ihmisen ruumis muuten, mutta niin.. ja ihan nyt niinkö oikia häränpää ja se ei ollu uni, se oli silimät kiinni, minä näin sen mutta pystytäänkö nyt yleensäkin tämmöstä niinkö näkyä, että se, todistamaan millään tavalla, että onks sitä missään, kuuluukse etes mihinkään lääketieteenkään piiriin tai minkään eläintieteen piiriin tuommonen että ei sitä nyt oo olemassakaan semmosta eläintä.

L: Miten se [tuota.

Teeman dominanssin jakautuminen:

Taulukko 9, teeman dominanssin jakautuminen Harrin hoitokokouksissa henkilöittäin.

| Henkilö | Määrä | Prosentti |
|------------------------|-------|-----------|
| Terapeutti | 21 | 25,6 |
| Lääkäri | 18 | 22,0 |
| Harri | 16 | 19,5 |
| Äiti | 13 | 15,9 |
| Marita | 8 | 9,8 |
| Psykologi | 2 | 2,4 |
| Isä | 1 | 1,2 |
| Erkki | 1 | 1,2 |
| Perheenjäseniä yhdessä | 1 | 1,2 |
| Työntekijöitä yhdessä | 1 | 1,2 |
| Yhteensä | 82 | 100,0 |

Taulukko 10, teeman dominanssin jakautuminen Harrin hoitokokouksissa henkilöryhmittäin.

| Henkilöryhmä | Määrä | Prosentti |
|----------------|-------|-----------|
| Työntekijät | 42 | 51,2 |
| Perheenjäsenet | 40 | 48,8 |
| Yhteensä | 82 | 100,0 |

Esimerkki 7, teema-alue, jossa teeman dominanssi on terapeutilla:

T: Mitä sun niin tuota opinnot sitten, ne on nyt keskeytyny, jatkuuks ne joskus, miltä ne näyttää?

H: Se on tuota nuin.

T: Ymmärsinkö mä oikein, että sä oot puolitoistavuotta ollu sitte pois sieltä ja [kotona.

H: Oon,] jotenki ne on vain sillai hyytyneet. Tässä vähän niinku jotenki.

L: Et osaa sanoo, jatkuuko ne joskus.

H: Se on semmonen vähän rahatilanneki kysymys, ei oo tällä hetkellä kyllä yhtään rahhaa lähtiä minnekään opiskelemaan. Mä oon sitte niinku ite kehitelly tuota, omin päin tuota juttua, että pystyyhän sitä nyt itekki, itekki semmosen tekemään noita asioita, kyllähän sitä vois tietysti [opiskella.

T: Omia teorioita, niinkö?]

H: Niin omia.

Vuorovaikutuksen dominanssin jakautuminen:

Taulukko 11, vuorovaikutuksen dominanssin jakautuminen Harrin hoitokokouksissa henkilöittäin.

| Henkilö | Määrä | Prosentti |
|------------------------|-------|-----------|
| Terapeutti | 22 | 26,8 |
| Lääkäri | 22 | 26,8 |
| Harri | 15 | 18,4 |
| Äiti | 9 | 11,0 |
| Työntekijöitä yhdessä | 7 | 8,6 |
| Osastonhoitaja | 2 | 2,4 |
| Psykologi | 2 | 2,4 |
| Isä | 1 | 1,2 |
| Marita | 1 | 1,2 |
| Perheenjäseniä yhdessä | 1 | 1,2 |
| Yhteensä | 82 | 100,0 |

Taulukko 12, vuorovaikutuksen dominanssin jakautuminen Harrin hoitokokouksissa henkilöryhmittäin.

| Henkilöryhmä | Määrä | Prosentti |
|----------------|-------|-----------|
| Työntekijät | 55 | 67,0 |
| Perheenjäsenet | 27 | 33,0 |
| Yhteensä | 82 | 100,0 |

Esimerkki 8, teema-alue, jossa vuorovaikutuksen dominanssi on terapeutilla:

T: Sää sanoit Torsti, että Torstihan sun nimi on.

I: Niin on.

T: Sanoit, että niin tuota te ootte olleet myöskin huolissaan sitte Harrista.

I: Joo pari vuotta.

T: Missä mielessä huolissaan, niinkun mielenterveydestä vai, vai mistä, minkälaisista asioista?

I: No mulla on, tuli semmonen käsitys pari vuotta sitten, että hän ei jaksa opiskelua suorittaa ilmeisesti näitten.

T: Aha.

Ä: Niin ja sitte tuo.

Esimerkki 9, teema-alue, jossa vuorovaikutuksen dominanssi on Harrilla.

H: Se on justiinsa vähän ihmeellisiä, suoraan sainottuna ne on kyllä vähän omituisia juttuja, jos niitäki, nuitaki rupiaa miettiin, just sitä että kaks on yhtäsuuri ku yks, se on kyllä ihan varmasti, se on järjen vastanen loppujen lopuksi kyllä koko homma, mutta se on ihan selevä, että siinä kyllä ite, itelläki kohta, iteki mennee vähän sekasi [tuota sen asian kans.

T: Solomuun, solomuun] mennee ainakin [sen kanssa

H: Nii,] se oli ku päivänki sitä miettii, sitä illalla jo houraa [ja ihan semmosia.

I: No, onko] siitä jotakin hyötyä sitte miettiä sitä hommaa sitten.

T: Miten [nyt tuota.

H: No tuota] on, minun mielestä siitä on hyötyä, no tuota, mistä sitä mitäpä sitte ois hyötyä.

Narratiiviset prosessityypit jakautuivat kahdessa hoitokokouksessa siten, että eksternaalisia jaksoja oli yhteensä 103, internaalisia 21 ja refleksiivisiä 30.

Ensimmäisessä hoitokokouksessa eksternaalisia jaksoja oli 42, internaalisia 13 ja refleksiivisiä 8. Eksternaaliset jaksot olivat pitkiä, monet teema-alueet olivat pelkkää eksternaalista prosessointia. Internaaliset jaksot alkoivat 4. teema-alueessa, ne jakautuivat 10 eri teema-alueeseen ja olivat pituudeltaan yhdestä viiteentoista puheenvuoroon. Refleksiiviset jaksot alkoivat 4. teema-alueesta ja ne jakautuivat kuuteen eri teema-alueeseen, niiden pituus vaihteli yhdestä kolmeentoista puheenvuoroon. Työryhmän reflektointia refleksiivisistä jaksoista ei ollut tässä hoitokokouksessa yksikään.

Toisessa hoitokokouksessa eksternaalisia jaksoja oli 61, internaalisia 8 ja refleksiivisiä 22. Eksternaaliset jaksot olivat pääosin lyhyempiä kuin ensimmäisessä hoitokokouksessa, niitä oli 61. Internaaliset jaksot vähenivät ensimmäisestä hoitokokouksesta. Niitä oli kahdeksan ja ne alkoivat 4. teema-alueesta ja jakautuivat kahdeksaan eri teema-alueeseen. Internaaliset jaksot olivat kahdesta puheenvuorosta kymmeneen puheenvuoroon pitkiä. Refleksiiviset jaksot lisääntyivät ensimmäisestä hoitokokouksesta. Niitä oli yhteensä 22, ja ne alkoivat 2. teema-alueesta ja jakautuivat kaikkiaan seitsemälletoista eri teema-alueelle. Refleksiivisistä jaksoista oli työryhmän reflektointia kolme jaksoa. Huomattavaa on se,

että refleksiivisissä jaksossa itse potilas eli Harri puhui aktiivisesti paljon, sillä ensimmäisessä kokouksessa hän osallistui seitsemään refleksiiviseen jaksoon ja toisessa kokouksessa viiteentoista jaksoon.

Esimerkki 10 on katkelma ensimmäisestä hoitokokouksesta, jossa on sekä eksternaalista, internaalista että refleksiivistä prosessointityyppejä:

- H: Meillä oli tuolla, meillä on mökillä] tuo, meren rannalla on mökki tuolla ()ssa ja sitte silloin ku me oltiin siellä ()ssa silloin, siitähän on yli vuosi sitten, niin mä olin siinä niinkö näyssä siellä mejän mökillä, siinä kalliolla näin, istuin siinä kalliolla ja sitte siinä lensi semmonen valakonen kyyhkynen siinä kalliolle näin ja mä ruokin sitä semmosella kirjalla, niinkö revin semmosesta kirjasta sivuja ja kostutin vetteen ja sitte se söi niitä ja sitte se lähti siitä lentoon ja laskeutu tähän mun vatsan päälle näin, ei sit, vei sit kyntesä tähän ja mä rupesin kattoon näin, niin sieltä tuli ihmisen, ihmisen kasvot tuli sille ja se alko niinku semmosesta unesta heräämään, niinku silimät alko niinkö aukeamaan.
- T: Mikä, se kyyhkykö?
- H: Niin.
- L: Se ei ollu uni, [vai.
- H: Se oli] tavallaan, se oli niinkö unen niinkö loppu, mää justinsa heräsin siinä sitten.
- L: Oliks se pelottava [vai, mikä?
- H: Ei se ollu] pelottava, mutta minun mielestä se, se oli niinkö semmonen näkyuni ja sitte ja siinä alako joku laulu soimaan siinä sitte, sitte heti ku mä rupesin heräämään siinä ja tuli semmonen hirviä onnentunne, semmonen tunne, niinku onnentunne yhtäkkiä niinku jostakin näin.
- L: Se ei ollu pelottava, päinvastoin onnellinen?
- H: Ei, ei se ollu ollenkaan pelottava uni. Se oli tavallaan niinkö, mutta mihinkä nämä eläimet liittyy, että ei näitä jatkuvasti kukaan pysty sitte sanomaan, että mitä ne niinku kuvastaa niinkö, ku ei ne oo unia, ne ei, ne on jotaki puoliunia semmosia että ne ei oo ihan [todella, paljon todellisen tuntuset.
- L: Mitä nää sinulle] merkitsee? Puhutko sää niistä paljon kotona?
- H: En minä oikein tiijä, että mitä ne minulle merkitsee sitte, että onko ne sitte,

E

I

R

kuvastaako ne vaan vai tulleeke ne jostakin alitajunnasta sitte, ajatuksista vai, jos ne on vaan omia ajatuksia ja kuvitelmia loppujen lopuksi. Jos ne on loppujen lopuksi vaan omia niinkö tavallaan niinkö kuvitelmia vaan, semmosia näkyjä...kuvitelmanäkyjä, eipä niillä välttämättä oo mittään merkitystä tietenkään, mutta en mä tiijä sitten, että pystyykö sitte, että pystyykö joku ihminen sitte saamaan niitä ensinnäkin mistään ja en minä tiijä.

} R

Vuorovaikutus hoitokokouksissa

Käsitteet ja esimerkkikatkelmat

Seuraavassa tarkastelemme hoitokokousten vuorovaikutusprosessia erityisesti seuraavien käsitteiden kannalta: kytkeytyminen, dynaamisuus ja dialogisuus vs. monologisuus. Analysoimme esimerkinomaisesti molempien hoitoprosessien alut edeten kronologisesti. Esimerkkikatkelmien oikeaan reunaan olemme merkinneet analyysissa käyttämiämme vuorovaikutusta selvittäviä koodeja.

Tapaus Marko

Markon hoitoprosessi alkaa hänen tilannettaan jo aiemmin tuntevan työntekijän puheella, josta seuraava katkelma.

NT: Mää olin tuota siellä semmosessa tilanteessa, että tuo äiti oli ollu (hälinää), äiti oli ollu yhteydessä tonne mielenterveystoimistoon ja oli ollu Markosta huolissaan ja tota se oli alunperin mun, mun muistin mukkaan niinku varattu aika sulle ja äitille sillon kes.. olik se keskiviikko, niin sinne mielenterveystoimistoon, mutta Marko ei ollu ite sinne tullu mutta äiti oli, äiti oli tullu ja kertomaan, että on hirveän huolissaan, että oli niinku siinäki tilanteessa ollu huolissaan, että Marko tekkee itelleen jottain.

+

MH: Olik se niinku viime viikon keskiviikko?

- +

NT: Viime viikon keskiviikkona joo ja tota sitte me mentiin sinne sillon keskiviikkoiltana, sinne Väänäsen Veijo ja minä ja Riikosen Aulikki ja

Pennalan Seija ja Marko oli ihan ihmeissään, kun me tultiin, että mitä me siellä tehhään ja sovittiin sitte, että äiti voi kertoa siinä sitte siitä huolesta, et mitä hällä on ja tuota korjaa Marko, jos mä muistan väärin. Ja sitte, että se oli, sä olit niinku silloin aikasemmin ollu ensiavussa siellä
terveyskeskuksessa kyllä. - +

MT: Mmm. (-)

NT: Ja tota äiti, äiti kertoi, että hänen mielestä Markon vointi on muuttunu niinku parin viime viikon aikana, että äiti puhu et Markolla on niinku harhoja ja jotka ei kyllä siinä tilanteessa, kun me Markoa tavattiin, niin tullu mitenkään esille, et Marko ite kerto että hällä on joskus pinna tiukalla ja tota on liikaa viinan käyttöä ja semmosta toimetttömyyttä ja tyhjää oloa, ettei oikeen oo mittään mitä tekis, että kavereitten kans lähinnä kannänny sitte viikonlopun.

MT: Ymm. (-)

Seuraavasta toisen teema-alueen katkelmasta ilmenee, kuinka dialogi etenee, kun Markokin osallistuu puheeseen.

MT: Että mitä tänään on tapahtunu, kun sinä tänne ()lle olet nyt tullu? - +

M: Ei oo tapahtunu mittään, mä tässä nyt leppäämään joksia aikaa, että noi hermot vähän niinku, mä oon ryypänny ja miettiny kaikkee, mitä sitä on päissään sekoillu ja sen semmosta. - +

MT: Joo. [()]. -

M: En niinku oikein oo nukkunu] yöllä. 0

NH: () koska Marko on viimeks ryypänny nyt sitten että? - +

M: Keskiviikkona vai oliks se tors.. keskiviikkona. -

MT: Sie oot päissään sekoillu?

M: Mitä? (-)

MT: Että päissään olet jotain sekoillu. - +

M: Hmm. -

MT: Oot sää ite ollu huolissaan omasta voinnista? +

M: No en mä tiijä, no nyt viime päivinä on ollu semmonen väsyny olo. - +

NT: Ootko sää nyt viikonlopun aikana nukkunu? - +

Keskustelu eteni siten, että MT pyytää Markoa itse kertomaan käsityksensä siitä, mikä tilanne nyt on. Tästä NH ottaa kysymyksiinsä Markon käyttämän sanan 'ryyppääminen' ja kysyy siitä lisää. MT puolestaan käyttää Markon käsitettä 'päissään sekoillu', johon Marko ei kuitenkaan lisää mitään. Kun MT kysyy Markon huolesta, tämä tarjoaa uudestaan nukkumiseen liittyvää teemaa, johon ensimmäisellä kerralla ei työryhmä reagoinut, nyt NT tarttuu aiheeseen ja kysyy siitä tarkemmin. Esimerkkikatkelmassa työryhmä kytkeytyy Markon puheeseen. Dialogi etenee, kuitenkin niin, että se pysyy yhden alateeman käsittelyssä kerrallaan vain lyhyen aikaa. Dynaamisuus on edellä mainitun seikan vuoksi vähäistä, koska yhden aiheen eteenpäin vieminen kestää katkelmassa enimmillään kolme puheenvuoroa.

Kolmannessa ja neljännessä teema-alueessa puhutaan elämäntilanteesta ja taustoista, ja niissä dialogisuus toteutuu melko hyvin. Viidennessä ja seitsemännessä teema-alueessa, joista seuraavat esimerkkikatkelmat ovat, Marko kertoo melko monisanaisesti tilanteista, ajatuksistaan ja tuntemuksistaan sekä muun muassa väkivaltaisuudestaan äitiään kohtaan.

NT: Et jotenkin mä ymmärsin sen sillä lailla, että Marko oli yrittänyt niinku äitiltä kysyä jotakin, et mitä äiti niinku jollakin tarkoittaa ja äiti ei ollut sitä. - +

M: Niin siis tota, kun minä silloin uuvuonujen viikonloppuna, poliisit käynty jo meillä kerran, päissään pyöriny. Kun se ei alkanu puhumaan, alko keskellä yötä keittää kahavia ja siskolta ensin kävin kysymässä, onko täällä käynty poliisit, se ei alkanu puhumaan, niin mä äidiltä sitte kyssyin, menin, ovesta menin ulos silloin tulinkin siihen keittiöön ja emäntä kääntyi, se että ei niitä saa sanoa ollenkaan ja sitten vaan huitaisin sitä, juoksin sinne käytävään ja alko siinä huutaa. Minä, että ei nyt tarvii huutaa, että miksei se voi sanoa, siinä rauhotuin sitte sillä hetkellä iski se olo ja sit tuli poliisit ja ambulanssi siihen. Mut jotenkin tuntuu, niin no on se tietenkin tyhymää. Että eihän sitä saisi lyyä omaa äitiä varsinkaan, mutta kauhu iski siinä tilanteessa. - +

NT: Oliko se silloin sitte kun olit terveyskeskuksessa sen jälkeen? - +

M: Oli justinsa se edellinen ilta. - +

NH: Miksi äiti ei sitte sanonut sitä, että ne poliisit tuli. Oli ().

M: Mitä? (-)

NH: Miksköhän se äiti ei sanonut sitä, oliko ne poliisit olleet silloin edellisenä yönä vai ei? Mikä sen estää. - +

- M: Eei, ei se edellisenä yönä ollu, kun tota se oli silloin uujenvuojen viikonloppuna, sitä mää niinku mietskelin, koko aika niitä tulee tommosia outoja tapahtumia mieleen ja tiesinkin, et ne ei niinku oo tosia, mut sitte kun niitä mieltii vähän aikaa, niin sitten ne tuntuuki, että ohan semmosia tapahtunu. Liikaa on, mieltii vaan kaikkia tyhjänpäiväisiä asioita. - +
- MT: Se on niinku uutena vuotena on alkanu tämä tilanne? - +
- NT: Niin se alkoi. -

- NT: Joo, mut silloin niinku ensimmäistä kertaa äiti on ollu huolissaan. -
- MT: Mites nyt sitte tämän syksyn aikana, viime syksyn aikana? +
- NT: Hmm, sen mää muistan, et teillä on jotenkin ollu se puhheena, että siis se sun oma asunto. - +
- M: Niin. -
- NT: Että äiti kerto, et sää oot ollu jotenki niinku lainausmerkeissä kärsiny siitä, et sää asut vielä kotona ja ois, sulla ois ollu toive, että olisit saanu itelle oman asunnon. - +
- M: Loppujen lopuks se on itestä kiinni, noi koulunkäynnit ja muut. On semmonen omanarvontunne, et ei musta ittestä ei oo mihinkään, tuntee kaikki muut niinkö paremmaksi. Niin tää heikko luonto tietysti ärsyttää, että vois se kyllä olla parempi, jos sais yksikseen asuskella, olis itsenäisyys. -
- NT: Mut ei niinku tämmöstä huolta niinku nyt äitillä oli, niin ei oo ollu aikasemmin? - +
- MT: Niin ja äiti huolestu nyt nimenomaan tästä väkivallasta. - +

Ensimmäisessä katkelmassa, Markon kerrottua lyömisestä, työryhmä kytkeytyy hänen puheeseensa tarkentamalla ymmärrystään tapahtuman ajankohdasta, mutta itse tilannetta ja Markon tuntemuksista siinä ei oteta mukaan dialogiin. Työryhmä ei edelleenkään kytkeydy Markon tarjoamiin ajatuksiin, jotka ovat ensimmäisen katkelman Markon toisessa pidemmässä puheenvuorossa. Jälkimmäisessä katkelmassa Marko pohtii itsetuntoaan suhteessa koulunkäyntiin ja itsekseen asumiseen, minkä työryhmä jättää huomiotta ja pitäytyy itse aloittamassaan tavassa käsitellä teemoja. Näissä kahdessa katkelmassa dialogisuus toteutuu joissain määrin, mutta kuitenkin niin, että työryhmä

jättää selvästi huomiotta Markon tarjoamia ajatuksia ja tunteuksia ja erityisesti jälkimmäisessä katkelmassa työryhmän puhe on monologista suhteessa Markoon.

Yhdeksännestä teema-alueesta lähtien äiti osallistuu puhelimitse keskusteluun, ja hän hallitsee eri työryhmän jäsenten kanssa puhetta enimmäkseen kertomalla faktoja viidenteentoista teema-alueeseen saakka. Äiti kertoilee, ja työntekijät tekevät tarkentavia kysymyksiä. Dialogisuus toteutuu, mutta puheen määrä painottuu kuitenkin selkeästi äidille. Ensimmäinen hoitokokous loppuu pääosin seuraavan hoitokokouksen järjestämiseen, kolmanneksi viimeisessä teema-alueessa kysytään kuitenkin Markon mielipidettä äidin puheista:

MT: Se on mahdollista. Mitä sää Marko sanot tästä, että mitä äiti kertoi.

Onko sulla jotain kommentoimista siitä sitten, kun kuuntelit tossa, että mitä äiti puhu? +

M: Minun vikahan se tietenkin on, että olis pitäny se kämppä hankkia jo ajat sitte. -

MH: Se oli kaikenkaikkiaan, jos ajattelee, niin hirveän positiivista, mitä, hirveän vähän sitä negatiivista oli, hirvittävä määrä positiivista, mitä äiti sinusta puhui sillei tuota noin ihmisenä ja mitä oot touhunnut ja tehnyt, hyvin semmosen positiivisen kuvan anto susta. +

NH: Tukeva. -

Marko vastaa esitettyyn kysymykseen käsityksellään asiasta, mihin työryhmä ei kytkeydy, vaan MH esittää NH:n tukemana työryhmän ajatusta äidin puheista. Dialogisuus ei tässä katkelmassa toteudu suhteessa Markoon, työryhmä jättää hänet ikään kuin sivuun yhteisellä monologisuudellaan. Dynaamisuutta on katkelmassa jonkin verran, mutta se jää hyvin vähäiseksi, koska aihetta käsitellään vain lyhyesti. Katkelmassa Marko lisäksi pyrkii pohtimaan tilanteen syitä, mutta työryhmä ei lähde aihetta sen enempää laajentamaan.

Tapaus Harri

Harrin hoitoprosessi alkaa seuraavasti:

OH: Mistähän meidän sitte pitää alottaa. +

PS: Mmm, tuota niin. -

T: Varmaan jotenkin ainakin perustiedot (. - +

- PS: Niin, mitä me niinku tähän mennessä tuota niin, myös Maija Virtanen
terveyskeskuksesta täältä ()sta soitti maanantaina ja kertoi, että tuota niin tässä
viikonloppuna oli ollu semmoinen tilanne, että tuota niin, se olit Harri sinä vieny,
pyytäny apua ja sitte tuota niin vieny Maritan terveyskeskukseen [(). - +
- H: Se oli tuo niin Erkki,] nuorempi veli. - +
- PS: Niin. (-)
- H: Oli pyytänyt.
- PS: Niin, niin oli just juu, joo ja tuota niin siellä oli ollu sitte lääkärin kanssa
puhetta tästä, että me käyvään tuossa ()n terveyskeskuksessa kerran
kuukauessa konsultoimassa, niin oli puhetta että me ollaan tämmönen, voiiaan
tämmösiä kriisikäyntejäkin tehdä, niin sitten Maija Virtanen oli kertonu teille tästä,
mää en tiedä kenelle hän kerto siitä. - +
- Ä: Ööh, minulle. - +
- PS: Sinulle kerto ja [ja tuota niin... - +

Tässä vaiheessa puhe on voimakkaasti työryhmän ohjailemaa johtuen paljolti
teemasta, jota käsitellään. Puhe on dynaamista, koska samaa teemaa jatketaan useampien
puheenvuorojen ajan. Kuitenkin perheenjäsenet pääsevät heti alusta puheeseen mukaan
kuten seuraavasta, edelleen toisen teema-alueen katkelmasta nähdään.

- ... ja tuota niin tämmönen Erkki, nuoriveli. Missäs Erkki on nyt? +
- I: Erkki on nyt koulussa, ()ssä käypi koulua. - +
- PS: Aha, just. Erkki oli ollu kovasti huolissaan. - +
- I: Niin. -
- PS: Varmasti te kaikki ootte kovasti huolissaan. +
- Ä: Niin Maritalla oli eilen semmosta ahdistusta, ku, aivan mahotonta ahdistusta ja
sitten kun me oltiin ()llä ja tässä ollaan oltu niin, niin tuota oisko se sitten
vielä se, vaikuttanu siihen 0
- PS: Mutta [tuota niin. 0

Kuitenkin, kun äiti alkaa kertoa Maritan, Harrin siskon, ahdistuksesta, työryhmä jättää
sen huomiotta eikä siten käytä mahdollisuutta kytkeytyä perheenjäsenen puheeseen. Tässä
katkelmassa dynaamisuus ja dialogisuus toteutuvat vain vähän, koska puhe on

direktiivistä. Sitä tässä tulee ikään kuin sekoittamaan äidin puheenvuoro, johon ei olla vielä valmiita kytkeytymään.

Kolmannessa teema-alueessa esittäydytään, ja siinä puhe rakentuu edelleen paljolti työryhmästä käsin. Neljännessä teema-alueessa Harri alkaa puhua omista kokemuksistaan reilun vuoden takaa, mistä seuraava katkelma.

- H: Ja tämä on,] te ootte niinkö tavallaan niinkö mielenterveysihmisiä? +
- L: Niin. -
- H: Minähän olin kans töissä tuolla ()ssa siellä ()ssa tiedättekö sen paikan? En mä tiijä, onks se enää siellä mielisairaalassa. +
- L: Ei se [oo enää. - +
- PS: Ei oo] - +
- H: Onks se lakkautettu? Se oli tuota ei nyt viime kesänä vaan toissakesänä ja tuota mä en tiijä sitte, tarttuko minnuun siitä sitte jotakin vaikutteita sen jälkeeseen, mä olin puoli vuotta olin siellä ja olin kyllä sairaala-apulaisena, mutta mä kyllä keskustelin niitten potilaitten, kyllä ne ihan vappaana siinä kulkee, sitte tulevat jutteleen siihen ja kyllä kai mä niitten kans juttelin, mutta en mä tiijä, mi..onks sitte siinä joku hypnoosikin siinä vaikuttanu siinä sitten, en minä tiijä mikä siinä on, sitä alko pikkuhiljaa tietysti, ne ei, jotenkin ne alitajuntaan vai mihin ne oikein syöpy ne sitten. - +
- T: Mitkä? - +
- H: Ne jutut tai ne puhheet ja kaikki, ne oli jotenkin semmosia aivan kummallisia sitte ku sitä miettii. Siinä skitsofreenikkoja ne oli tietysti, en mä tiijä sit että, tietääkö sitte kukkaan tarkalleen, että mikä se on tuo skitsofrenia, luulo..onks se niinkö luulosairaus vai mikä se on. - +
- T: Ei kait se luulosairaus ole. -
- L: Niin, joskus voi olla erilaisia kuvitelmia ja luulojakin, mut en, eri näkökulmia. -
- H: Mutta en minä sitte tiijä, että ei kai niitä nyt voi, jos on itellä jotakin vaikeuksia, niin panna sitte heti muitten syyksikään sitä, että en minä tiä, ei se ainakaan heti alussa huomannu sitä kyllä, että mittään vaikutusta että. +
- T: Onks sitä ollu jotain vaikeuksia, vai mikä sitten? - +
- H: Ei mulla oikeestaan ollu, mutta mutta, ei mulla sinänsä, ei kai tässä nyt jos yleensä elämässä ollu jotakin ongelmia, miettii niin ei kai niitä ko käy, kyllähän ne tietysti voi, ei niitä kannata sillai niinkö omiksi vaikeuksiksi, vaikka ne, jos

sinä mietit jotakin asiaa ja lasket, niin eihän ne, tavallaanhan ne tietysti on sinun vaikeuksia, jos sinä niitä mietit, mutta eihän ne sinusta johu siitä huolimatta, kokeilet, kirjoittelet noita ja opiskelet jotain laskuja, lasket ja mietit niin se, onhan ne tietysti tavallaan niinkö vaikeuksia, mutta niin, nehän on siinä paperilla tavallaan semmosia, en mää tiijä sitte, että onko ne sitte henkilökohtasia ongelmia siitä huolimatta, jos niitä laskee sillai. Tietysti ne on ongelmia, mutta ei kai ne nyt, sitte ne on ihan ulkoisia kuitenkin. - +

T: Nyt mä en oikein niinku (), ett mitä sä oot, mitä sä niinku tarkkaan [ottaen sanoit. - +

H: Siis jos nyt] kuulette, kysytte. 0

L: Ei kun sää otit puheeksi, niin se on ()ssa, niin oliks se jotenkin, se vaikutti sinuun ilmeisesti jotenkin voimakkaasti vai mitä sä tarkoitat. - +

Katkelmassa Harri aloittaa puheen, johon työryhmä lähtee mukaan ensin vastailemalla kysymyksiin ja myöhemmin tarkentavilla kysymyksillä ymmärtääkseen Harrin ajatuksia. Saman aiheen kehittäminen jatkuu melko pitkään, joten dynaamisuus toteutuu samoin kuin dialogisuus, koska seuraavaan puheenvuoroon otetaan joka kerralla sisältöä edellisistä ja useimmat puheenvuorot vaikuttavat seuraaviin.

Viidennessä ja kuudennessa teema-alueessa käsitellään opintoja ja lääkitystä niin, että perheenjäsenet määräävät teeman, johon työryhmä lähtee mukaan. Dynaamisuus ja dialogisuus toteutuvat molemmissa melko hyvin. Seitsemännessä teema-alueessa terapeutti palaa aiheeseen, josta Harri aiemmin – ennen äidin esille ottamaa opiskeluaihetta – jo vähän puhui.

T: Kerroppas sitä sinun hommaa, se on jännä. +

H: Niin sitä, noni paperille kirjoitetaan, otetaan paperina ja kirjoitetaan, että niinku mate..että tehään matemaattisen yhtälön, että kakkonen ja sitte yhtäsuuruusmerkki, että tää on yks. Että no kato että no onhan se siinä, elä kato sitä paperia, ei sitä voi kukkaan kiistää ettei sitä oo siinä. Nyt sitte se todistus, että mihin se nyt sitte perustuu että jos joku sanoo, että on..onko se pelkkä sana, on, on, että niinkö se vain todistetaan, jos se vain pelkästään on siinä ettei sitä voi ennää sitä pitemmälle ennää loppujen lopuksi jatkaakkaan sitä ajatuskulkua, kun se vaan on siinä. Ei, siitä ei pääse ennää, se on nykyisin, se loppu tavallaan siinä. - +

T: Jos kuka tietää syyt ja seuraukset, niin kyllä kai sinä nyt matematiikasta sen

| | |
|--|-----|
| parhaiten tiijät. [Mistä, mistä nyt tämä () | - + |
| H: Niin, että mistä se johtuu. Niin että mistä se johtuu. | |
| Niin, että mistä se johtuu.] | - + |
| T: Jos sinä kysy tuommosta, joka sinun pitäis parhaiten tietää. | - |
| PS: Mutta hei miten tuota tää, miten tää nyt liittyy sitte esimerkiks siihen ()uun. | 0 |
| L: Mää mietin, että miten tämä liittyy [tähän tilanteeseen? | 0 |
| H: Eikö se loppujen lopuksi] ole hullua, jos väitetään, että kissa on koira, niin siis tämä tavallaan on hullua, eikö tämä hullujen huoneelle kuulu tämmönenki, tavallaan tämmönen, jos kissa on kissa, jos minä päätän, että tämä on lehemä tässä (yleistä naurua), niin eikö tämä oo hullua? | + |
| OH: Meinaaks sää, että sinut pitäis viijä tuota sitte sairaalaan? | - + |
| H: Niin, niin tavallaan, mutta eikö tämmönen puhe oo tavallaan hullua? | - + |
| OH: Riippuu, mitä sillä kaikkee tarkoittaa, jos tulee vain sanoo, [niin pitäskö mejän sitten. | - + |
| H: Niin, en minä tiijä pitäskö mut sinne viijä] mutta niin. | - |
| Ä: Kammo ei, kammo sairaalasta yleensäkin [hervittävän. | 0 |
| H: Mutta] eikö tämä nyt oo hullua puhetta, että jos sää lasket tästä nämä, montako kuppia, yks, kaks, kol, nel, viis, kuus, seittemän. Seittemän, no minä sanon et siinä on kolome ja puol, no järki..., sehän on jären vastasta, no eikö se oo hullua. | + |
| Ä: Niinkö ne oli puhunu ne potilaat siellä kaikkia, [monenlaisia. | - + |
| H: Ni, ni, no siitä] on aivan turha puhua mitä ne oli puhuneet siellä, [mutta minä väitän. | - + |
| Ä: Mutta.] | 0 |
| H: Sitä, no eikö se oo hullua, jos minä sanon, että tuossa on kolome ja puol kuppia, tehan näette, että siinä on seittemän. | |
| T: No riippuu siitä, että ootko sä jo vakuuttunu siitä, että siinä on kolome ja puoli kuppia. | - + |

Tässä T kytkeytyy pienellä viiveellä Harrin kaksi teema-aluetta aiemmin tarjoamaan aiheeseen. Työryhmä yrittää kytkeä puhetta muihin aiemmin käsiteltyihin aiheisiin, ja dynaamisuus toteutuu, koska aihetta käsitellään pitkään ja aiempikin konteksti otetaan puheeseen mukaan. Dialogisuuden toteutuminen on vaihtelevaa, koska katkelmassa tulee

useita puheenvuoroja, jotka jäävät irrallisiksi kuitenkin niin, että itse aiheen käsittely ei pääty.

Kahdeksannessa teema-alueessa työryhmä pyrkii selvittämään itselleen tarkemmin, kenen takia he ovat paikalle tulleet, ja yhdeksännessä Harri selvittää harhanäkyänsä. Kymmennessä teema-alueessa äiti kertoo Harrin vapaa-ajanvietosta ja yhdennessätoista Harri puhuu näkemästään unesta. Näissä kaikissa työryhmä kytkeytyy aiheisiin, dialogisuus toteutuu ja dynaamisuuskin on melko hyvää, kuitenkin niin, että jokainen näistä teema-alueista lukuunottamatta yhdettätoista ovat melko lyhyitä eli aiheita ei käsitellä kovin pitkään. Kolmannessatoista teema-alueessa Harri tuo taas esille asian, joka häntä on mietityttänyt:

- H: Mulla on vielä semmonenkin vielä yks asia nytte tästä, näistä eläimistä, no nyt on tää, viime kesänä oli, mulla ei tavallaan oo kaveria mutta, yks toinen henkilö kertoo mulle tämmösen asian, että hän hän niinkö mustana hevosena esiintyy, että hän on mustalla hevosella ratsastanu toisessa maailmansodassa, anto ihan tarkkoja päivämääriä anto ja paikkoja mistä paikasta minne. +
- T: Hmm, joku sun kaveri niinkö, [sano semmosta? - +
- H: Niin, niin.] -
- T: Mitä sä siitä? - 0
- H: Mitä? (-)
- T: Mitä sä siitä sitte aattelit?
- H: (Puhisee), hän väitti olevansa 90 - vuotias, syntyny vuonna 1902 ja väitti vaan, ihan tarkat vuosiluvut 1945 4. eiku 7.4. oli ratsastanu jostakin tuolta. +
- T: Sää epäilet, että voiko se olla totta, [niinkö? - +
- H: Niin] minä, et onko siinä nyt mittään perää, ei se, ei se niin vanha mitenkään, ei se yheksääkymmentä oo. - +
- L: Sitten kuitenkin rupesit niinku ihmettelemään sitä? - 0
- H: En minä hänen ikäänsä kyllä tiedä tarkasti mutta, oisko vähän päälle kolomenkymmenen, no oisko, oisko kolmiakymmentäkkään loppujen lopuksi ja minä että, onks siinä sitte jotaki, mikä merkitys semmosellaki asialla on. 0

Oheisessa teema-alueessa työryhmä kytkeytyy aiheeseen onnistumatta kuitenkaan joka kerralla saamaan kysymyksiinsä vastausta, joten dialogisuus ei toteudu niin hyvin

kuin se voisi toteutua. Toisaalta aihe kuitenkin pysyy samana ja dynaamisuus erityisesti Markovan ajatuksen mukaan toteutuu dialogisuutta paremmin.

POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tarkastella, miten dialogisuus toteutuu viidessä avoimen dialogin hoitomallin mukaisesti toteutetussa hoitokokouksessa, joissa hoidetaan psykoottista kriisiä. Ensimmäisessä tutkimusongelmassamme oli kaksi alakohtaa. Ensin tarkastelimme, kuinka tutkimusta varten kehitelty analysointimalli soveltuu hoitokokouskielen analysointiin. Analyysimalli osoittautui varsin päteväksi menetelmäksi selvittää hoitokokouskielen rakentumista, sillä sen avulla oli mahdollista jäsentää sitä, ketkä ovat vaikuttaneet hoitokokouskielen rakentumiseen (dominanssit) sekä sitä, miten puhetta hoitokokouksissa tuotettiin (puheen prosessityypit).

Dominanssien jakautumisesta voidaan havaita, että Harrin hoitoprosessissa perheenjäsenillä oli jokaista dominanssia prosentuaalisesti enemmän kuin perheenjäsenillä Markon hoitoprosessissa. Harri perheenjäsenineen vaikutti siis aktiivisemmin hoitokokouskielen rakentumiseen kuin Marko perheineen. Harrin tapauksessa perheenjäsenillä oli selvästi määrän dominanssi, teeman dominanssi jakautui lähes tasan perheenjäsenten ja työntekijöiden välillä ja vuorovaikutuksen dominanssi oli selvästi työntekijöillä. Markon tapauksessa dominanssit jakautuivat niin, että määrän dominanssia lukuunottamatta dominanssit olivat hyvin selvästi työntekijöiden hallussa verrattuna perheenjäseniin. Narratiivisista prosessityypeistä havaittiin, että Markon hoitoprosessissa eksternaalisen puheen osuus hieman väheni, (72,5%, 68,3%, 62,1%), internaalisen hieman lisääntyi (12,5%, 17,1%, 17,2%) samoin kuin refleksiivisen puheen osuus (15 %, 14,6%, 20,7%). Vaikka refleksiivisen puheen osuus hiukan kasvoi, pysyi kuitenkin Markon refleksiivisen puheen osuus jokaisessa hoitokokouksessa yhtä vähäisenä. Harrin hoitoprosessissa eksternaalisen puheen osuus säilyi melko samana (66,7%, 67%), internaalinen puhe väheni selkeästi (20,6%, 8,8%) ja refleksiivinen puhe lisääntyi (12,7%, 24,2%). Harri osallistui aktiivisesti refleksiiviseen puheeseen molemmissa hoitokokouksissa. Prosenttiluvut on laskettu narratiivisten prosessien kokonaismäärästä, siinä ei ole otettu huomioon jaksojen pituuksia.

Toiseksi tarkastelimme, kuinka analysointimalli soveltuu dialogisuuden, dynamiikan ja kytkeytymisen erittelemiseen vuorovaikutuksessa. Pelkkä analysointimalli ei kykene erittelemään näitä vuorovaikutuksen osa-alueita, mutta vuorovaikutuksen dominanssin määrittelyä laajentamalla se oli mahdollista. Tarkastelimme useamman sivun mittaista katkelmaa sekä Harrin että Markon hoitoprosessin alusta, minkä avulla oli mahdollista

tuoda esille vuorovaikutuksen prosessimaisuutta. Havaittiin, että Markon hoitoprosessin alussa dialogisuuden, dynamiikan ja kytkeytymisen toteutuminen on melko vähäistä, kun taas Harrin hoitoprosessissa työryhmä enimmäkseen kytkeytyi perheen puheeseen, ja dialogisuus ja dynaamisuus toteutuivat melko hyvin. Katkelmat otimme hoitoprosessien aluista, sillä Seikkulan (1994) mukaan dialogisuutta voidaan edistää verkosto- tai hoitokokouksessa siten, että kokouksen jokainen jäsen saa osallistua keskusteluun alusta saakka. Myös Andersenin mukaan aloituksella on tapaamisessa oma merkityksensä, sillä jo aivan ensimmäiset lauseet ovat usein olennaisia: ne johdattavat siihen suuntaan, mihin on hyvä edetä (1990).

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, onko analysointimallin avulla mahdollista erotella eri tavoin hoitoa tukevia dialogeja. Tutkimuksessa osoittautui, että erottelu on mahdollista. Käsittelemämme tapaukset erosivat toisistaan dominanssien määrien, narratiivisten prosessityyppien keskinäisten suhteiden sekä työryhmän puheeseen kytkeytymisen suhteen. Harrin hoitoprosessissa työryhmä kytkeytyi perheen puheeseen, ja puhe rakentui dialogisemmin ja dynaamisemmin kuin Markon hoitoprosessissa. Kuitenkin on huomattava, että Harri ja hänen perheensä osallistuivat itse aktiivisemmin vuorovaikutukseen kuin Marko ja hänen perheensä keskimäärin. Pohdimme myös tilanteen vaikutusta perheiden ja potilaan tapaan olla vuorovaikutuksessa; Marko oli osin vastoin tahtoaan sairaalassa, Harrin hoitokokoukset järjestettiin perheen kotona. Haarakankaan (1997) mukaan monologisessa keskustelussa osanottajien lausumat tai merkityssysteemit eivät kytkeydy keskenään, dialogisessa keskustelussa osanottajien lausumat ja merkityssysteemit kytkeytyvät. Hän toteaa myös, että dialogisuus edistää terapian myönteistä lopputulosta. Seikkulan ym. (2001b) tutkimuksessa ilmeni, että hyvän lopputuloksen saavuttaneen hoitoprosessin potilas sosiaalisine verkostoineen dominoi vuorovaikutusta ja tema-alueet olivat useimmin dialogisia. Huonon lopputuloksen tapauksessa potilasta ei kuultu niin herkästi, eikä hänen aloitteitaan ja yrityksiään kertoa psykoottisista kokemuksista otettu huomioon riittävästi.

Nähdäksemme avoimen dialogin hoitomallissa pyritään mahdollisimman vastavuoroiseen dialogiin eli lähenemään dialogin symmetriaa, mikä vastaa paljolti Luckmannin (1990) ajatusta dialogin perusominaisuudesta. Linellille (1998) taas dialogi on perustaltaan asymmetristä. Havaintomme vuorovaikutusta tutkiessa oli se, että dialogi on asymmetristä, kun jollakin puheeseen osallistujalla on vahvasti vuorovaikutuksen dominanssi eli koodimerkintöinä hänelle tulee paljon plusmerkkejä, eikä juuri lainkaan

miinusmerkkejä. Toisin sanoen dialogisuus ei pääse toteutumaan riittävästi. Toisaalta kun teema-alueessa ei ole havaittavissa ketään selvästi vuorovaikutusta dominoivaa puhujaa, ja miinus- plusmerkintöjä tulee useasti, on dialogi symmetrisempää ja dialogisempaa.

Vuorovaikutuksen dominanssin määrittelemisen oli hankalinta, mutta ehkä haasteellisuudessaan juuri parhaiten dialogia kuvaavaa. Alkuperäisen määritelmän varassa tuntui vuorovaikutuksen dominanssi määräytyvän liian intuitiivisesti, mikä sai meidät etsimään keinoja operationalisoida vuorovaikutuksen dominanssia objektiivisemmin. Tämä tuntui hyvältä myös siksi, että olemme pohtineet, kuinka henkilöiden, joilla ei ole mainittavaa kokemusta vuorovaikutustilanteesta hoitokokouksessa, on mahdollista tarkastella dialogia adekvaatisti. Kehitimme mahdollisimman yksinkertaisen merkkijärjestelmän, jotta pystyisimme riittävän yksiselitteisesti hahmottamaan, mitä vuorovaikutuksessa tapahtuu. Merkit olivat konkreettisuudessaan hyviä apuvälineitä, ja niiden avulla kykenimme myös tarkastelemaan kytkeytymistä, dynaamisuutta ja dialogisuutta vuorovaikutuksessa.

Anguksen ja Hardtken (1994) mukaan terapiatyössä voidaan saavuttaa hyviä tuloksia, jos terapeutti ja asiakas sitoutuvat kolmeen erilliseen tapaan - eksternaliseen, internaaliseen ja refleksiiviseen - tutkiskella tapahtumia ja kokemuksia. NPCS:n pilottitutkimus (Angus & Hardtke, 1994) osoitti, että refleksiivisen prosessoinnin määrä näyttää liittyvän terapian lopputulokseen siten, että hyvän lopputuloksen saavuttaneilla se lisääntyi, huonon lopputuloksen tapauksessa pysyi samana. Pohdimme sitä, että Anguksen tutkimuksissa on kyse kahdenkeskisistä terapiaistunnoista, mutta tutkimuksemme tapaukset olivat monikeskisiä terapiaistuntoja. Olisikin ehkä tärkeä miettiä tätä eroa Anguksen teoriaa sovellettaessa. Oletettavasti tärkeää monikeskisessä terapiassa on se, kuka refleksiiviseen puheeseen osallistuu, vaikkakin refleksiivisen puheen kuuntelu voi olla myös oivallusta antavaa. Tutkimuksemme osoitti, että Harri osallistui refleksiiviseen puheeseen aktiivisesti, kun taas Markon refleksiivisen puheen osuus oli huomattavasti vähäisempää kuin muiden keskusteluun osallistuvien refleksiivisen puheen määrä. Harrin ja Markon tapauksissa oli Anguksen ym. pilottitutkimukseen verrattuna melko pienet prosenttiluvut refleksiivisessä puheessa, mutta tässäkin saattaa vaikuttaa se, että kyse on monikeskisestä terapiasta ja se, että olemme tarkastelleet vain kahta ja kolmea ensimmäistä hoitokokousta. Mielestämme huomionarvoista on kuitenkin se, että refleksiivisen puheen osuutta laskettaessa ei otettu huomioon jakson pituutta. Vaikka refleksiivisen puheen prosenttiosuudet olivat kummassakin tapauksessa lähes samat,

Harrin tapauksessa refleksiivisen puheen jaksot yleisesti ottaen olivat selkeästi pidempiä kuin Markon tapauksessa.

Internaalisesta puheesta ilmeni, että Markon hoitoprosessissa se hieman lisääntyi ja Harrin hoitoprosessissa selvästi väheni, ja tämäkin on Anguksen ym. teorian mukaan yhteydessä hoitoprosessin lopputulokseen. Pohdimme myös prosessikoodien soveltamista psykoottiseen puheeseen. Psykoottinen puhehan voi olla hyvinkin pohdiskelevaa, refleksiivisen puheen kaltaista olematta kuitenkaan täysin ei-psykoottisen puheen kaltaista reflektointia, sillä siinä ei tunnu tulevan samankaltaista oivallusta omaan kokemukseen.

Jo analysointia aloitettaessa oli ajatuksenamme tarkastella myös dialogisuutta hoitokokouksissa. Analysointimenetelmässämme lähinnä vuorovaikutuksen dominanssi olisi voinut antaa siihen vastausta, mutta analysointimallissa oleva tapa määrittellä dominanssit teema-alueittain on dialogisuuden arviointiin liian karkea. Siksi kehitimme merkkijärjestelmän, joka teki vuorovaikutuksen dominanssin määrittelystä konkreettisemmän ja auttoi dialogisuuden arvioinnissa.

Ongelmalliseksi vuorovaikutuksen dominanssin määrittelyssä koimme sen, missä tapauksessa olemme ajatelleet puhujan viitanneen aiempiin sisältöihin keskustelussa. Rajanveto tällaisissa tapauksissa osoittautui vaikeaksi. Päädyimme siihen, että merkitsimme miinuksen, jos viittauksen kohteena ollut puheenvuoro tai konteksti oli samassa tai joissakin tapauksissa edellisissä teema-alueissa. Myös internaalisen ja refleksiivisen puheen määrittely hoitokokouskeskusteluista osoittautui välillä vaikeaksi huolimatta siitä, että niiden määrittelmät olivat melko selkeitä.

Tutkimuksemme luotettavuutta arvioidessamme olemme pohtineet ensinnäkin analyysimenetelmäämme. Se oli haasteellinen, sillä se ei ollut valmis malli, vaan kehitelimme sitä tutkimusprosessimme kuluessa. Tutkimuksen luotettavuutta lisätäksemme pyrimmekin määrittelemään analyysimenetelmän käsitteet mahdollisimman tarkasti. Luotettavuutta lisää myös se, että olemme tehneet analyysin kahden: subjektiivisuus on ollut jaettava. Analysoimme kaikki hoitokokoukset tahoillamme ja vertasimme sitten analyysiemme tuloksia keskenään. Pääpiirteittäin konsensus toteutui, mutta luotettavuutta tutkimuksellemme olisi tuonut lisää se, että olisimme laskeneet yhteneväisyyksistä tarkat prosenttiluvut. Mielestämme käytössämme ollut ja muokkaantunut analyysimenetelmä osoittautui kaikenkaikkiaan soveltuvaksi hoitokokouskielen tutkimiseen.

Tutkimusprosessin aikana heräsi ajatuksia mahdollisista jatkotutkimusaiheista. Mielenkiintoista olisi yhdistää Anguksen ym. (1994) ajatuksia refleksiivisen puheen sekä Anderson & Goolishanin (1992), Seikkulan (1994) ja Haarakankaan (1997) ajatuksia dialogisuuden toteutumisen tärkeydestä hoitoprosessissa siten, että tutkittaisiin, pyrkiikö työryhmä dialogisuuden avulla edistämään puheen refleksiivistä prosessointia. Refleksiivistä puhetta voisi tarkastella myös siltä kannalta, miten työntekijät reflektoidessaan kytkeytyvät toisiinsa. Havaintomme oli, että kun työryhmän jäsenet refleктоivat, he olivat useasti ikään kuin yksin lauseidensa kanssa. Jokainen sanoi oman näkökulmansa - toi siis arvokasta moniäänisyyttä keskusteluun - mutta äänet eivät kytkeytyneet toisiinsa, keskustelleet dialogisesti keskenään.

Hoitokokouskielen tarkastelu tutkimuksessa käytetyn analysointimallin avulla antoi mielestämme kiinnostavia näkökulmia monikeskeiseen terapiakeskusteluun. Paneutumalla vuorovaikutuksen dominanssin määrittelyyn saimme melko toimivan välineen tarkastella dialogin keskeisiä ominaisuuksia: kytkeytymistä, dynaamisuutta ja dialogisuutta. Käsitteiden selkeytyessä kävivät niiden keskinäiset suhteet yhä ilmeisimmiksi. Dialogista dialogia ei voi olla ilman kytkeytymistä, jaettua kieltä, eikä dynaamisuutta ilman dialogia. Dialogi voi kuitenkin olla dialogista, vaikka dynaamisuus ei olisi voimakasta. Tutkimuksen kuluessa havaitsimme siis sen, kuinka tärkeä tekijä kytkeytyminen on muodostettaessa dialogista dialogia (ks. esim. Haarakangas, 1997). Dialogisuus voi mahdollistaa psykoottiseen kriisiin - monologiseen tilanteeseen - joutuneen ihmisen tilanteen helpottumisen, kun kokemusten jäsentyminen mahdollistuu yhteisesti jaetulla kielialueella.

LÄHDELUETTELO

Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. (2000). Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti akuutin psykoosin integroitu hoito -projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Stakes, raportteja 257.

Andersen, Tom (1990). The reflecting team. Teoksessa T. Andersen (toim.), The reflecting team: dialogues and dialogues about the dialogues (s.18-107). Brodstairs: Borgmann.

Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. Teoksessa S. McNamee & K. Gergen (toim.), Therapy as social construction (s.25-39). London: Sage.

Angus, L., Hardtke, K. & Levitt, H. (1992). Luonnos NPCCS-menetelmän suomennokseksi, suomentaja Aarno Laitila. (Alkup: A rating manual for the narrative processing coding system.) York University, Department of Psychology, Nort York, ON.

Angus, L. & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. Canadian Psychologist, 35, 190-203.

Angus, L., Levitt, H. & Hardtke, K. (1999). The narrative processes coding system: research applications and implications for psychotherapy practice. Journal of Clinical Psychology, 55, 1255-1270.

Alanen, Y. (1993). Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito. Porvoo: WSOY.

Alanen, Y., Lehtinen, K., Rökköläinen, V. & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku project. Acta psychiatrica Scandinavica, 83, 363-372.

Arnkil, E. (1990). Sosiaalityö rajasysteemeissä. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 4, 34-36.

Bakhtin, M. (1984). Problems of Dostojevskij's poetics. Manchester University Press. Theory and History of Literature, Volume 8.

Cullberg, J. (2000). Psykosier. Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv. Stockholm: Natur och Kultur.

Falloon, I.R.H. & Shanan, W. (1992). Prevention of major depressive episodes: early intervention with family-based stress management. Journal of Mental Health, 1 (1), 53.

Fruggeri, L. (1992). Therapeutic process as the social construction of change. Teoksessa S. McNamee & K. Gergen (toim.), Therapy as social construction (s.40-53). London: Sage.

Grauman, C. F. (1990). Perspectival structure and dynamics in dialogues. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.), The dynamics of dialogue (s.105-126). Exeter: BPCC.

Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. Jyväskylä studies in education. Psychology and social research, 130.

Haarakangas, K. (1999). Psykoottisten kriisien kotihoito. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön (s.98-106). Helsinki: Kirjayhtymä.

Haarakangas, K. & Seikkula, J. (1999). Psykoosi dialogisena ongelmana. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön (s.161-171). Helsinki: Kirjayhtymä.

Holma, J. & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. Contemporary Family Therapy, 19, 463-477.

Jokinen, A. & Suoninen, E. (2000). Liite. Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen (toim.), Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino.

Kauranen, A., Seikkula, J. & Alakare, B. (2000). Akuutin psykoosipotilaan sosiaalinen verkosto ja sen muutos verkostokeskeisessä hoidossa. Psykologia, 35, 403-421.

Lax, W.D. (1992). Postmodern thinking in a clinical practice. Teoksessa S. McNamee & K. Gergen (toim.), Therapy as social construction (s.69-85). London: Sage.

Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert T., Rökköläinen, V. & Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? Eur Psychiatry, 15, 312-320.

Linell, P. (1990). The power of dialogue dynamics. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.), The dynamics of dialogue (s. 147-177). Exeter: BPCC.

Linell, P. (1998). Approaching Dialogue: Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives. Amsterdam: John Benjamins.

Linell, P., Gustavsson, L. & Juvonen, P. (1988). Interactional dominance in dyadic communication: a presentation of initiative-response analysis. Linguistics, 26, 415-442.

Luckmann, T. (1990). Social communication, dialogue and conversation. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.), The dynamics of dialogue (s.45-61). Exeter: BPCC.

Markova, I. (1990a). Introduction. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.), The dynamics of dialogue (s. 1-22). Exeter: BPCC.

Markova, I. (1990b). A three-step process as a unit of analysis in dialogue. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.), The dynamics of dialogue (s.129-146). Exeter: BPCC.

McGorry, P.D., Henry, L., Maude, D. & Phillips, L. (1998). Preventively-oriented psychological interventions in early psychosis. Teoksessa C. Perris & P.D. McGorry (toim.), Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: handbook of theory and practice (s.213-236). Chichester:J.Wiley & sons.

Seikkula, J. (1991). Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. Jyväskylä studies in education. Psychology and social research, 80.

Seikkula, J. (1994). Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. Teoksessa S. Friedman. (toim.), Reflective process in action (s.62-80). New York: Guilford Press.

Seikkula, J., Aaltonen, J. & Alakare, B. (1999). Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan – kahden vuoden seurantatutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön (s.107-122). Helsinki: Kirjayhtymä.

Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I. An introduction and case illustration. Journal of Constructivist Psychology, in press.

Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in psychosis II. A comparison of good and poor outcome cases. Journal of Constructivist Psychology, in press.

Voloshinov, V. (1992). Kielen dialogisuus. Marxismi ja kielifilosofia. Tampere: Vastapaino. (Marksizm i filosofija jazyka, 1929, T.Laine)

